

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

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação
na Alimentação da Pessoa com Acidente Vascular
Cerebral

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação
na Alimentação da Pessoa com Acidente Vascular
Cerebral

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

Lisboa

2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR - Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

MIF – Medida de Independência Funcional

NIHSS - (*National Institute of Health Score Scale*)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

V-VST - *Volume-Viscosity Swallow Test*

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo e a principal causa evitável de incapacidade (American Stroke Association, 2018).

Em Portugal, apesar de se ter verificado na última década uma redução da incidência do AVC, este constitui a principal causa de morte e de incapacidade permanente que provoca níveis de dependência significativos e condicionam a funcionalidade e qualidade de vida dos clientes e, por isso, é importante implementar um processo de reabilitação após ocorrência do AVC (Veiga, 2015).

Estima-se que por hora, três portugueses sofram um AVC, um dos quais não vai sobreviver (Correia, 2016). Segundo o mesmo autor, dos clientes que sobreviveram aos três meses após o AVC, sete anos depois, 20% são autónomos, 16% têm incapacidade ligeira a moderada e os restantes apresentam incapacidade importante ou faleceram.

O plano de nacional de Saúde 2020 propõe a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde. Deste modo, a existência de uma população mais envelhecida e com necessidades acrescidas intrínsecas a esse processo constitui uma realidade onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) se assume como um agente fulcral na manutenção e melhoria da qualidade de vida destes clientes.

Neste sentido, torna-se crucial perceber a mobilização e o aprofundamento dos conhecimentos para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER) ao cliente com AVC, sobre o tema: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Alimentação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” com o objetivo geral de desenvolver competências enquanto EEER junto do cliente com AVC, particularmente ao nível da alimentação.

Com este relatório, pretendo descrever, analisar e refletir à luz da evidência científica e da prática desenvolvida nos contextos de ensino clínico (EC), as atividades propostas que contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER.

Palavras-chave: AVC, Alimentação, Autocuidado e Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

The stroke is one of the main causes of long term incapacity and the first avoidable cause of incapacity (American Stroke Association, 2018).

In Portugal, despite the fact that the numbers of this disease have decreased, it's still the main cause of dead and long term incapacity, causing high levels of dependence, compromising the way of living and quality of life of those patients, making the implementation of a rehabilitation process important after a stroke occurred (Veiga, 2015).

It's estimated that every hour, three Portuguese people have a stroke, and one of those will die (Correia, 2016). According to the same author, the patients who survive the first three months after the stroke, seven years later 20% are independent, 16% have a small to moderate incapacity and the other ones have severe incapacity or have died.

The 2020 National Health plan suggests a reduction in the early mortality (bellow 70 years of age), the increase of a healthy life and routines (at 65 years of age), in order to obtain more value in health. An increase in the elderly population with bigger needs related with all this process makes a reality where the rehabilitation nurse has a really important role in maintaining and increasing the quality of life of these patients.

It's crucial to understand the need to increase knowledge, to be able to deliver the best Nursing rehabilitation care about the subject: "Rehabilitation nurse feeding care to a stroke patient", aiming to develop general competencies in stroke patients as a rehabilitation nurse, with particular focus in feeding problems.

With this report I pretend to describe, analyse and reflect about the activities that contributed to further develop my competencies as a future rehabilitation nurse, according to the scientific evidence and the activities practiced in my clinical practice.

Key Words: Stroke, Feeding, Care, Rehabilitation Nursing

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	15
1.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ..	17
1.3 CONTRIBUTOS DO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM	18
2. O TRAJETO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS E COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	21
2.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	21
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER	36
2.4. A INTERVENÇÃO DO EEER NA ALIMENTAÇÃO DA PESSOA COM AVC.....	55
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
BIBLIOGRAFIA	67

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Estudo de caso I

APÊNDICE 2 – Estudo de caso II

APÊNDICE 3 - Pictograma

APÊNDICE 4 – Folheto informativo - Alimentação

APÊNDICE 5 – Folheto informativo – Quedas

APÊNDICE 6 - Plano de atividades propostas

APÊNDICE 7 - Cronograma do EC

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, dando continuidade ao Projeto de Estágio inicialmente estabelecido e tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de EC, procurando sintetizar aquilo que foi a minha aprendizagem no desenvolvimento de competências do EEER. Este relatório seguirá as normas da *American Psychological Association*, tal como é proposto para a elaboração de trabalhos escritos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Tendo em linha de consideração as competências específicas do EEER, o tema deste relatório de estágio é: “Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Alimentação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” com a finalidade de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e também, competências específicas de EEER, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), articuladas com as previstas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação.

A escolha do tema baseou-se numa forte motivação pessoal, mas também no facto de desempenhar funções de Enfermeira no Serviço de Neurologia e numa Unidade de Média Duração e Reabilitação onde contacto diariamente com clientes com AVC. Esta problemática tem-se revelado extremamente pertinente, pois afeta a funcionalidade e qualidade de vida dos clientes, tornando-se crucial o aprofundamento, mobilização e aplicação de conhecimentos para a prestação de cuidados de ER que maximizem a funcionalidade, desenvolvendo as suas capacidades.

É ainda de salientar outra das razões de escolha do tema que foi atribuído ao colégio da especialidade de ER que, entre as áreas de maior interesse a investigar no período de 2015-2025, destaca a intervenção do EEER na área da deglutição como prioritária para investigação em Enfermagem de Reabilitação em Portugal (OE, 2015a).

Deste modo, os objetivos do relatório de estágio assentam numa perspetiva descritiva, reflexiva e de análise crítica do percurso planeado e executado, visando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER realizadas em contexto de EC, de acordo com o cronograma estipulado no projeto de estágio. Com

a realização deste relatório, pretendo aprofundar conhecimentos técnico-científicos, ético-legal, social e económico da prática de ER, especialmente na área da alimentação, promovendo a minha capacidade de perspetivação a novos paradigmas e a novas práticas.

A nível de estrutura, este relatório contém inicialmente o enquadramento teórico em torno da intervenção do EEER no cliente com AVC, tendo por base a teoria do autocuidado de Orem.

Posteriormente, procurei explicar o percurso efetuado no desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto futura EEER através da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no decurso do EC, aliando a reflexão sobre a experiência clínica com a fundamentação científica. O aprofundamento, a aplicação e a incorporação do conhecimento decorrente do 1º ciclo de formação e da sua utilização para a resolução de problemas em situações novas, permitiram a concretização de julgamentos e tomada de decisões, desenvolvendo a capacidade de comunicação e de auto-aprendizagem com vista a atribuição do grau de mestre segundo os Descritores de Dublin para o 2º ciclo. Por fim, surgem as considerações finais sobre todo estudo desenvolvido e perspetivas futuras.

A fundamentação científica que suporta o enquadramento conceptual e análise do trajeto desenvolvido relativamente às competências do EEER foi realizada através de revisão da literatura, utilizando bases de dados científicas como a *CINAHL Plus*, a *MEDLINE* e Biblioteca do Conhecimento Online, sendo necessária alguma pesquisa adicional no Google académico, em fontes teóricas primárias e secundárias, em Dissertações de mestrado e relatórios de estágio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Acidente Vascular Cerebral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006), define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) de início súbito com sintomas que persistem para além das 24 horas.

O AVC é considerado uma doença que afeta uma zona localizada no encéfalo, manifestando-se a partir de sintomas e sinais deficitários que surgem pela alteração da função da área afetada. A lesão de uma parte do cérebro pode afetar diferentes partes do corpo e resultar em alterações funcionais do seu movimento e coordenação muscular, assim como em alterações emocionais, cognitivas e de comunicação (Ferro & Pimentel, 2006).

A OMS (2006) distingue três tipos de AVC: Isquémico, de hemorragia intracerebral e de hemorragia subaracnoide. O AVC isquémico é causado por oclusão súbita das artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVC isquémico trombótico) ou noutra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquémico embólico).

A hemorragia intracerebral caracteriza-se pelo sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral e, por fim, a hemorragia subaracnóide trata-se de uma hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. Os sintomas característicos são a ocorrência súbita de cefaleia muito intensa e, geralmente, o comprometimento da consciência (OMS, 2006).

Assim, quando as células cerebrais deixam de receber oxigénio e nutrientes, cessam temporariamente as suas funções ou podem mesmo morrer, seguindo-se a necrose da área que foi afetada, o que dá origem ao enfarte cerebral.

O tecido nervoso é totalmente dependente do aporte sanguíneo para que as células nervosas se mantenham ativas pois é desprovido de reservas e o seu metabolismo depende do oxigénio e da glicose. Neste sentido, uma interrupção do aporte sanguíneo numa determinada área do cérebro vai resultar numa diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área. Se esta interrupção for inferior a 3 minutos, a alteração poderá ser reversível e o cliente pode converter os défices na totalidade, no entanto, se esta for superior a 3 minutos, a alteração funcional poderá

ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso e, por sua vez, défices que levam à incapacidade total ou morte (Lippincott, 2007 citado por Ricardo, 2012). Assim, se o cliente for assistido nas primeiras horas após o desenvolvimento dos primeiros sintomas, pode reverter total ou parcialmente os danos causados pelo AVC (Melo, 2016).

Os fatores de risco para o AVC são todas as situações que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma determinada doença ou condição clínica (Freitas, 2016). Estes podem dividir-se em não modificáveis e modificáveis. A idade e o género constituem fatores não modificáveis, enquanto a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipidémia, Tabagismo, Alcoolismo, Obesidade, Sedentarismo e Acidente Isquémico Transitório constituem fatores modificáveis (Ferro & Pimentel, 2006).

Em Portugal, as elevadas taxas de incidência de AVC têm sido atribuídas a um fator de risco específico - a hipertensão arterial - que, por sua vez, tem como principal causa o consumo excessivo de sal (Freitas, 2016).

A nível mundial, o AVC é a segunda causa de morte e de incapacidade que afeta direta ou indiretamente as populações, sendo algo amplamente evitável e tratável (World Stroke Organization, 2017).

Na década de 80, a nível europeu e comparativamente a outros países da Europa Ocidental, Portugal destacava-se pela elevada taxa de mortalidade associada ao AVC. Mais tarde, nos anos 90, como consequência de campanhas de sensibilização da população, de organização dos cuidados de saúde no que respeita ao tratamento dos clientes com AVC e da evolução dos tratamentos utilizados nas primeiras horas após o aparecimento dos sintomas, verificou-se uma redução da incidência do AVC. De salientar que, entre 1999 e 2000, a incidência de AVC era de 2,8/1000/ano e entre os anos 2000 e 2011, verificou-se uma redução da taxa de incidência de AVC – 2,0/1000/ano (Correia, 2016).

Apesar de, na última década, se ter verificado uma redução da mortalidade por AVC (Direção Geral de Saúde, 2017), este continua a ser a principal causa de morte e incapacidade permanente. Por hora, três portugueses são vítimas de um AVC, sendo que um deles não sobrevive e, dos restantes, metade fica com sequelas incapacitantes (Correia, 2016).

Deste modo, esta patologia tem um grande impacto social não só pela mortalidade associada, mas também pela incapacidade que provoca nas pessoas. Estima-se que a mortalidade ao fim de um ano atinja cerca de 30% das pessoas que

tiveram um AVC e , entre os sobreviventes, cerca de 40% fiquem com algum grau de incapacidade (Correia, 2016). Neste sentido, torna-se emergente a redução do impacto do AVC em Portugal através do incremento da literacia em saúde na população e sociedade em geral (Cruz, 2017).

A enorme incidência e prevalência do AVC e incapacidade associada a este grupo de doenças impõem uma elevada pressão a nível da organização dos serviços de saúde, uma vez que, mais de dois terços dos clientes ficam com sequelas após um AVC. As sequelas podem ser ligeiras ou graves, algumas reversíveis, outras permanentes, mas sempre com impacto na qualidade de vida, representando barreiras na vida pessoal, familiar, social e profissional (Cruz, 2016).

1.2 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A OMS (2014) define a Reabilitação como um processo que possibilita o alcance e manutenção dos níveis funcionais, físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais do cliente com deficiência, que tornem possível a independência e autodeterminação. Assim, pressupõe-se que a aquisição de conhecimentos por parte dos enfermeiros assente no foco de intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais que conduzam à habilidade do cliente em tomar decisões ajustadas à sua condição, seja ela de dependência ou não.

Neste sentido, uma vez que a ER constitui uma área de intervenção de “excelência e referência, previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem *deficit* funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2015b, p.2), é crucial a avaliação minuciosa do cliente para estabelecer um programa de reabilitação adequado à sua situação e em particular ao cliente com alterações da alimentação após o AVC.

Por constituir um processo precoce, único, contínuo, progressivo e global que assenta numa relação de ajuda, o cuidado de ER, segundo Hesbeen (2003) citado por Menoita, Sousa, Marques-Vieira & Pão-Alvo (2012) é caracterizado por uma intencionalidade e subtilidade específica que entende o cliente, numa perspectiva holística, valorizando o corpo-sujeito em detrimento do corpo objeto (Menoita *et al.*, 2012).

A ER tem como objetivos minimizar a incapacidade do cliente e a obtenção do nível máximo de autonomia da mesma para a restauração da função e a otimização

do seu estilo de vida. Para tal, há que saber interpretar as diferentes características de cada situação para que se definam objetivos, tais como: promover o autocuidado, procurando prevenir limitações e posteriores complicações e reforçar comportamentos de adaptação positiva, contribuindo para a continuidade dos cuidados através da integração e colaboração com os diferentes profissionais (Menoita *et al.*, 2012).

O ER assume um papel determinante no acompanhamento do cliente com AVC e família na sua adaptação ao meio, no apoio e ajuste psicológico, e na procura e adoção de mecanismos de *coping* desencadeando no *empowerment* (Diogo, 2000 citado em Menoita *et al.*, 2012). Por isso, na ER “é possível à pessoa que recebe cuidados e à que presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum” (Hesbeen, 2003, p.75), o que irá aumentar a capacidade do cliente com AVC em desenvolver mecanismos positivos de adaptação.

O cliente com AVC manifesta frequentemente alterações nas diversas atividades de vida diária (AVD) levando muitas vezes à dependência no seu desempenho. Deste modo, no desenvolvimento das atividades, o EEER deverá ser detentor de competências que permitam promover no cliente com AVC a máxima independência, prevenir complicações e garantir que o desempenho das AVD seja realizado com segurança (Menoita *et al.*, 2012).

O treino das AVD é de extrema importância na promoção do autocuidado pois constitui um estímulo para que o cliente se torne o mais independente possível para colmatar as suas necessidades de autocuidado. De salientar que o programa de reabilitação deverá ser gradual e adequado às necessidades específicas do cliente (Menoita *et al.*, 2012).

Neste sentido, numa ótica holística de avaliação do cliente, a identificação precoce do potencial, das capacidades, preferências e estilos de vida do cliente torna-se fundamental para a planificação, implementação das intervenções com vista a atingir os melhores resultados (Menoita *et al.*, 2012).

1.3 Contributos do modelo teórico de Dorothea Orem

A ação da enfermagem é realizada junto de pessoas vulneráveis, podendo ser aplicada em variadas situações e, neste caso específico, o EEER tem uma importância primordial junto do cliente dependente no autocuidado comer e beber ao facilitar a vivência do processo de transição tanto do cliente como da família (Faria,

2014). Nesta linha de pensamento, a intervenção baseada no modelo de enfermagem de Orem com as teorias que lhe estão implícitas e inter-relacionadas, nomeadamente teoria do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem, destacaram-se como valioso contributo para a progressão do desenvolvimento das competências enquanto futura EEER.

Para Orem (2001), o autocuidado consiste num conjunto de atividades reguladoras desempenhadas pela pessoa, durante um período de tempo, que visam atingir e manter a saúde e bem-estar do próprio ou dos seus dependentes. O bom funcionamento e desenvolvimento do ser humano dependem da execução eficaz destas atividades.

A Teoria do Autocuidado é parte integrante do modelo de enfermagem estruturado por Orem (2001), citada em Petronilho (2012), em que este é visto como uma função humana não inata, uma vez que necessita de ser apreendida e desenvolvida, de forma a dar resposta às necessidades reguladoras da pessoa. Nesta teoria Orem (2001), define três posições passíveis de ser assumidas pela pessoa: agente de autocuidado - quando este tem capacidade de se auto cuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida; agente dependente de cuidados - quando a pessoa se encontra impossibilitada de cumprir este pressuposto e necessita da intervenção de terceiros que aceitam a responsabilidade pela prestação destes cuidados; e o agente terapêutico de autocuidado – quando estes cuidados resultam da ação de um cuidador formal por ação profissional de enfermeiros (Petronilho, 2012).

O défice do autocuidado surge quando as necessidades do cliente são superiores ao alcance do seu autocuidado, onde se estabelece uma relação entre as capacidades de ação do cliente e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador na adequação dos métodos de auxílio e na compreensão do papel das pessoas com défice no autocuidado. Após uma avaliação do défice do autocuidado o enfermeiro, como agente terapêutico, adapta a sua intervenção com o objetivo de minimizar os efeitos do défice (Petronilho, 2012; Tomey & Alligood, 2002).

Por último, a teoria dos sistemas consiste em aliar as propriedades do enfermeiro, sendo este o agente de enfermagem, e as propriedades do cliente com necessidades de terapêuticas de autocuidado e de agente do autocuidado. Resumindo, determina de que forma os enfermeiros, os clientes ou ambos encontram soluções para as necessidades de autocuidado. Os enfermeiros criam e realizam os sistemas de enfermagem, com suporte nas necessidades e capacidades

do cliente para a execução das atividades do autocuidado. (Petronilho, 2012)

Orem (2001), identificou três classificações de Sistemas de Enfermagem. Quando o cliente é totalmente incapaz para o autocuidado e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar totalmente essa incapacidade é utilizado o sistema totalmente compensatório; quando o cliente realiza algumas ações de autocuidado, mas necessita de suporte do enfermeiro para executar aquelas que não consegue, é utilizado o sistema parcialmente compensatório; por fim quando o cliente é capaz de executar as ações de autocuidado, mas apenas precisa de apoio e de aprendizagem, recorre-se ao sistema de apoio-educação.

Durante os EC, como resposta ao déficit de autocuidado encontrado procurei aliar as minhas propriedades (agente enfermagem) e as propriedades do cliente (agente de autocuidado) com necessidades terapêuticas de autocuidado de modo a encontrar soluções para as necessidades de autocuidado (Petronilho, 2012). Primeiramente procurei iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-cliente/família; procurei determinar qual a necessidade de ajuda e como é que os clientes podiam ser ajudados através dos cuidados de ER; responder às solicitações, desejos e necessidades do cliente em relação ao contato e à assistência do ER; proporcionar e regular a ajuda direta ao cliente/família; coordenar e integrar a intervenção do ER na vida diária do cliente, assim como outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação (Petronilho, 2012).

2. O TRAJETO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS E COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Com a elaboração deste relatório pretendo refletir, organizar e esquematizar o processo da minha aprendizagem para o caminho entre enfermeira de cuidados gerais e enfermeira especialista em ER. De acordo com Hesbeen (2003), refletir sobre a prática clínica revela-se como um diálogo permanente, entre a aquisição de novos saberes e aptidões e a busca de uma competência que não pode ser pré-determinada, mas sim reanalisada periodicamente. Através deste processo, pretendo adquirir competências para intervir como perita na reabilitação do cliente com incapacidade/deficiência, mobilizando os recursos do próprio, da família e da comunidade.

No presente capítulo irei analisar e refletir sobre os objetivos e atividades realizadas em contexto de EC que espelham o caminho percorrido no desenvolvimento de competências em ER. Apesar de muitas das atividades desenvolvidas terem contribuído para o desenvolvimento de mais do que uma competência, com o intuito de facilitar a compreensão das ideias procurei dividir os subcapítulos pelas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

2.1. Breve Contextualização dos Locais de Estágio

De modo a conseguir operacionalizar o projeto de estágio anteriormente delineado, realizei os EC num centro hospitalar do sul de Portugal e num centro de saúde em Lisboa no período de 9 semanas em cada um.

Por opção decidi começar o meu estágio num serviço de Medicina na expectativa de que este contexto me disponibilizasse experiências de aprendizagem em diferentes vertentes da área da ER.

Neste primeiro contexto de EC, a média de idades da população era de aproximadamente 65 anos, com uma média de internamento de cerca de 10 dias. Os clientes internados encontravam-se na sua maioria em situação de dependência funcional, incapacidade grave decorrente de doença severa em fase avançada. A patologia neurológica era frequente não sendo exclusivamente decorrente de AVC,

destacando-se ainda os clientes com patologias respiratórias. Assim, as principais patologias neste serviço eram o AVC, Insuficiência Respiratória Global, Insuficiência Respiratória Parcial e Traqueobronquite.

A equipa de enfermagem era constituída por dois EEER e os cuidados de ER visavam a promoção do diagnóstico precoce e ações preventivas de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades. A intervenção dos EEER englobava o treino da deglutição (em todos os clientes à admissão, principalmente em clientes que sofreram AVC e apresentassem de antemão alterações na deglutição); a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR), reeducação funcional motora (RFM), o treino das AVD, a realização de transferências, o treino de marcha e dos produtos de apoio numa lógica de cuidados centrados no cliente/família e na sua essência holística valorizando a autonomia e o *empowerment* na vida destes.

O segundo EC decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na região de Lisboa cuja finalidade consistia em proporcionar cuidados continuados integrados dirigidos aos clientes em situação de dependência abrangendo todas as suas vertentes enquanto ser bio-psico-social-cultural e espiritual promovendo a sua autonomia através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. A média de idade da população rondava os 70 anos e englobava clientes com necessidades de cuidados gerais, paliativos e/ou de reabilitação. As patologias mais frequentes eram as demências, as infeções respiratórias relacionadas com a imobilidade e AVC.

A equipa era constituída por três EEER, sendo que cada um deles estava responsável por 11/12 clientes. Para avaliar o trabalho dos EEER, eram delineados no plano de ação, indicadores relacionados com autocuidado, prevenção de úlceras por pressão, prevenção de anquiloses, prevenção reinternamentos e prevenção de infeções respiratórias.

Durante o decorrer do EC, o serviço possuía vários programas/projetos em vigor dos quais destaco o projeto “Formar para Cuidar” cujo objetivo era identificar as necessidades de formação dos cuidadores e clientes de modo a aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades práticas e mudar comportamentos (nomeadamente ao nível da alimentação, transferências cama/cadeira de rodas e ergonomia). Neste sentido, tive oportunidade de participar neste projeto em vigor através da realização de reuniões com parceiros sociais da instituição para diagnóstico das necessidades de formação e na preparação das ações de formação

para os cuidadores.

A equipa da ECCI realçou como desafios a condição de saúde do próprio cuidador, a articulação com este, as condições habitacionais e qual a opinião do cliente/cuidador sobre os cuidados e sobre saúde. Dada a escassez de recursos materiais e equipamentos ao dispor da ECCI, os cuidados especializados em ER focavam-se essencialmente no ensino e treino das AVD.

A ER e o AVC constituem dois conceitos fundamentais na realização deste relatório, e por isso, na análise desta problemática procurou-se sobretudo compreender que problemas e necessidades decorrem da doença e que respostas terapêuticas se incluem na esfera de intervenção do EEER.

2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A OE (2010a) define as competências comuns do enfermeiro especialista como um conjunto de competências a desenvolver que são transversais a todas as áreas de especialidade consideradas como competências comuns que traduzem uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” e o “suporte efetivo ao exercício profissional, especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” e estão organizadas por quatro esferas de ação traduzidas em domínios de competências: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão de cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Considero que a reflexão sobre as experiências vividas e a procura contante da justificação para a minha atuação à luz da evidência, proporcionou a aquisição de conhecimentos e competências que em muito iram contribuir para a minha prática futura (Benner, 2001).

A prática reflexiva pode ser definida como as “actividades intelectuais e afectivas que os indivíduos empregam para explorar as suas experiências de modo a atingir uma nova compreensão” (Boud *et al.*, 1985, citado por Santos & Fernandes, 2004, p.59). A evidência mostra que a prática reflexiva é determinante para a qualidade dos cuidados e o recurso à prática reflexiva como estratégia de aprendizagem.

Segundo os autores Almeida & Coelho (2010), a Enfermagem Avançada apresenta-se como uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática, que

procura acrescentar mais à enfermagem assentando em pilares imprescindíveis como o conhecimento disciplinar, a formação, a investigação, a reflexão, a prática baseada na evidência, a liderança e a implementação da mudança.

Segundo a OE (2010a) é através da utilização das habilidades de tomada de decisão ética e deontológica que o enfermeiro apresenta um exercício seguro, profissional e ético. Neste sentido, inerente à capacidade de tomada de decisão, está um raciocínio clínico essencial para um cuidado seguro e eficaz (Carvalho, Kumakura & Morais, 2017). Para tal, é crucial que o enfermeiro na sua tomada de decisão seja detentor de um conjunto de habilidades aprendidas e atitudes necessárias para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Essas habilidades segundo Crossetti & Goes citados em Carvalho *et al.* (2017) podem ser divididas em três categorias: habilidades cognitivas, habilidades comportamentais e mentais de reflexão. O desenvolvimento dessas habilidades é fundamental para a construção do raciocínio clínico.

Durante os diferentes contextos de EC pude verificar que na ER o raciocínio clínico assume um papel fundamental, na medida em que o EEER é visto nas equipas como consultor na tomada de decisão de maior complexidade, enquanto perito na sua área de intervenção ao desenvolver cuidados especializados ao cliente com limitação da atividade e/ou restrição da participação, tendo presente a importância de promover um ambiente favorável ao seu processo de reabilitação. Em ambos os contextos de EC pude verificar esse reconhecimento por parte das equipas, a reflexão do EEER e minhas enquanto estudante da especialidade sobre a situação de saúde dos clientes, quais as formas de intervenção mais adequadas e a avaliação das mesmas foram uma constante. Tal contribuiu para que desenvolvesse um espírito reflexivo e o raciocínio clínico com vista à tomada de decisão.

Na prática clínica para desenvolver esta competência utilizei as estratégias delineadas no projeto de estágio, nomeadamente, envolvendo o cliente e a família na tomada de decisão sobre os cuidados especializados a serem prestados. Considero que como enfermeira assumo um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos do cliente. Neste sentido, o meu agir ético centrou-se no cuidado ao outro procurando dar resposta às suas necessidades com o objetivo de atingir a sua máxima independência, respeitando a sua dignidade e o seu projeto individual de saúde.

Não raras as vezes em que a nossa postura como profissionais impõe-se ao outro, no momento em que necessita dos nossos cuidados. O cliente nem sempre é

consultado sobre as decisões que tomamos, por um lado, nem sempre reúne capacidades para decidir devido à gravidade do que o acomete à hospitalização, ou por outro lado, pode não deter o conhecimento necessário para decidir o melhor para si e por isso, remete essa responsabilidade para o enfermeiro. Todavia, ao longo dos EC, procurei envolver o cliente e a família na tomada de decisão sobre os cuidados especializados a serem prestados. Os planos de cuidados foram estabelecidos respeitando a complexidade e a singularidade do cliente. Mantive presente a importância de explicar e procurar a participação do cliente para que o processo de reabilitação pudesse ser bem-sucedido através de uma relação de parceria com o mesmo. A parceria enfermeiro/cliente implica um conhecimento do outro, um conhecimento daquilo que viveu e experienciou uma vez que a individualidade não é uma noção abstrata, é uma construção adquirida ao longo de uma vida (Gomes, 2011).

Durante os EC procurei que os clientes participassem ativamente no processo, dando opiniões, propondo soluções em concordância com o seu estilo de vida. Ao invés de pensar pelo cliente tentei promover neste um processo de reflexão e de autonomia de tomada de decisão. Este *empowerment* permitiu-lhes a reflexão e a tomada de decisão de modo a torná-lo parceiro nos cuidados pressupondo um processo de negociação em que a autonomia do cliente deve ser respeitada (Gomes, 2011).

Para Almeida (2010) a Vulnerabilidade e a Autonomia são pilares que funcionam em articulação, devendo a autonomia ser pensada em função da vulnerabilidade como uma componente indispensável. O respeito pelo princípio da autonomia do cliente não se limita a situações de não invasão da autonomia do outro, mas determina o apoio necessário para enfrentar carências e construir a autonomia. A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, pois a perda de autonomia pode ser reversível e pessoas vulneráveis poderão ser autónomas. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual, enquanto a vulnerabilidade poderá constituir o estabelecimento de relações desiguais entre pessoas ou grupos.

Rabelo e Neri (2006) citados por Faria (2014) referem que após o AVC, as várias sequelas decorrentes do mesmo (motoras, sensitivas, cognitivas e emocionais) fazem com que o cliente precise de um prestador de cuidados, podendo causar uma sensação de falta de controlo sobre a sua vida. Por sua vez, esta perda de controlo pode gerar no cliente a sensação de perda da sua identidade e

autonomia. A independência é um conceito que deve ser diferenciado de autonomia, apesar de serem termos que se interrelacionam, têm um significado diferente.

Sequeira (2007) citado em Faria (2014), refere que a independência remete para a capacidade de desempenho de AVD e de autocuidado, enquanto a palavra autonomia, significa capacidade individual de cuidar de si (auto = eu; nomos = lei). A autonomia na esfera da capacidade de decisão emerge-se como a capacidade que o cliente possui no poder de decisão, isto é, a capacidade de se auto governar e decidir sobre a sua saúde, enquanto que a independência se refere à capacidade que o cliente tem para executar determinada tarefa do seu quotidiano e que lhe assegura a possibilidade de viver sozinho. Tal, foi verificado nos diferentes contextos de EC onde tive oportunidade de contactar com clientes autónomos que participaram na tomada de decisão sobre as intervenções a serem implementadas, contudo, apresentavam dependência nas diferentes AVD.

Por tudo o exposto anteriormente, considero que no decorrer dos EC estive consciente dos direitos dos clientes atendendo aos vários princípios éticos como o princípio da beneficência e não maleficência; o princípio da justiça; o princípio da autonomia e respeito pela dignidade humana, obtendo o consentimento informado dos clientes antes da minha intervenção, mantendo o seu anonimato, a confidencialidade e a sua privacidade. Considero que a minha intervenção enquanto futura EEER, foi pautada pela responsabilidade profissional inerente à prática de cuidados, sendo capaz de avaliar as minhas intervenções e partilhar os resultados numa ótica de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, considero que em muito contribuiu o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos clientes e grupos. Ao reconhecer e aceitar os direitos dos outros mantive um processo efetivo de cuidado, quando confrontada com diferentes valores.

Inicialmente pude constatar que para o cliente a presença do enfermeiro orientador conferia-lhe uma maior segurança, não apenas pela relação previamente existente entre ambos, mas também pelo facto deste saber que apesar de ser enfermeira, estava num processo de aprendizagem. Tal sensação foi-se dissipando com o decorrer dos EC através da relação estabelecida com os clientes e através do aperfeiçoamento das diferentes intervenções.

Considero que a avaliação, planeamento e implementação dos cuidados de ER concebidos, discutidos, analisados e executados em conjunto com o EEER orientador, permitiram uma crescente confiança e autonomia nas minhas

capacidades e dos conhecimentos desenvolvidos, conferindo por sua vez, no cliente, uma maior segurança.

A segurança do cliente é fundamental para a sua reabilitação (Lima, Pessoa, Almeida & Penha, 2017) e durante os EC essa foi uma preocupação constante em cada intervenção implementada. Os clientes na sua maioria apresentavam um elevado risco de queda na escala de *Morse*, o que vai de encontro a Sá *et al.* citado em Lima *et al.* (2017), ao referir que as quedas estão fortemente associadas a déficits de força, flexibilidade, coordenação e equilíbrio.

Os autores Duca, Antes & Hallal (2013) citados em Lima *et al.* (2017) definem quedas como uma mudança de posição inesperada e não intencional, que faz com que o cliente permaneça num nível mais baixo, em relação à sua posição inicial. Os mesmos autores acrescentam que estas refletem uma conseqüente perda de independência funcional e constituem um dos principais motivos de hospitalização.

De salientar que mais de 70% das quedas ocorrem nos quartos quando os clientes se movimentam para a cama ou cadeira e 19% quando deambulam da cama para o WC. Assim, cerca de 20% das quedas ocorridas em clientes hospitalizados resultam em lesões, das quais 83% são hematomas, entorses e lacerações e 9% são fraturas (Abreu *et al.* citado em Lima *et al.*, 2017).

No contexto hospitalar e comunitário pude constatar que os profissionais estavam elucidados para a segurança do ambiente físico e o EEER tinha especial atenção e perícia ao olhar à sua volta e facilmente identificar possíveis obstáculos que comprometessem de alguma forma o desempenho seguro das atividades com os clientes.

Neste sentido, ao longo dos EC procurei avaliar o pavimento no treino de marcha, avaliar se o calçado era apropriado nas transferências e marcha, assegurar o correto funcionamento e manuseamento dos dispositivos e equipamentos como, por exemplo, as camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilho, cadeira sanitária, entre outros.

A formação dos profissionais constitui um elemento crucial nos programas para prevenção de quedas uma vez que fomenta a adesão à notificação dos episódios de queda e a registos mais completos por parte dos profissionais levando a um conseqüente aumento da qualidade de vida e diminuição dos custos (Teresi *et al.*, 2013). No contexto hospitalar os enfermeiros estavam elucidados sobre os cuidados a ter e ainda como proceder em caso de ocorrência de queda do cliente através do preenchimento do episódio na plataforma de gestão de risco.

Contudo, no contexto comunitário a adaptação do meio e capacitação do cliente/família foram fundamentais aquando da realização das atividades. A casa dos clientes apresentava obstáculos propícios à ocorrência de quedas. Dos quais saliento a iluminação deficiente, tapetes soltos, inexistência de corrimão ou de barras de segurança, pavimento molhado, encerado ou escorregadio; a mobília instável e móveis no meio do caminho, principalmente entre o quarto e a casa de banho, assim como gavetas abertas; as escadas apresentavam degraus de tamanhos diferentes e soleiras das portas não niveladas com o chão. Da observação do espaço público verifiquei que as ruas, estradas e parques públicos apresentavam-se com pavimento irregular, e animais domésticos soltos na rua. Os transportes públicos com horários e condições de segurança inadequados para clientes com mobilidade condicionada, paragens com localização inconveniente e mal iluminadas.

No que respeita ao comportamento do próprio cliente, pude constatar que alguns manifestavam falta de conhecimento, de motivação ou de aceitação para adotar a utilização de produtos de apoio na realização das AVD, tais como os auxiliares de marcha.

Para colmatar tal adversidade procurei realizar ensinamentos ao cliente/família no que concerne à prevenção de quedas no domicílio, tais como: a manutenção de uma boa iluminação em toda a casa e uma luz acesa na entrada principal; evitar tapetes soltos no chão, principalmente nas escadas e se os usar, fixar ao chão; as escadas terem degraus com piso antiderrapante (ou tiras) e se possível assinalar (com uma mudança de cor) o primeiro e o último degrau; equacionar a necessidade de colocar um corrimão (barra de apoio); não usar camisolas e roupões demasiado compridos, para evitar tropeçar, principalmente se tiver que se levantar a meio da noite; ao deitar, deixar uma luz de presença acesa para auxiliar a visão, caso o cliente acorde a meio da noite. No quarto, os ensinamentos focaram-se essencialmente em evitar os tapetes no chão; a mesa de cabeceira deve ter os bordos arredondados e ser fixa à parede ou ao chão de forma a que não se desloque, caso o cliente tenha necessidade de se apoiar nela. Na casa de banho, o cliente/família foi incentivado ao uso de antiderrapante e a evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes que o pudessem lesionar.

As quedas são de difícil controlo pela multiplicidade de causas intrínsecas e extrínsecas que contribuem para a sua ocorrência e que raramente aparecem isoladas, ou seja, a maioria das quedas resulta da combinação de vários fatores de

risco. Deste modo, o EEER é o profissional que melhor está posicionado para avaliar o risco de queda e comunicar o resultado desse risco ao cliente, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e instruir os clientes sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção de quedas. Foi elaborado um folheto informativo sobre a prevenção de quedas (ver apêndice 5) como suporte informativo nas atividades de capacitação dos clientes e famílias.

Ao longo os EC procurei desenvolver uma Enfermagem Avançada, na prestação de um cuidado mais holístico, um cuidado centrado no cliente tendo em conta os seus valores, crenças, expectativas; promovendo a autonomia e o *empowerment* ao potenciar o seu poder para decidir de acordo com aquilo que o cliente considera ser o seu projeto individual de saúde.

Visando a melhoria contínua da qualidade e a promoção de um ambiente terapêutico seguro, utilizei diversos instrumentos como a Escala de *Braden* na monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, a escala numérica da dor, a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de NIHSS (*National Institute of Health Score Scale*) para monitorização da gravidade do AVC, escala de *Borg*, escala de *Morse*, entre outras. A utilização de instrumentos validados melhora a uniformização e a avaliação dentro da equipa, contribuindo para um ambiente seguro e melhorando a comunicação. Participei ativamente nas passagens de turno, partilhando informação que considerei relevante, elaborei cartas de transferência e notas de alta para assegurar a continuidade dos cuidados e por diversas vezes, sugeri a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar.

A minha prática regeu-se por um corpo de conhecimento baseado na evidência científica, cuja aplicabilidade na prática pode ser verificada pela utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) espelhada nos planos de cuidados, onde realizei a avaliação inicial com recurso ao cruzamento de diversas fontes de informação, estabeleci diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, demonstrando habilidade na negociação com o cliente e/ou cuidador.

O EEER é detentor de competências específicas para avaliar e desempenhar diversas atividades, nomeadamente o manuseamento correto de uma cadeira de rodas, a avaliação do pavimento aquando o treino de marcha, a utilização correta dos diversos dispositivos de ajuda ou até mesmo assegurar-se de que o calçado do cliente é adequado na situação de transferência. Estes foram aspetos a ter em consideração aquando do planeamento de cuidados e a sua implementação em

ambos os EC, no quais procurei promover a segurança do ambiente verificando se o piso se encontrava limpo e seco, sem barreiras que dificultassem a deambulação assim como se as borrachas dos auxiliares de marcha se encontravam intactas. O incentivo ao calçado fechado com bom apoio e solas antiderrapantes também foi um cuidado ao longo do EC.

A promoção de um ambiente seguro no contexto comunitário foi desafiante, uma vez que, na casa dos clientes o panorama é bastante diferente do ambiente hospitalar. Aprendi a olhar em volta e a detetar possíveis barreiras arquitetónicas, no entanto, senti que estava claramente a sair da minha zona de conforto (meio hospitalar) onde o acesso aos mais variados dispositivos é relativamente facilitado.

Um outro aspeto que tive a oportunidade de melhorar ao longo do EC foi a ergonomia e posturas que o enfermeiro especialista deve adotar nas atividades que desempenha, uma vez que, a segurança do próprio prestador de cuidados é outra das dimensões a ter em conta na prática de cuidados de qualidade. Frequentemente os clientes apresentam importantes alterações da força e do equilíbrio tornando crucial que o enfermeiro adote posturas ergonómicas, quer nas mobilizações e exercícios terapêuticos, quer nas transferências e posicionamentos, para prevenir lesões músculo-esqueléticas. De salientar o papel que o ER desempenha junto da equipa de enfermagem como consultor através de formação maioritariamente informal sobre os aspetos referidos anteriormente.

Os registos de enfermagem constituem um instrumento valioso na continuidade dos cuidados contribuindo para a segurança dos mesmos. Na ECCI utilizava-se a plataforma informática *S-CLINIC* com linguagem CIPE, assim como no hospital. Apesar de ter a mesma designação, a plataforma diferia de um contexto para o outro.

Por estar mais familiarizada com a plataforma em ambiente hospitalar, tive uma maior facilidade em proceder aos registos ainda que, infelizmente, muitas intervenções implementadas ao cliente não estivessem parametrizadas. Esta questão constituiu uma dificuldade não apenas pelo tempo despendido no sistema informático, mas por acreditar que o mesmo não reflete a panóplia de intervenções que o EEER executa.

Para colmatar esse aspeto menos positivo, procurei associar notas em cada intervenção e no final de cada turno, comparar com os registos efetuados anteriormente para melhor compreender a evolução do cliente e ajustar as intervenções a introduzir no turno seguinte. Outra estratégia a que recorri foi a

elaboração de notas de registo próprio com os dados de cada cliente onde colocava essencialmente o diagnóstico de entrada e antecedentes pessoais num primeiro momento, seguido da avaliação neurológica do cliente e do seu grau de dependência com os scores obtidos nos diferentes instrumentos utilizados, a informação recebida na passagem de turno, as intervenções desenvolvidas e quais os resultados das intervenções.

Destaco a importância de ter realizado nos diferentes contextos de EC, um plano de cuidado individualizado a cada cliente aliado às minhas notas de registo, que por sua vez, permitiram organizar e esquematizar de forma fundamentada as intervenções a realizar de acordo com a sua evolução e grau de tolerância.

Na minha prática enquanto futura EEER, procurarei incorporar a utilização de mais instrumentos de registo e avaliação por forma a sistematizar, documentar e evidenciar melhor a intervenção de ER. Espero conseguir ultrapassar os obstáculos necessários, uns de poder, outros técnicos, de modo a conseguir demonstrar que a nossa intervenção faz a diferença e que existem ganhos que têm de ser valorizados e documentados para que possam ser medidos para evidenciar o trabalho do ER.

Como em qualquer mudança ou novo ambiente, existe sempre um período de integração e adaptação. A dificuldade sentida inicialmente na integração da equipa estava de alguma forma prevista e por isso, ao longo das primeiras semanas procurei fazer notar a minha presença de forma progressiva, questionando de forma pertinente e fundamentada em conhecimentos científicos. A continuidade dos cuidados foi assegurada quer pelos registos de enfermagem efetuados, quer na passagem de turno, onde tive oportunidade de transmitir informação que considerei relevante para a prestação de cuidados.

O ER participa e intervém nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, através dos seus conhecimentos e competências para a melhoria dos cuidados. Pude constatar no primeiro EC que o EEER, ao adotar um papel de líder, otimiza a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, o que potencia uma melhor articulação na equipa multidisciplinar através da delegação de tarefas sob a sua supervisão, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas com vista à otimização do processo de cuidados na tomada de decisão. O EEER ao identificar as necessidades de saúde do cliente e família e ao referenciá-los para outros profissionais de saúde, mobiliza os recursos sociais, comunitários e as ajudas técnicas existentes.

No contexto comunitário, a referenciação do cliente para a ECCI era realizada por enfermeiros de outra equipa. Eram os enfermeiros da visita domiciliária que avaliavam o potencial de reabilitação do cliente e decidiam se este poderia ou não ser referenciado para ECCI com vista a integrar um programa de reabilitação. A equipa da Visita Domiciliária era constituída por enfermeiros generalistas e por um especialista em médico-cirúrgica, tal fez-me refletir sobre a organização e estrutura dos serviços e a questionar por que motivo a equipa não era constituída por um EEER e por que razão estariam enfermeiros generalistas a avaliar o potencial de reabilitação dos clientes? Ora se segundo o regulamento das competências específicas do EEER a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de ER, concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados para além do facto de ser o profissional que melhor está posicionado para avaliar o impacto no autocuidado do cliente, parece-me lógico que este deveria estar incluído nestas equipas que contactam em primeira linha com o cliente que é integrado na rede.

A oportunidade de participar nas reuniões multidisciplinares, onde são abordados temas relativos ao processo de reabilitação, foram momentos importantes onde também estiveram sempre presentes os princípios éticos, os direitos e a autonomia do cliente ao longo do seu ciclo vital.

Estas reuniões de equipa eram uma prática regular no contexto hospitalar e a participação nas mesmas enquanto estudante possibilitou a reflexão sobre questões relacionadas com a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade nas equipas. Pude constatar nestas reuniões que os diferentes profissionais intervenientes procuravam articular-se entre si para o ajuste de um plano de cuidados comum em prol das reais necessidades do cliente, existindo, contudo, uma fronteira clara entre as diferentes áreas de atuação de cada profissional com os seus objetivos específicos, caracterizando-se como uma equipa multidisciplinar (Hoeman, 2011). O contacto entre profissionais decorria maioritariamente em contexto formal durante as reuniões e contavam com a presença do enfermeiro chefe do serviço, enfermeiros generalistas, o EEER, o diretor do serviço, Médicos da especialidade de Medicina Interna, internos do ano comum, internos da especialidade, dietista, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, havendo espaço para a intervenção e partilha de conhecimentos de todos os intervenientes, em que o papel do EEER predominava na avaliação do cliente quanto à sua esfera familiar, social e

laboral, assim como o grau de dependência no autocuidado em que se encontrava e os apoios que poderia necessitar aquando da alta.

O planeamento do regresso a casa do cliente constituía uma das principais preocupações manifestadas pela equipa, e porque “em Reabilitação, o doente e a família são membros cruciais da equipa” (Hoeman, 2011, p.26) senti a necessidade de incluir o familiar/cuidador nestas reuniões. No entanto, tal não era possível pelo facto de nestas reuniões serem abordadas as questões relativas a todos os clientes internados. Considero que esta questão constituiu um aspeto limitativo deste EC, contudo, para ultrapassar esta adversidade, foram realizadas reuniões de carácter informal com o familiar/cuidador.

Durante as reuniões, colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar intervindo com vista a melhorar a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo. Recordo-me da situação de uma cliente com AVC do Cerebelo, na reunião a equipa médica manifestou interesse em dar-lhe alta para casa, no entanto, uma vez que estava a acompanhar a situação da cliente e com conhecimento da rede de suporte familiar e limitações funcionais para a quais a equipa médica não estava desperta, procurei intervir em conjunto com o EEER orientador, no sentido de alertar a equipa multidisciplinar para este problema e atuarem em equipa. A alta foi protelada e foi possível manter o programa de reabilitação e preparar a família para o regresso da cliente à comunidade. Tal decisão, vai de encontro às razões para prolongamento da alta do cliente com AVC defendidas por Straten *et al.* (2007) citado em Serra (2010) ao afirmar que o prolongamento da estadia do cliente com o objetivo de prolongar a reabilitação justifica a permanência do cliente no hospital.

No que se refere a reuniões em equipa, da experiência vivenciada durante os EC, o contexto comunitário diferiu do contexto hospitalar. O facto das reuniões em equipa no contexto comunitário não se verificarem fez com que sentisse a necessidade destes momentos de partilha com outros profissionais. Tendo em conta que os cuidados de saúde se devem desenvolver numa lógica transdisciplinar, e em que os resultados em termos de ganhos de saúde para o cliente derivam do contributo de cada um dos seus intervenientes, faria todo o sentido que as questões relativas aos diferentes clientes e tomada de decisão fossem pensadas e discutidas por todos os atores envolvidos no processo (Petronilho, 2008).

Por outro lado, considero que o contexto comunitário assumiu uma posição privilegiada de proximidade com a família/cuidador por nos encontramos no

domicílio do cliente. O que facilita a exposição de questões, dúvidas, receios para em conjunto delinear um plano de intervenção com as estratégias mais adequadas e exequíveis com vista à resolução dos problemas identificados.

Numa altura em que os recursos são escassos e as necessidades dos clientes aumentam, é emergente ultrapassarmos barreiras entre as diferentes áreas de atuação dos profissionais de saúde envolvidos no processo, para isso uma atuação em equipa transdisciplinar parece-me lógica, minimizando a duplicação de esforços para atingir os objetivos finais em prol do cliente sem colocar em risco a qualidade (Hoeman, 2011).

De ressaltar a importância que o EEER pela sua experiência e conhecimento assume no seio da equipa de enfermagem enquanto conselheiro e exemplo para outros enfermeiros, tal é corroborado por Silva (2007), ao afirmar que o Enfermeiro Especialista deve ser detentor de uma elevada perícia em enfermagem, colaborador e coordenador de equipas de saúde, constituir um exemplo para outros enfermeiros procurando o desenvolvimento da Enfermagem através da prática, investigação e estudo.

Não raras as vezes éramos questionados sobre os mais variados temas como por exemplo os corretos posicionamentos do cliente com AVC, com Atlectasia ou até mesmo com disfagia. O EEER deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, foi crucial verificar como o enfermeiro orientador reconhecia e compreendia os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa e promovia um ambiente positivo e favorável à prática, através da aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, como uma simples explicação sobre um correto posicionamento.

Neste seguimento, considero que o EEER deve assumir a liderança nas equipas em que trabalha, não só através da formação contínua das equipas, mas também instigando os colegas a investirem na atualização do conhecimento, nomeadamente através da consulta de base de dados, assim como, na participação em estudos de investigação. O nível elevado de conhecimentos, a experiência acrescida e a responsabilidade do EEER por cuidados de maior complexidade, permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial do cliente. Pude verificar ainda nos EC que a disponibilidade do EEER com os colegas de profissão, aliado ao facto de constituir um elemento de referência dentro da

equipa de enfermagem na orientação das práticas de cuidados de enfermagem, fomentava a harmonia no ambiente de trabalho e permitia que a equipa se sentisse à vontade para colocar questões e procurar informação.

Tavares & Alarcão (1990) descrevem a aprendizagem como uma construção pessoal que resulta de um processo experiencial, interior à pessoa e que se manifesta por uma alteração no comportamento relativamente estável. Aliado ao processo de aprendizagem encontra-se a supervisão clínica.

Para a OE (2010b), a Supervisão Clínica constitui um “processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção do cliente e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p. 5) tal contribui para o aumento da qualidade dos cuidados, da segurança do cliente e da satisfação profissional e por isso, ao longo da prática clínica o contributo do EEER, da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar ao criarem um ambiente favorável à minha integração e conhecimento dos contextos onde desenvolvi os EC, contribuíram para que me sentisse como um elemento da equipa fomentando a prática da metacognição.

A prática da metacognição enquanto potenciadora do processo de aprendizagem leva a uma melhoria da atividade cognitiva e motivacional e permitiu-me clarificar aquilo que sabia e o que ainda necessitava saber. Por via da metacognição, procurei questionar-me sobre o meu próprio pensamento, tal facilitou a decisão sobre quais as melhores estratégias a utilizar para melhorar o meu desempenho perante as mais diversas situações de cuidados (Ribeiro, 2003).

Para a realização da componente prática é necessário consolidar todo o conhecimento teórico relacionado com a ER, para a sua concretização foi necessário rever a matéria lecionada nas aulas, consultar manuais de Reabilitação e realizar pesquisa bibliográfica sempre que surgiram dúvidas. No primeiro dia de estágio os EEER orientadores apresentaram-me os serviços, explicando-me a sua dinâmica e as patologias dos clientes internados, o que me permitiu direcionar o estudo nas horas de trabalho autónomo.

Considero que ao longo dos EC mantive uma postura de aprendizagem, as estratégias para aquisição de conhecimentos foram desenvolvidas tendo em conta a pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas para fundamentar as minhas decisões, as questões colocadas aos EEER orientadores, a aplicação de instrumentos de avaliação adequados a cada situação, a participação nas reuniões

no serviço e a interação com a equipa multidisciplinar foram uma mais-valia para a minha aprendizagem. A discussão de casos clínicos com os EEER orientadores facilitaram a reflexão sobre a prática e a clarificar dúvidas que até então detinha e não me havia percebido.

Durante o EC tive oportunidade de participar nas “2as Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental”, subordinadas ao tema “Da Prática Clínica à Integração de Cuidados”. A razão pela qual me inscrevi nestas jornadas foi atribuída à necessidade contínua de responsabilizar-me pela minha aprendizagem, dentro da área de especialidade que me encontro a desenvolver. Da mesma forma, a participação nestas jornadas constituiu uma ferramenta para suportar a minha prática clínica (como ER), na investigação produzida e no conhecimento atual.

Para o desenvolvimento desta competência procurei desenvolver o autoconhecimento e a assertividade demonstrando, em situação, a capacidade de autoconhecimento, estabelecendo relações terapêuticas e multiprofissionais. Procurei desenvolver a consciência de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira e basear a minha prática clínica especializada em padrões de conhecimento válidos e atualizados, fundamentando cientificamente as intervenções planeadas.

A oportunidade de ter participado nos projetos da equipa, tais como o projeto “formar para cuidar” ao capacitar os cuidadores e familiares sobre temáticas como a alimentação do cliente e a prevenção de quedas através da elaboração dos folhetos informativos, fomentou o desenvolvimento desta competência. As principais dificuldades sentidas pelos familiares e cuidadores tinham por base os deficits cognitivos e motores que acometem o cliente com AVC.

2.3. Competências Específicas do EEER

As competências específicas do EEER são três, sendo a primeira: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de Enfermagem”; a segunda competência específica de reabilitação é “Capacita a pessoa com Deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e a terceira competência do EEER é “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010c).

O alvo dos cuidados de ER são os clientes com necessidades especiais ao

longo do seu ciclo vital como resultado de mudanças na sua condição que impossibilitam a execução independente das AVD. Neste sentido, as intervenções autónomas do EEER centram-se na capacitação para o autocuidado, ou seja, o desenvolvimento de competências de autocuidado do cliente com dependência funcional. Cabe ao EEER ajudar, ensinar, instruir, treinar, orientar, informar, avaliar e referenciar, constituindo um recurso na promoção do potencial de desenvolvimento do cliente com dependência no autocuidado.

Em ambos os EC foram várias as oportunidades aprendizagem nas quais desenvolvi conhecimentos e competências na avaliação da funcionalidade do cliente alvo de cuidados determinando o seu grau de capacidade para o autocuidado.

A avaliação inicial transversal aos cuidados de ER prestados nos diferentes EC constituiu o ponto de partida da minha intervenção, na qual incluí a colheita de dados, realizada a partir de todas as fontes disponíveis. Nesta avaliação procurei contemplar a história pessoal do cliente, os seus antecedentes pessoais e familiares e proceder à avaliação da sua funcionalidade.

A avaliação funcional constitui um meio para avaliar a capacidade do cliente para o autocuidado, pois permite identificar que tipo de cuidados o cliente necessita permitindo a elaboração de planos de cuidados centrados no cliente, o que, por sua vez, tem influência direta nos diagnósticos e nas intervenções de enfermagem (Hoeman, 2000).

Sendo a avaliação da funcionalidade, o diagnosticar as alterações que determinem em limitações da atividade e incapacidade uma das competências de EEER (OE, 2010c), daí reside a sua peculiaridade na avaliação do cliente com dependência.

Aquando da admissão dos clientes, sempre que foram reavaliadas e antes da alta apliquei a MIF.

A MIF é um instrumento que permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos através da avaliação do seu desempenho nas tarefas de autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição Social. Este instrumento reflete a necessidade de cuidados exigida pelo cliente para a realização de tarefas motoras e cognitivas da vida diária e permite monitorizar a evolução do cliente durante os programas de reabilitação (OE, 2016).

Inicialmente tive bastante dificuldade em operacionalizar o uso da MIF, uma vez que nunca havia contactado com este instrumento e porque requer tempo e

algum aprofundamento dos seus itens de modo a utilizá-lo corretamente. Todavia, considero que consegui ultrapassar essa dificuldade ao longo dos EC avaliando qual o impacto no autocuidado com vista a planejar intervenções com o objetivo de melhorar o valor encontrado inicialmente. Aprendi que com a aplicação deste instrumento durante todo o processo de reabilitação, é possível avaliar os resultados das intervenções implementadas assim como o ajuste das mesmas.

O objetivo global da avaliação da mobilidade funcional é determinar o grau de independência do cliente, o ambiente ideal, as ajudas ou o equipamento necessário para que este, em condições de segurança, tenha sucesso e realize a sua gestão pessoal (Hoeman, 2000). Neste sentido, em ambos os EC, procurei conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (OE, 2010c), mas também tendo em conta a avaliação do ambiente, uma vez que este pode influenciar o processo de reabilitação. No contexto hospitalar, procurei ter em conta as possíveis limitações no domicílio que pudessem constituir uma barreira à continuidade do implementado no internamento e no contexto comunitário, identificar possíveis barreiras arquitetónicas e alternativas para as colmatar.

Neste sentido, no EC comunitário a avaliação e intervenção no verdadeiro ambiente do cliente foi facilitado, tornando mais fácil a compreensão e a transposição de orientações feitas durante a reabilitação para a sua vida prática do dia-a-dia, progredindo assim para um processo de transição saudável, centrado no cliente e de acordo com o que quer e necessita.

Paralelamente ao seu ambiente habitual, o contexto sócio/ familiar em que o cliente se encontra pode influenciar a sua adesão ao programa de ER. Segundo Hoeman (2011), o ER deve entender todo o corpo de conhecimentos relacionados com o *coping* do cliente/família, entender como estes se relacionam e quais os papéis de cada um, como lidam com os problemas de saúde e que recursos mobilizam para colmatar essas adversidades. Em ambos os contextos de EC, pude contactar com diferentes famílias, cujas respostas face à transição de saúde/doença do seu familiar diferiam. As necessidades identificadas da família residiam essencialmente no conhecimento (ensino e informação) e nas respostas para a dependência/independência (em termos de autocuidado, insegurança e apoio social).

A insegurança e a necessidade de satisfação dos autocuidados e de apoio social também emergiram como principais dificuldades das famílias. Neste sentido, a reabilitação e a modificação da casa de modo a facilitar a execução das AVD evitaram o risco e a sobrecarga do familiar cuidador.

Transversalmente aos dois contextos de EC foi realizada a avaliação neurológica e motora dos clientes: capacidade de atenção, memória, orientação, capacidade de deglutição, alterações na fala, força muscular, tônus muscular, equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé), coordenação motora e propriocepção, alterações dos padrões funcionais na realização das AVD, continência de esfínteres e a dor.

No âmbito da temática do projeto e da consecução dos EC e após a avaliação inicial da funcionalidade, os cuidados de ER concentraram-se no planeamento e implementação de programas de RFM, reeducação funcional da alimentação, RFR e promoção do autocuidado através do treino das AVD.

Na RFM, para a avaliação sistematizada da mobilidade, foram aplicadas as escalas de avaliação da força muscular (*Medical Research Council Muscle Testing scale*), de avaliação da espasticidade, se aplicável (*Escala de Ashworth Modificada*), de avaliação do equilíbrio (*Escala de Berg*), de avaliação do grau de dependência nas AVD (MIF) e, nos clientes com AVC a aplicação da NIHSS.

De acordo com Menoita *et al.*, (2012), as alterações neurológicas ocorridas na vida de um cliente que sofre um AVC, manifestam-se de acordo com a área lesionada e a sua extensão, podendo ocorrer ao nível motor, sensorial e cognitivo, prolongando-se por períodos variáveis. Estas alterações neurológicas representam um impacto direto na vida dos clientes, dado que comprometem a capacidade de desempenhar as AVD que conferem ao cliente a independência e autonomia.

As funções alteradas no cliente com AVC referem-se à mobilidade, motricidade facial; linguagem; funções cognitivas; deglutição; eliminação vesical e intestinal; integridade cutânea, sexualidade e emoções e interação social/socialização.

Para os mesmos autores, o exame neurológico corresponde à avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, avaliação da motricidade, avaliação da sensibilidade e avaliação do equilíbrio e marcha, dada a importância da estimulação do, e pelo lado afetado, com o intuito de reeducar a função motora e sensitiva.

Nos EC foi realizada a estimulação visual, motora e proprioceptiva através do posicionamento em padrão antispástico e atividades bilaterais, nomeadamente o incentivo para a automobilização, rolamento, oscilação pélvica, ponte, carga no cotovelo e facilitação cruzada, fundamentados por Bobath, Johnstone e OMS ao referirem que o progresso da reabilitação do cliente com AVC é, em geral, obtido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebés, no sentido de promoverem a facilitação do movimento (Menoita *et al.*, 2012).

Com base nos resultados da referida avaliação e das alterações encontradas, eram estabelecidos os programas de RFM com o objetivo de reabilitar o cliente, para que este se tornasse o mais autónomo possível. O plano/programa de RFM era composto pela realização de exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio, treino das transferências e levantes, ajustados às necessidades do cliente e às suas limitações.

Os planos de cuidados são um tipo de registos de enfermagem, “um registo que vai orientar a prática (...) considerado uma ajuda à prática diária” (Hesbeen, 2001, p. 142). No plano/programa de intervenção, eram definidos diagnósticos de enfermagem de modo a conceber cuidados concretizáveis, seguidos de uma avaliação contínua e sistemática o que permitiu compreender se as intervenções definidas apresentavam algum resultado benéfico para o cliente.

O EEER na especificidade da sua intervenção desenvolve um plano/programa para atingir a maximização das potencialidades do cliente com AVC com funções alteradas, neste sentido, os objetivos do programa/plano de intervenção, quando adequado, passavam por evitar ou diminuir a instalação da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo de reflexo-postural; estimular movimentos do lado afetado.

Para o desenvolvimento do plano/programa foi crucial recorrer a estratégias terapêuticas, tais como: a facilitação cruzada (colocando a mesa de apoio do lado do hemicorpo mais afetado para que o cliente pudesse trabalhar, através da linha média, sobre o hemicorpo menos afetado assim como abordando o cliente do lado mais afetado de modo a criar um estímulo sistemático); indução de restrições; posicionamento em padrão anti-espástico; estimulação sensorial; programa de mobilizações (passivas e, posteriormente, ativas assistidas e resistidas) e atividades terapêuticas (Rolar, Ponte Rotação controlada da coxofemoral, flexão e extensão controlada da coxofemoral, automobilizações, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, transferência, treino de marcha controlada, exercícios terapêuticos com

bola suíça e exercícios para o cliente executar no domicílio).

O treino de equilíbrio surge também no âmbito das intervenções realizadas para manter a mobilidade. É definido como um conjunto de “exercícios que têm como objetivo reeducar o equilíbrio na posição de sentada, estático e dinâmico” (Menoita *et al.*, 2012, p. 106), com o intuito de possibilitar uma maior participação do cliente nas atividades de autocuidado. Este aspeto foi vivenciado ao longo dos EC, observando-se uma maior motivação e capacidade de participação dos clientes nos autocuidados inerentes às AVD.

O treino de equilíbrio sentado foi realizado com o cliente em posição de sentado na cama, com os joelhos fletidos em ângulo reto e com os pés apoiados no chão com o objetivo de reeducar o mecanismo de reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural e a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar o cliente para a marcha. O treino de equilíbrio estimula a noção de posição e de movimento e permite novas aprendizagens motoras no hemicorpo mais afetado, o que se revelou essencial no ensino e treino das AVD.

Nos clientes com parésia facial, para além de se ter treinado o equilíbrio em frente ao espelho, realizou-se o ensino e treino dos exercícios de reeducação dos músculos da face. A importância do desempenho destas atividades foi verificada através da observação de resultados positivos ao nível da mobilidade e participação do cliente (Menoita *et al.*, 2012).

No contexto hospitalar pelo facto permanecer as 8 horas do turno com os clientes fez com que pudesse desenvolver o treino das AVD com os mesmos. O termo AVD refere-se a um conjunto de atividades que o cliente habitualmente desempenha no dia-a-dia de forma autónoma e rotineira, sendo que estas podem ser divididas em dois grupos: o cuidado pessoal ou as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as atividades domésticas ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). São descritas na literatura seis ABVD que se referem tanto às funções e estruturas do corpo envolvidas como às atividades e participação para a sua realização: higiene pessoal; controlo da eliminação vesical, intestinal, uso do sanitário; vestuário; alimentação, locomoção e transferência. As AIVD estão relacionadas com a capacidade do cliente para gerir o ambiente em que vive e inclui: preparar as refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar

telefone, tomar medicamentos, fazer compras, e utilizar os meios de transporte (Parecer Nº 12/2011, Ordem Enfermeiros).

No decorrer do EC hospitalar, realizou-se o ensino e treino das ABVD higiene pessoal, vestuário, transferência, locomoção, alimentação, uso do sanitário e controlo da eliminação vesical e intestinal, tendo como ponto de partida as capacidades funcionais residuais do cliente. O contexto comunitário proporcionou o ensino e treino de algumas AIVD como a gestão da medicação e a realização das tarefas domésticas com menor dispêndio de energia.

A elaboração e implementação de programas de treino de AVD visaram a adaptação do cliente às suas limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. No âmbito das suas competências, o EEER seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), ensina e supervisiona a sua utilização, tendo em vista a máxima capacidade funcional do cliente (OE, 2010c). Tal foi realizado em ambos EC, recomendando produtos de apoio tais como: andarilho, colher adaptada e até mesmo a adaptação adequada da casa do cliente de acordo com as suas preferências.

Pude verificar que os produtos de apoio constituíam meios indispensáveis para o bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida dos clientes e que permitiam que estes realizassem as atividades de forma mais independente, com menor esforço e dor, com menor dispêndio de energia e maior comodidade (Menoita *et al.*, 2012).

Recordo-me especialmente da senhora G.M., previamente independente nas AVD e que lhe havia sido diagnosticado um AVC Isquémico da artéria cerebral média direita. A senhora G.M, no exame neurológico encontrava-se vígil, com orientação auto e alopsíquica; pupilas isocóricas e isorreativas; parésia facial do tipo central à esquerda, com alteração VII Par craniano – Facial; hipoestesia tátil e algica; dismetria na prova dedo-nariz ao nível do membro superior esquerdo; hemiparésia esquerda e disartria, apresentando um *score* total de 6 na escala de *NIHSS* correspondendo a um défice moderado.

Em termos motores, apresentava tónus muscular normal (grau 0 na escala de *Ashworth* modificada) em todos os segmentos corporais; força muscular normal no hemicorpo direito (grau 5/5 na escala de MRC) em todos os segmentos articulares e força muscular alterada no hemicorpo esquerdo – hemiparésia esquerda de predomínio braquial (Membro superior esquerdo: gleno-umeral e braço grau 3/5;

antebraço grau 2/5; punho grau 1/5 e dedos grau 0/5 e no membro inferior esquerdo: articulação coxo femoral e joelho grau 4/5 e articulação tibiotársica grau 4/5 na escala MRC). Apresentava equilíbrio estático sentado e em ortostatismo mantido e equilíbrio dinâmico sentado mantido e em ortostatismo diminuído.

Da avaliação realizada identificaram-se como principais problemas: dependência no autocuidado higiene e cuidados pessoais no chuveiro, em grau reduzido; dependência no autocuidado vestir e despir, em grau reduzido; equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido e dependência no autocuidado comer e beber em grau reduzido.

Neste sentido, tendo por base os problemas identificados, os objetivos de intervenção encontravam-se intimamente direcionados para os focos de atenção e diagnósticos de enfermagem delineados para a senhora G.M., sendo que a finalidade de toda a intervenção visava promover a sua máxima autonomia e capacidade funcional: Estimular/promover a autonomia da cliente; diminuir a dependência nos autocuidados, prevenir alterações posturais/músculo-esqueléticas; melhorar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática; melhorar a mímica facial e prevenir episódios de queda.

No treino dos cuidados de higiene foi importante previamente verificar a temperatura da água, tendo presente que a cliente apresentava hipoestesia tátil e álgica, foi instruído e treinado com a mesma a forma de entrar para a banheira pelo lado do hemicorpo mais afetado reforçando que para proceder à transferência a cadeira de rodas deveria sempre estar travada, ter as rodas dianteiras viradas para a frente, não ter o apoio de braço do lado da banheira e o patim de apoio dos membros inferiores deveria estar rebatido. Foi instruída a agarrar-se firmemente ao bordo da banheira deslizando para fora da cadeira de rodas até se sentar, uma vez sentada colocar primeiro o membro inferior menos afetado dentro da banheira e depois o mais afetado, na saída foi instruída a repetir o procedimento, invertendo o sentido e a colocar primeiro o membro inferior mais afetado para fora.

A cliente foi incentivada a lavar o hemicorpo menos afetado com o lado mais afetado com o objetivo de promover e reintegrar do esquema corporal. A cliente e filha foram instruídas sobre dispositivos de compensação como é o exemplo das escovas de pega comprida que facilitavam lavar a região posterior do tórax, as tesouras de pontas redondas, corta unhas específicas e ainda escova para pentear o cabelo de cabo comprido. A visualização da cliente perante o espelho foi crucial,

pois permitiu não apenas reintegrar a imagem corporal, mas também aumentar a capacidade de autocuidado (Menoita *et al.*, 2012).

Durante o treino do autocuidado higiene, a cliente manteve-se colaborante e pró-ativa, conseguindo higienizar e secar toda a superfície corporal à exceção da região dorso-lombar, necessitando contudo de supervisão/orientação para a execução de algumas fases/atividades do processo de higienização no que concerne a estratégias/medidas que maximizem a capacidade funcional do membro superior esquerdo na atividade (ex.: segurar o gel de banho/champô entre o tronco e o braço esquerdo por forma a distribuir sobre a esponja presente na mão direita uma quantidade generosa de sabão/champô).

No treino do vestir, para além do ato de vestir em si, procurei valorizar também o tipo de movimentos que a cliente realiza que ajuda na reabilitação. O esforço acrescido na realização desta AVD provocou alguma frustração e desmotivação da cliente. Para colmatar tal desmotivação, em conjunto procedemos à escolha da roupa e procurei elogiar cada passo conquistado.

Inicialmente, devido ao seu desequilíbrio, esta atividade foi desenvolvida na cama recorrendo ao exercício da ponte e sentando-a à beira da cama, sendo instruída a vestir em primeiro o hemicorpo mais afetado e a despir este em último. Por apresentar ataxia do membro superior esquerdo, em conjunto procuramos adaptar as características do vestuário nomeadamente ao uso de blusas mais largas de fácil deslizamento. Inicialmente a cliente apresentava grande dificuldade em colocar o soutien, foi instruída a colocá-lo à volta da cintura com a parte de trás rodada para a frente de modo a apertar os colchetes e com o membro menos afetado rodar para a frente e colocar a alça até ombro do lado mais afetado, seguindo o menos afetado. Este pequeno ato tão simples de realizar para muitos, para esta cliente constituía um grande passo (Menoita *et al.*, 2012).

No final da intervenção, a cliente conseguiu realizar o autocuidado, conseguindo de forma independente: vestir parte superior do pijama, com incentivo ao abotoamento, no fomento à motricidade fina e vestir parte inferior do pijama.

De salientar a importância dos exercícios de reeducação dos músculos da face instituídos em frente ao espelho para que a cliente melhorasse a mímica facial (Levantar as sobrancelhas; unir/franzir as sobrancelhas; enrugar/franzir o nariz; fechar os olhos com força; aproximar e comprimir os lábios “assobiar”; sorrir mostrando os dentes; sorrir com os lábios juntos; encher a boca de ar; depressão do lábio inferior “fazer beicinho”).

A privação dos movimentos faciais dificultava a interação da cliente com os que lhe eram mais próximos, nomeadamente o meio envolvente verbalizando frequentemente “estou tão diferente que mal me consigo olhar ao espelho para realizar os ensinamentos que a enfermeira me pede”. Segundo Lazarini citado por MENOITA *et al.* (2012), ao verificar-se um dano do sorrir, tal pode-se refletir posteriormente em isolamento e em muitos casos levar à depressão. No final, a cliente apresentou uma melhoria significativa no recrutamento/mobilização da musculatura facial, resultando numa mímica facial mais definida, com apenas um discreto desvio da comissura labial para direita.

Na reeducação do equilíbrio os principais objetivos com esta cliente foram estimular a sensibilidade postural; reeducar o reflexo-postural e melhorar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática, para isso, primeiramente foi importante ensinar a cliente sobre o equilíbrio (o que é a linha média; base de sustentação, centro de massa, etc.); assisti-la na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora no leito (exercício da ponte no leito para fortalecimento da musculatura abdominal e dorso-lombar); exercício de rotação controlada da bacia no leito; exercícios de abdominais no leito; assistir na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora na posição de ortostática (imprimir movimentos oscilantes - ântero-posteriores, póstero-anteriores e laterais, impulsionando e apoiando-a ao nível dos ombros; exercício de abdução dos membros superiores num ângulo de 90°; exercício de inclinação lateral do tronco e retorno à posição inicial; exercício de flexão anterior do tronco e retorno à posição inicial; exercício do avião).

Durante o período de contacto, foi realizado ensino/treino de equilíbrio na posição ortostática tendo-se evidenciado uma progressão do seu desempenho na execução dos exercícios objetivando-se uma melhoria gradual do equilíbrio, apresentando no fim, equilíbrio estático e dinâmico sentada e em ortostatismo mantido conseguindo deambular sem desequilíbrio, quer em plano horizontal quer em plano irregular/escadas. Em todos os momentos de contacto foi elogiada a execução da técnica e progressos alcançados.

De salientar que durante todo este processo a filha da cliente assumiu um papel ativo no processo de saúde da mãe, procurei não apenas capacitar a senhora G.M., mas também a sua filha uma vez que as orientações familiares são importantes nos programas terapêuticos, sendo o ensino parte integrante do mesmo, particularmente se não for possível um programa intensivo e contínuo (MENOITA *et*

al., 2012). Os mesmos autores reforçam que o processo de reabilitação ao cliente com AVC deve decorrer num ambiente terapêutico que propicie as condições adequadas para a aprendizagem e a maior qualidade de estímulos possíveis.

A comunicação terapêutica no processo de reabilitação para além de integrar a comunicação verbal, integra também a comunicação não verbal, que inclui toda a informação recolhida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, organização dos objetos no espaço e fatores proxémicos relacionais (Menoita *et al.*, 2012). Tal, permitiu compreender quais os sentimentos da cliente, bem como os seus medos e dúvidas, possibilitando o desenvolvimento de um maior vínculo terapêutico.

Borella e Sacchelli (2009) citados em Menoita *et al.* (2012), referem que o treino motor pode promover neurogénese, sinaptogénese, modulação pré e pós sinápticos; e que todos podem contribuir para obtenção de resultados positivos na recuperação em resposta a esse treino. Por outro lado, Takase (2005) refere que após o AVC, fatores como a aprendizagem, memória, frequência e a continuidade da reabilitação, o ambiente e a comunicação terapêutica constituem fatores determinantes para a plasticidade (Menoita *et al.*, 2012).

A reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora através de um processo neurobiológico onde os organismos modificam as suas respostas motoras, de forma temporária ou definitiva, melhorando o seu desempenho como resultado do treino sistemático (Menoita *et al.*, 2012). A aprendizagem motora utiliza a memória que resulta do treino, sendo necessário repetir várias vezes a mesma ação de modo a se formar o engrama motor.

O engrama motor representa a organização neurológica de um padrão pré-programado de atividade muscular. Assim, os atos motores podem ser treinados com resultados perfeitos, apenas pela repetição do padrão correto do desempenho muscular (Kotte, 1984, citado por Menoita *et al.*, 2012).

As competências desenvolvidas no processo de cuidar do cliente com restrição da participação ou limitação da atividade foram sustentadas pela adequação dos cuidados às necessidades de saúde do cliente, elaborando para o efeito planos de cuidados que demonstrassem a implementação de um programa de reeducação nas diferentes áreas de intervenção do EEER. Para tal, o desenvolvimento de habilidades na avaliação neurológica expressas na elaboração dos planos de cuidados, pela utilização de escalas como a de *Medical Research*

Council Muscle Testing scale, *NIHSS*, *MIF*, escala simples do equilíbrio e a escala de *Berg* foram fundamentais, como foi anteriormente referido.

O desenvolvimento de habilidades na avaliação, funcionalidade e intervenção no cliente com patologia respiratória foi também fundamental. As doenças do sistema respiratório são uma das principais causas de morte na União Europeia, estas incluem a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma, pneumonia e cancro do pulmão (Ferreira, 2017).

Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2019), anualmente no mundo morrem cerca de 3 milhões de pessoas com DPOC e estima-se que nos próximos 30 anos e até 2030 ocorram mais de 4,5 milhões de mortes anualmente.

A DPOC pode ser definida como uma doença prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes (tosse, expectoração e dispneia) e obstrução não reversível das vias aéreas. Esta constitui atualmente a quarta causa de morte no mundo perspetivando-se que seja a terceira causa de morte até 2020 com conseqüente perda da qualidade de vida, uma vez que muitos clientes padecem desta doença durante anos e morrem prematuramente (Gold Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

A DPOC é uma doença respiratória que evolui por exacerbações, que se caracterizam pelo agravamento dos sintomas e podem resultar em declínio da função pulmonar e aumento da fraqueza muscular, sendo que a frequência destas exacerbações aumenta com a gravidade da doença.

A evidência científica disponível mostrou que a RFR como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a dispneia e a qualidade de vida dos clientes. Estes benefícios refletem-se numa demonstrada diminuição de exacerbações, consultas e internamentos hospitalares (Direção Geral de Saúde, 2009).

Os componentes clássicos da RFR do cliente com DPOC são os exercícios respiratórios de âmbito geral, o treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e as técnicas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012). Outra componente fundamental é a educação que deve abranger medidas preventivas e terapêuticas. Deve ser incluído num programa de RFR uma componente de educação para a saúde onde seja explicado ao cliente o que é a doença, como evolui e como pode gerir a sintomatologia. Sendo fundamental falar da importância do exercício físico, uma vez que a tendência do cliente com DPOC é

descuidar a atividade física devido à dispneia associada. A evicção tabágica e a nutrição são aspetos importantes que o EEER não deve também descuidar num programa de reabilitação (Silva, 2012).

No cliente com patologia respiratória procurei prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, através de técnicas de correção postural e de exercícios de mobilização osteoarticulares com treino dos grupos musculares envolvidos; reduzir a tensão psíquica e muscular o que permitiu diminuir a sobrecarga muscular, através do ensino de posições de descanso e relaxamento; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, visando melhorar a distribuição/ventilação alveolar, recorrendo ao controlo da respiração e de exercícios de reeducação respiratória seletivos e globais; melhorar a *performance* dos músculos respiratórios, através de exercícios de reeducação respiratória e da espirometria de incentivo e reeducação ao esforço, através do controlo da respiração ao esforço e reeducação física global. Neste sentido, na implementação de um programa de reabilitação ao cliente com patologia do foro respiratório procurei não apenas focar-me na RFR, mas também na RFM numa sinergia de forma a obter um desempenho de elevado nível e que o cliente recuperasse a sua autonomia o mais precocemente possível.

Na sua intervenção o EEER deve ter em conta a patologia, as complicações e os objetivos do programa de reabilitação em cada situação. Os ganhos em saúde obtidos pela prática de cuidados de ER traduzem-se numa diminuição do número de dias de internamento e do número de reinternamentos, maior autonomia nas AVD, maior independência funcional, maior satisfação e qualidade de vida do cliente.

Desde cedo que pude começar a intervir junto dos clientes, inicialmente com a orientação do EEER orientador e posteriormente sob a minha iniciativa, validando sempre as minhas intervenções junto deste.

As dificuldades iniciais constituíram no facto de apesar de ter presente a teoria no que se refere às avaliações e exercícios a realizar para determinada situação, considerar que colocar tudo em prática junto do cliente poderia ser demasiado exaustivo para este. Após abordar tal facto com o EEER orientador optei por realizar inicialmente as avaliações, e posteriormente, selecionar os exercícios que considere mais importantes para o cliente naquele momento e progressivamente fui introduzindo outros, tendo em conta o grau de colaboração e tolerância nas mesmas. Tal estratégia foi bastante positiva e contribuiu para que

definisse prioridades e organizasse os cuidados, delineando um plano de cuidados de reabilitação adequado às necessidades dos clientes.

A título ilustrativo recorde o senhor E.G., um cliente com DPOC, internado por bronquiectasias infetadas. Da sua autoavaliação da dispneia destacava um *score* de 6 (moderada) durante a realização das AVD. *Score* 1 (muito leve) em repouso na escala de *Borg*, fazendo ainda referência a ortopneia no leito. Na avaliação do senhor E.G. pude constatar que apresentava défice no autocuidado “respirar” e, com necessidade de um sistema de enfermagem totalmente compensatório para o autocuidado “respirar”, e de um sistema de enfermagem parcialmente compensatório para a “manutenção do equilíbrio atividade descanso”.

A implementação do plano de cuidados para este cliente, incluiu RFR e exercícios de tolerância ao esforço. Procurei iniciar o plano de cuidados com exercícios de relaxamento através da promoção da redução da tensão psíquica e da sobrecarga muscular, particularmente dos músculos respiratórios, cintura escapular, pescoço e membros superiores, incentivando o cliente a adotar uma posição confortável na cama com elevação da cabeceira até à posição de *semi-Fowler* (Heitor, 2003).

Segundo Cordeiro & Menoita (2012), para a promoção de um ambiente calmo e de confiança é importante recorrer a alguns elementos, como o encerrar a porta do quarto, favorecer o silêncio e promover uma relação terapêutica criando momentos de discurso empático.

As intervenções RFR dirigidas a este cliente passaram pela dissociação dos tempos respiratórios para melhor controlo da sua respiração, treino da respiração diafragmática, com insistência na expiração com os lábios semicerrados para permitir a desinsuflação pulmonar e redistribuição da ventilação alveolar, mecanismos de limpeza das vias aéreas e correção de defeitos ventilatórios (reeducação diafragmática com e sem resistência, reeducação costal global e seletiva) e posturais (Cordeiro & Menoita, 2012).

No que respeita aos mecanismos de limpeza das vias aéreas o senhor E.G. apesar de apresentar tosse eficaz, apresentava secreções em grande quantidade e profundas que tinha dificuldade em mobilizar e expelir. No leito em plano horizontal, era introduzida a drenagem postural modificada combinada com manobras acessórias de vibração, percussão e compressão (Cordeiro & Menoita, 2012). Quando sentado era implementado ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), para deslocar as secreções em direção aos brônquios principais (Cordeiro &

Menoita, 2012). De salientar que de acordo com Mckoy, Wilson, Saldanha, Odelola, & Robinson (2016) o CATR pode ser realizado em decúbito dorsal, ventral, lateral ou sentado e em associação com as manobras acessórias ou de drenagem postural.

O CATR consiste na implementação de um conjunto de técnicas: controle respiratório (respiração abdomino-diafragmática) que permitem o relaxamento entre técnicas, exercícios de expansão torácica com ênfase na inspiração ou respiração torácica, e expiração forçada através do TEF, ou *huffing*, ou tosse, que permite mobilizar e eliminar secreções (Prior & Prasad, 2008; Osadnik, McDonald, Jones & Holland, 2012; Morrison & Innes, 2017). Tem como objetivo desobstruir a via aérea e permite maximizar o potencial da expansão pulmonar e libertar as secreções (Eaton, Young, Zeng & Kolbe, 2007; Morrison & Innes, 2017).

O resultado das intervenções implementadas foram observáveis, verificando-se uma redução da ansiedade do cliente relacionada com o internamento, redução da dispneia e fadiga na realização das AVD, inclusivamente a interação com os colegas de internamento e profissionais foi evidente, tendo alta mais cedo que o inicialmente fora previsto.

As capacidades adquiridas, em particular, as diversas componentes da RFR, ensinamentos sobre a aplicação das técnicas de conservação de energia, a aplicação de instrumentos de avaliação, mas também a RFM, que a evidência científica refere como sendo muito importante na reabilitação do cliente com DPOC, contribuirá decisivamente para o desempenho de funções como futura EEER.

Contudo nem todos os clientes com secreções colaboravam no CATR. Tive oportunidade de realizar RFR a um cliente com Atlectasia do pulmão esquerdo, este apresentava um *score* na escala de comas de *Glasgow* de 7 e era previamente dependente nas AVD com síndrome de imobilidade decorrente de múltiplas patologias de base. Neste cliente a utilização de um dispositivo mecânico não invasivo designado de *Cough Assist* foi fundamental. O insuflador/exsuflador mecânico simula uma tosse mecanicamente, realizada de forma assistida, que se caracteriza pela aplicação de uma pressão positiva na via aérea e uma mudança súbita para pressão negativa através de peça bucal, máscara facial, tubo endotraqueal ou traqueostomia (Morrow, Zampoli, Aswegen & Argent, 2013; Chiner, Sancho-Chust, Landete, Senent & Gómez-Merino, 2014; Morrison, 2015).

Esta alteração de pressões simula o mecanismo fisiológico da tosse e permite uma expansão torácica global, associada à ventilação dos segmentos pulmonares mais periféricos, auxiliando a prevenção de retenção das secreções secundárias,

que deriva da diminuição da força da musculatura respiratória (Morrow *et al.*, 2013; Chiner *et al.*, 2014; Morrison, 2015).

O uso deste dispositivo revelou-se de extrema importância, pois permitiu mobilizar e progredir as secreções das pequenas vias aéreas para a orofaringe, sendo posteriormente expelidas ou aspiradas, de forma eficaz e segura (Morrison, 2015). Os efeitos tornaram-se inclusivamente visíveis na radiografia do tórax.

A competência adquirida na RFM e RFR, a instrução e treino de AVD e a promoção da saúde junto do cliente e pessoas significativas permitiram desenvolver mestria e competências no processo de transição e regresso a casa dos clientes cuidados.

A intervenção de ER desenvolve-se junto de diversos sistemas em interação: o cliente, a sua rede de suporte social, serviços e instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação e bem-estar, devendo o EEER interpretar quais são as características envolventes de cada situação para que possam delinear objetivos para atingir máximos níveis de interdependência funcional; promover o autocuidado, prevenir complicações e posteriores limitações; a conservação que engloba o reforçar de comportamentos de adaptação positiva, garantindo a continuidade de cuidados e serviços e minimizando o impacto ou a restrição resultante da incapacidade e a integração, através da contribuição da equipa multidisciplinar nas suas diferentes intervenções e competências (Menoita *et al.*, 2012).

Durante os EC, independentemente da forma como o cliente despertava para a existência de uma alteração do seu estado de saúde, quer mediante a sintomatologia, quer através de uma notícia inesperada, tendia a desenvolver-se um processo complexo de assimilação e integração da nova realidade. Neste sentido, a preparação da alta de forma precoce constituiu um elemento importante onde procurei planificar os cuidados, identificando e avaliando as necessidades do cliente, reconhecer os apoios e o papel dos cuidadores no seio familiar e na comunidade. Contudo aprendi que este processo deveria ser gradual e individualizado, tendo em conta as motivações, as expectativas do cliente em relação à sua vida futura, a interação do cliente com o meio que o rodeia, na medida em que toda a experiência vivida é subjetiva e sofre a influência das dimensões bio-psico-socio-cultural e espiritual.

Através dos conhecimentos técnicos e científicos, adquiridos junto dos diversos recursos identificados no plano de atividades, atuei como facilitadora da transição saudável. Procurei integrar o cliente e família no planeamento e

implementação dos cuidados, promovendo a sua participação, o que por sua vez fomentou uma maior motivação e confiança no cliente/família.

Os momentos de contacto com a família foram uma excelente oportunidade para envolvê-la no processo de aquisição de maior independência funcional e reinserção social. Procurei partilhar com esta informação, evolução e o grau de dependência provocada pela doença do seu familiar, favorecendo uma consciencialização efetiva das limitações e das necessidades de cuidados do cliente. Considero que estas conversas permitiram esclarecer dúvidas e gerir as expectativas face à evolução do cliente. Estes ensinamentos enquadram-se, numa lógica de transferência de conhecimentos e capacidades para o cuidador, tendo por foco as respostas humanas que requerem cuidados de enfermagem ao cliente dependente, centralizado na aquisição de saberes e saber-fazer (Petronilho, 2008).

Particularmente no contexto comunitário, os cuidadores idosos referiam que a sua principal necessidade era a presença de uma pessoa que os pudesse ajudar a cuidar do familiar. Manifestavam a necessidade de uma companhia permanente que os pudesse substituir quando estes precisassem de se ausentar quer por saídas de rotina, quer por motivos de saúde ou por desgaste físico e psicológico. Dada a intensidade e complexidade do cuidado, estes familiares eram invadidos por uma ambiguidade de sentimentos, porque embora cuidem por obrigação, manifestam o desejo de cuidar pelo sentimento de satisfação.

O medo de morrer e deixar o familiar sozinho foi também uma das preocupações manifestadas. Confessaram sentir-se muitas vezes invadidos por sentimentos negativos, tais como o desânimo, a revolta, a angústia, destacando-se em maior escala o sentimento de tristeza. Estes sentimentos decorriam principalmente do fato de nem sempre saberem lidar com as mais variadas situações com enfoque nos momentos mais críticos. Muitas vezes manifestaram sentir-se abandonados quer pelos filhos, quer pelos serviços sociais.

Neste sentido, a capacitação dos membros da família não termina no momento da alta hospitalar do familiar dependente e por isso, é de extrema importância dar continuidade aos cuidados no domicílio onde o exercício profissional dos enfermeiros se torna muito relevante nas diferentes etapas deste processo (Petronilho, 2008).

Assegurar a continuidade dos cuidados no processo de transição para casa/instituição passou por se iniciar o mais precocemente através da realização de programas de reabilitação, com vista à autonomia do cliente, assim como, que

gerisse as expectativas do cliente e da família sobre a recuperação contribuindo para uma transição eficaz. Tal, implica uma preparação cuidadosa desde a admissão com vista a compreender previamente possíveis obstáculos que o cliente/família poderá encontrar no domicílio que remetam posteriormente para reinternamentos (Serra, 2010). Durante os EC para alcançar este objetivo, procedi ao levantamento das condições da habitação e socioeconómicas e encaminhamento para outros profissionais, tal como a assistente social.

No caso de alta para outra tipologia, como as unidades de convalescença, média duração e reabilitação e longa duração e manutenção, por forma a dar continuidade ao processo reabilitação, no contexto de EC hospitalar, foram elaboradas cartas de transferência que incluíam os cuidados de ER prestados e a evolução do cliente. Aliados a estas, foram efetuados contactos telefónicos para os colegas da unidade para a qual o cliente iria ser transferido.

No contexto de EC comunitário o facto de prestar cuidados de ER no ambiente do cliente, permitiu-me olhar em volta e refletir sobre esta temática e sobre as barreiras arquitetónicas dentro das habitações. Antes de chegar a casa dos clientes, pude verificar que na via pública nem todos os percursos pedonais podiam ser designados de acessíveis e proporcionar o acesso seguro e confortável dos clientes com mobilidade condicionada. Alguns passeios não apresentavam uma largura livre não inferior a 1,5 m; as escadarias na via pública e dos prédios não possuíam patamares superior e inferior com uma faixa de aproximação constituída por um material de revestimento de textura diferente ou cor contrastante com o restante piso, assim como a inexistência de duplo corrimão; a entrada dos prédios mais antigos era constituída por escadas e não possuíam rampa, assim como a inexistência de um elevador no seu interior o que potenciava um maior isolamento do cliente.

Recordo-me da casa da senhora D., ao entrar na sua casa a porta era estreita impossibilitando a passagem da cadeira de rodas; os corredores e outros espaços de circulação horizontal tinham uma largura inferior a 1,1 m; a bancada da cozinha para além de ser alta, entre estas não existia um espaço livre que permitisse uma zona de manobra para a rotação de 360° com uma cadeira de rodas; o WC apresentava uma área reduzida e era constituído por uma banheira impedindo a entrada do cliente para o seu interior na cadeira sanitária; a altura do piso ao bordo superior do lavatório era superior a 0,8m, os espelhos junto ao lavatório encontravam-se instáveis e suscetíveis de cair (Decreto de Lei nº 163/2006).

Neste âmbito foram desenvolvidas atividades de ensino e treino das AVD envolvendo a cliente e o cuidador, em sessões programadas de modo a proporcionar o ensino/treino e incentivar o esclarecimento de dúvidas. Foram também realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas, posicionamentos, condições habitacionais (barreiras arquitetónicas) e a necessidade de produtos de apoio específicos que aliados ao treino dos exercícios terapêuticos foram de extrema importância, uma vez que fizeram a diferença no quotidiano da senhora D. maximizando o seu desempenho. O produto de apoio é definido 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” (Decreto-Lei 93/2009, de 16 de Abril, p. 2276). Para a OE (2011), os produtos de apoio constituem meios facilitadores no desempenho das AVD. Para otimizar este processo recorri a alguns produtos de apoio que permitiram à senhora D. a maximização das suas capacidades funcionais, dos quais destaco: a utilização das barras de apoio, de material anti-derrapante e da cadeira sanitária adaptada para a banheira.

A senhora D. dizia muitas vezes “prezo muito a minha liberdade para me encontrar numa situação de dependência” e considero que através da capacitação e do *empowerment* contribuí para obtenção de ganhos em saúde adicionais, motivando-a para a adesão ao regime terapêutico, diminuindo a sua dependência funcional e social, aumentando o seu nível de independência e por sua vez reduzindo a necessidade de esta recorrer aos cuidados de saúde, otimizando a sua reintegração no seio familiar e social.

Considero que o ER está posicionado de forma privilegiada no contacto com os clientes e comunidades, por se encontrar capacitado para provocar um impacto significativo nos seus níveis de saúde. Será essencial o desenvolvimento de uma intrínseca utilização do *empowerment* como uma abordagem da promoção da saúde, capacitando os clientes a adquirirem controlo sobre as suas próprias vidas, colaborando nos processos de mudança que visem atingir os seus objetivos de saúde.

A reflexão que este relatório proporcionou sobre a ER levou-me a compreender melhor o papel que o enfermeiro pode desempenhar como facilitador de transições saudáveis, objetivando-se que clientes com alterações da funcionalidade consigam ultrapassar as limitações na atividade, para que estas não condicionem restrições na participação ou limitações no exercício da cidadania.

2.4. A intervenção do EEER na Alimentação da Pessoa com AVC

A alimentação é um ato social que permite a interação e partilha de experiências sensoriais e afetivas. Esta e a hidratação são necessidades básicas que permitem a manutenção da vida. O principal objetivo de comer e de deglutir é fornecer ao corpo os nutrientes e a hidratação apropriada. Quando estamos saudáveis e todos os mecanismos inerentes à deglutição estão a funcionar eficazmente, deglutir é algo que fazemos cerca de 1000 vezes por dia sem darmos conta do número de deglutições (Hoeman, 2011).

Qualquer compromisso na capacidade de alimentação ou hidratação representa um grande impacto sobre a qualidade de vida do cliente, podendo comprometer quer a sua saúde física, quer a sua saúde mental.

A deglutição é uma função complexa que requer coordenação entre o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central, a qual inclui atividades voluntárias e reflexas, envolvendo diferentes músculos e nervos (Nogueira, Ferreira, Reis & Lopes, 2015). As suas funções são proteger a via aérea e levar o bolo alimentar da boca até ao estômago, através de uma sequência coordenada de contrações musculares, a qual pode ser iniciada voluntariamente ou despertada por movimentos reflexos desencadeados por impulsos sensoriais da faringe posterior. As atividades voluntárias envolvem a região cortical e estão relacionadas com as fases oral e preparatória da deglutição (Menoita *et al.*, 2012). As atividades reflexas envolvem o tronco cerebral e os pares cranianos (V, VII, IX, X e XII) e estão relacionadas com as fases faríngea e esofágica da deglutição. O controlo neurológico da deglutição envolve estruturas como o cérebro; gânglios basais; hipotálamo; amígdala; cerebelo e mesencéfalo; tronco encefálico e pares cranianos, no que respeita às estruturas anatómicas envolvidas na deglutição estas são a cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Braga, 2017).

O processo biomecânico da deglutição pode ser dividido em quatro fases. A fase oral preparatória é responsável pela preparação, mastigação e posicionamento final do bolo alimentar na cavidade oral; na fase oral é feito o transporte para a orofaringe; a fase faríngea é responsável pela passagem segura do bolo alimentar da faringe até o esófago; a fase esofágica é responsável pelo transporte do bolo através do esófago em direção ao estômago (Head, 2012). Quando alguma destas fases se encontra perturbada estamos perante uma disfagia, a qual pode decorrer

de comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico.

Castro, Fonseca, Matos, Bernardo e Silva (2012), definem a disfagia como o sintoma relacionado com a dificuldade ou desconforto durante a progressão do bolo alimentar da boca até ao estômago, que pode ser classificada de acordo com a fase da deglutição comprometida, a sua etiologia ou quanto ao seu grau de severidade (Gallagher, 2011).

A disfagia afeta principalmente os clientes idosos (de 23 a 51% dos idosos institucionalizados), clientes com AVC (74% na fase aguda do AVC e 37% na fase crónica), clientes com doenças neurodegenerativas (presente em 82% dos clientes com doença de Parkinson e em 30% dos clientes com Esclerose Múltipla) e clientes submetidos a radioterapia por tumor da cabeça ou pescoço (60 – 75%) (Gallagher, 2011; Rofes, 2014; Kalf, Swart, Bloem & Munneke, 2012).

A disfagia tem impacto na saúde fisiológica e psicossocial (Nogueira *et al.*, 2015). Esta tem graves consequências sociais, emocionais e socioeconómicas, condiciona um grande sofrimento durante as refeições, alterando a qualidade de vida do cliente (Wirth *et al.*, 2016 e Lin, Chang, Chen, Chang, Chang & Wang, 2012). Está associada a complicações como desidratação, desnutrição, pneumonias de aspiração, perda de peso e asfixia, aumentando o risco de mortalidade (Nogueira *et al.*, 2015; Menoita *et al.*, 2012; Braga, 2017; Head, 2012; WGO, 2014 e Lin *et al.*, 2012). A disfagia é também responsável por aumentar o tempo de internamento, reduzir a participação na reabilitação, maior dependência na altura da alta e diminuição da satisfação do cliente, devido a períodos prolongados sem alimentação por via oral (Donovan, Daniels, Edmiaston, Weinhardt, Summers & Mitchell, 2013). Todo o exposto leva ao incremento dos custos em saúde (Etges, Scheeren, Gomes & Barbosa, 2014).

A aspiração é uma das principais complicações da disfagia, tornando-se potencialmente fatal (Wirth, *et al.*, 2016). Pode ser definida “como a passagem de alimentos através das cordas vocais, sendo a resposta normal um reflexo de tosse violento” (Braga, 2017, p.184).

As morbidades psicossociais associadas à disfagia estão relacionadas com a dificuldade em participar nas refeições, como evento social e familiar (Head, 2012; Wirth, *et al.*, 2016 e Lin *et al.*, 2012). Estes constrangimentos têm um efeito negativo no bem-estar psíquico, podendo desencadear processos depressivos e a situações de isolamento social (Gallagher, 2011; Wirth, *et al.*, 2016 e Lin *et al.*, 2012).

As complicações decorrentes da disfagia aumentam os custos de saúde como resultado de readmissões hospitalares, os atendimentos de urgência, os internamentos hospitalares prolongados e a necessidade de internamento em instituições de cuidados a longo prazo (WGO, 2014).

Assim, é fulcral que a disfagia seja detetada e corrigida o mais precocemente possível. “A avaliação da deglutição deve ser realizada antes da administração de comida ou medicação” (Braga, 2017, p.185). Esta é realizada através de uma anamnese minuciosa e detalhada das características ou manifestações da perturbação da deglutição e por uma avaliação clínica. Tem como objetivos: identificar as possíveis causas de disfagia; avaliar a segurança da deglutição ou risco de aspiração; decidir a via de alimentação e esclarecer sobre a necessidade de uma avaliação instrumental/objetiva.

O tratamento da disfagia baseia-se no tratamento do fator causal, caso este possa ser modificável. A causa da disfagia é um fator importante na escolha da sua abordagem e tem como objetivos garantir a passagem segura de alimentos desde a boca até ao estômago e evitar a aspiração pulmonar. Esta concretiza-se através de exercícios/manobras direcionados para melhorar a fisiologia/execução da deglutição. Quando essas estratégias falham pode-se optar por formas de alimentação não oral ou intervenção cirúrgica (WGO, 2014).

Para além da disfagia, o cliente com AVC pode ser incapaz de se alimentar pela diminuição da força muscular, tónus muscular e sensibilidade por alterações sensorio-percetivas ou confusão. A diminuição da força muscular no membro superior afetado pode dificultar o uso de talheres e a manutenção do prato estável. As alterações visuais e perceptivas podem resultar numa incapacidade em visualizar todo o prato assim como avaliar a distância do mesmo .

Relembrando o senhor M, um cliente com AVC da artéria cerebral média direita que apresentava hemiparésia esquerda, disartria, apraxia e *neglet*. Este senhor residia na casa da sua filha que embora estando desempregada, na maioria das vezes que realizávamos a visita não se encontrava em casa para nos abrir a porta. Na primeira avaliação, foi verificado que apresentava desinteresse aos estímulos apresentados à sua esquerda explorando apenas os estímulos no hemisfério direito, na alimentação ignorava os alimentos da metade esquerda do seu prato (*neglet* peripessoal) e relativamente ao movimento do membro superior esquerdo este tinha capacidade para o realizar, contudo necessitava de uma demonstração prévia para despoletar a ação. Neste sentido, recorri a diversas

atividades terapêuticas. Particularmente na esfera da alimentação, destaco a facilitação cruzada onde inicialmente, de acordo com as preferências do cliente e filha, procedemos à alteração da disposição do mobiliário do quarto para que o cliente recebesse o máximo de estímulos do lado mais afetado, incentivando-o a olhar para esse mesmo lado e quando o abordava e tocava, procurava que fosse no lado mais afetado, de salientar a receptividade da filha na adoção dessas estratégias.

Numa segunda visita domiciliária o senhor foi questionado acerca do que se tinha alimentado ao almoço, tendo referido que apenas tinha ingerido um iogurte. Tendo em conta aquela resposta, antes de começar as intervenções de ER, o cliente foi incentivado a alimentar-se primeiro e explicada a importância de se alimentar regularmente devido à necessidade de um aporte proteico e calórico adequado.

Para o cliente com défice do autocuidado comer e beber que experiencia uma situação de dependência no autocuidado com incapacidades físicas que podem afetar diretamente o processo de alimentação, limitar a sua acessibilidade e capacidade para preparar e cozinhar comida, o treino da força muscular ao nível dos membros superiores, assim como a coordenação muscular e treino de dispositivos de apoio torna-se essencial (Hoeman, 2011). No caso específico deste cliente, apresentava alterações físicas que dificultavam a sua ida à cozinha para a preparação de refeições e o facto de passar algum tempo sozinho poderia remetê-lo para outros fatores como a depressão e o isolamento social predispondo-o à desnutrição.

De acordo com Lieber, Hong, Putrino, Nistal, Pan & Kellner (2018), a presença de uma ingestão deficiente de alimentos está associada a uma má recuperação funcional em clientes com doenças cerebrovasculares limitando a sua resposta à reabilitação. Atendendo a que um dos objetivos da reabilitação delineados para este cliente era o restabelecimento do padrão de marcha prévio ao internamento e as intervenções para atingi-lo consistiam no fortalecimento muscular e treino de marcha, a ingestão inadequada de alimentos poderia colocar em causa os resultados obtidos.

Neste sentido, em conjunto com a assistente social, procuramos avaliar se em termos de recursos socioeconómicos este cliente apresentava meios suficientes que proporcionassem a realização das refeições, o que não se verificou pelo que foi negociado com a filha e cliente um apoio social para a alimentação.

Ao longo dos EC procurei avaliar a alimentação dos clientes, implementar e reforçar o uso de técnicas compensatórias e dispositivos de apoio. Pude constatar

que os produtos de apoio ao facilitarem a ingestão dos alimentos, constituem um elemento imprescindível no processo de reabilitação, pois permitiram adequar as intervenções de modo a atenuar o problema detetado. A utilização destes produtos permitiram a promoção da autonomia, bem-estar, integração e qualidade de vida pois permitiam que a alimentação se tornasse mais fácil de ser realizada, com menor esforço, dispêndio de energia e maior comodidade. Pude constatar que ao contribuírem para o posicionamento correto do corpo, preveniam deformidades e permitiam que a realização da AVD fosse efetuada de forma segura.

Nos dois contextos de EC pude constatar que não existe grande variedade de produtos de apoio para a alimentação, como por exemplo talheres adaptados, neste sentido, procurei informar a família e o cliente sobre a existência destes produtos de apoio disponíveis no mercado e na eventualidade de financeiramente de não lhes ser permitido investir em produtos de apoio, procurei exemplificar adaptações nos talheres que poderiam realizar em casa. No contexto hospitalar pude implementar a colher de cabo grosso em dois clientes (os talheres modificados com um material próprio permitiram ao cliente agarrar melhor o talher facilitando o corte e ingestão dos alimentos) e a folha antiderrapante debaixo do prato. A utilização do prato em concha e a proteção lateral no prato só foram possíveis de implementar no contexto comunitário uma vez que estes se encontravam em sua casa e a comida era preparada pelos familiares.

Uma dificuldade verificada nos clientes que bebiam água pelo copo era a hiperextensão cervical quando o copo estava menos de meio cheio, tal posição aumenta o risco de aspiração (Hoeman, 2011), neste sentido, para cada cliente procurei fornecer-lhe um copo de papel previamente cortado em semicírculo – tal permitiu ao cliente inclinar o copo ao invés de inclinar a cabeça.

No que respeita à reeducação funcional de deglutição, engloba essencialmente técnicas compensatórias que permitem ao cliente ingerir alguns alimentos por via oral sem aspirar, e os exercícios de reabilitação com o objetivo de melhorar a força e a coordenação.

Para os autores Leder *et al.*, citados em Ferreira (2016), apesar do cliente com disfagia geralmente ter uma recuperação espontânea do AVC até um mês após o evento e considerando que estes têm um período em que se encontram em risco, torna-se fundamental determinar o risco de aspiração de forma a prevenir complicações pulmonares, assim como, permitir a implementação de uma intervenção terapêutica adequada, possibilitando uma alimentação via oral segura.

No que se refere às modificações dietéticas no cliente com disfagia, estas devem ser específicas para a fisiologia da deglutição que o cliente apresenta. Nos clientes com disfagia para líquidos estes devem ser fornecidos numa determinada consistência (Hoeman, 2011).

Neste sentido, a utilização de ferramentas clínicas de avaliação e triagem da disfagia orofaríngea torna-se crucial. A deteção e correção precoce da disfagia são fulcrais para evitar complicações mais graves como a desnutrição, a desidratação e a pneumonia de aspiração.

Para Ferreira (2016), a triagem da disfagia é um procedimento que exige rapidez, baixo risco e custo reduzido objetivando a identificação de um maior número possível de clientes que se encontrem em risco e necessitem de uma avaliação mais objetiva. A aplicação do *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST) é uma avaliação de rotina e triagem recomendada a todos os clientes em risco admitidos em hospitais gerais (Clavé *et al.*, citados por Ferreira, 2016).

A V-VST consiste num instrumento de triagem cujo objetivo é identificar perturbações adquiridas da deglutição, o procedimento passa por oferecer volumes de 5, 10 e 20 ml de várias consistências ao cliente com vista a fornecer uma alimentação segura na consistência adequada (Ferreira, 2016).

Durante o primeiro momento de EC o instrumento para a avaliar disfagia foi V-VST. Por se tratar de um instrumento de rápida aplicabilidade, permitiu detetar o mais precocemente a disfagia nos clientes que eram admitidos no serviço. A avaliação era iniciada com o exame físico do cliente, qual o estado de alerta do cliente; comunicação funcional; oclusão labial passiva; movimentos de força da língua; movimento do palato mole após se solicitar a produção de um “ã” sustentado; reflexo de vômito; tosse voluntária; deglutição voluntária; deglutição espontânea; elevação laríngea; dificuldades na elevação laríngea e a qualidade vocal. A frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio eram monitorizadas antes, durante e após o teste e durante avaliação da deglutição o cliente encontrava sempre sentado a 90°.

Após a ingestão de cada uma das consistências era registada a presença de alterações de segurança tais como: tosse, queda dos valores de saturação de oxigénio e alterações vocais como a voz molhada e/ou alterações de eficácia (encerramento labial deficiente, resíduos orais e/ou faríngeos referidos pelo cliente, e ainda a presença de deglutições múltiplas) (Rofes *et al.*, citado por Ferreira, 2016).

Durante esta avaliação, caso o cliente apresentasse alteração da eficácia e/ou segurança, o volume e viscosidade na qual me situava no momento da avaliação era registado com o sinal (+), que significava que a deglutição do bolo alimentar naquele volume e viscosidade não era seguro e não se avançava para o volume acima e nem para uma consistência menor. Se o cliente não apresentasse alteração dos sinais de segurança era registado para aquele volume e viscosidade o sinal (-) e progredia para o próximo volume e consistência (Rofes *et al.*, citado em Ferreira, 2016).

Hoeman (2011) defende que a história de enfermagem do cliente com alteração da alimentação deverá responder a quatro áreas fundamentais: capacidade do cliente para obter e preparar os alimentos; preferências e hábitos de modo a adequar a dieta; capacidade que o cliente tem para levar o alimento à boca e ainda qual a sua capacidade para os mastigar e deglutir. Neste sentido, no planeamento das intervenções, procurei avaliar e atuar sobre estas quatro áreas fundamentais.

Uma vez que a escala utilizada no contexto hospitalar foi a V-VST, no contexto comunitário na primeira avaliação do despiste da disfagia utilizei a escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), de modo a desenvolver destreza na utilização das duas escalas.

A escala de GUSS é uma ferramenta para o despiste da disfagia, composta por duas fases. A primeira fase consiste numa avaliação preliminar/avaliação indireta da deglutição e a pontuação obtida nesta fase irá permitir ou não a realização da segunda fase, a avaliação direta da deglutição. As avaliações devem ser realizadas sequencialmente, porque a pontuação da avaliação indireta é que permite realizar a direta.

Recordo-me do caso do senhor H., este senhor num primeiro contacto apresentava a deglutição comprometida em grau moderado com um *score* na escala de GUSS de 10. Antes da avaliação da disfagia procurei otimizar a deglutição através da técnica de posicionamento sentado, de seguida para monitorizar o risco de disfagia recorri à escala de GUSS.

Na primeira fase foi realizada uma avaliação preliminar/teste indireto da deglutição verificando o estado de vigília < 15 minutos que se verificou, foi solicitado ao cliente para tossir e este cumpriu e de seguida para engolir a saliva, ao mesmo tempo verifiquei se este deglutiou com êxito, se apresentou sialorreia ou mudança vocal. No final desta avaliação preliminar o cliente não apresentou alterações pelo

que obtive um *score* de 5 e estariam reunidas as condições para passar a avaliação das diferentes texturas. Como foi referido anteriormente, o acesso ao espessante no contexto comunitário nem sempre era possível, ainda assim, uma vez reunidas as condições, prossegui para a segunda fase – teste direto da deglutição. Os critérios de avaliação utilizados no teste foram a deglutição (se a ingestão não é possível – 0; se aumento do tempo de deglutição >2seg, sólidos texturas >10seg – 1 e ingestão de sucesso – 2); tosse involuntária (antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde se sim- 0 e se não - 1); sialorreia (sim – 0 e não 1) e alteração da voz (ouvir a voz do cliente antes e depois de engolir, pedindo para dizer “Oh” no caso de sim – 0 e não – 1).

Deste modo, comecei pela avaliação na textura pastosa recorrendo a um pudim e verificando se o cliente apresentava sinais de aspiração, interrompendo o teste na eventualidade de apresentar um destes sinais. O senhor H. não apresentou sinais de aspiração na textura pastosa, pelo que prossegui para a avaliação na textura líquida colocando 3ml de água um copo e nesta consistência a deglutição não foi segura, o cliente apresentou tosse, sialorreia e alteração da voz, tendo obtido nesta primeira avaliação um *score* de 10.

Na elaboração do programa de intervenção, a meta estabelecida era a de que este recuperasse a força e coordenação para uma deglutição segura e eficaz. Neste sentido, foram planeadas um conjunto de intervenções com vista a atingir esse objetivo. Destas intervenções destaco como de maior dificuldade a instrução do cliente e da esposa, no que confere à preparação dos alimentos e adequação da consistência dos mesmos. Para colmatar tal dificuldade elaborei um folheto informativo, posteriormente entregue com essas indicações, revelando-se este crucial na adesão do casal.

De referir, ainda, a dificuldade inicialmente sentida na aceitação do cliente ao treino dos exercícios de reeducação funcional da deglutição (técnicas posturais, mudanças voluntárias da deglutição e exercícios de fortalecimento muscular ao nível dos lábios, língua, bochechas e palato mole). Para ultrapassar esta dificuldade, procurei instruí-lo, mostrar disponibilidade e reforçar cada ganho obtido.

No início da intervenção, o senhor H. recusava-se a alimentar pela falta de interação social às refeições devido à sua condição (Hoeman, 2011), tal refletiu-se num profundo status de solidão acompanhado das dificuldades de deglutição para os quais procurei estar desperta e explorar com o cliente quais os seus medos em relação à alimentação, que alimentos poderiam estar a contribuir para a fraca

ingesta e qual a motivação que o cliente tinha para o processo de reabilitação. Será importante que o EEER esteja não apenas desperto para as alterações decorrentes do AVC, mas também para estes aspetos intrínsecos do cliente, uma vez que o estado nutricional do cliente pode ser influenciado pela sua capacidade física para se alimentar, fatores psicológicos e ainda socioculturais (Hoeman, 2011).

Na medida em que esta família manifestou dificuldade financeira para adquirir o espessante, foram realizados ensinamentos à esposa sobre alternativas mais baratas ao espessante como os alimentos ricos em água como a fruta (nomeadamente o melão e a melancia) e os produtos hortícolas (como a abóbora, alface, espinafres, couve, entre outros), para melhor complementar este ensino foi realizado e entregue um folheto informativo (apêndice 4). A esposa do cliente demonstrou-se receptiva aos ensinamentos e adequou a dieta ao tipo de disfagia do seu marido não ocorrendo qualquer episódio de engasgamento ou aspiração de conteúdo alimentar, tal como sinais de desidratação ou desnutrição.

Os ensinamentos foram validados e a esposa utilizou o espessante fornecido na preparação da água e alguns alimentos na consistência correta, o cliente cumpriu ainda a realização das refeições na posição de sentado na cadeira de rodas ou em *Fowler* no leito e realizava o plano de exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 3 vezes por semana.

Durante o período de contacto, o cliente apresentou uma evolução positiva no *score* da GUSS evoluindo de um *score* de 10 para 15, na qual a ingestão dos alimentos pastosos e líquidos foi bem-sucedida, embora apresentasse dificuldade em ingerir texturas sólidas. No fim do internamento o cliente já havia evoluído de um *score* de 15 para 20 na escala de GUSS (sendo classificado como disfagia leve/não disfagia, tendo prescrita uma dieta normal, com ingestão normal de líquido) e por isso, na última avaliação apresentou deglutição eficaz e segura, sem apresentar sinais e sintomas de aspiração. Aprendi que com a aplicabilidade da escala de GUSS, esta constitui um método não-invasivo, de fácil e rápida aplicação, não induz stress no cliente e contribui para a obtenção de resultados fiáveis.

Em suma, para alcançar esta competência procurei incluir nos objetivos dos cuidados de ER ao cliente e família com problemas da alimentação e deglutição um conjunto de intervenções, que passaram pela sua capacitação na manutenção da nutrição e peso adequado; utilização de posturas compensatórias, técnicas compensatórias revelando capacidade para compreender a importância em deglutir líquidos e alimentos de consistência modificada; utilização dos dispositivos de

compensação de forma adequada; compreensão do significado de uma alimentação adequada com restrições dietéticas; percepção para cuidar da sua higiene oral e por fim, melhoria no autocuidado alimentação conhecendo e mobilizando os recursos da comunidade para aceder a uma alimentação apropriada.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos que percorremos no decurso da nossa vida não são estáticos, dependem das alterações que sofremos, quer na forma de pensar, quer na forma de ser, dependendo da nossa história pessoal. Esta está, portanto, indissociavelmente ligada à condição humana de se ser simultaneamente e continuamente natureza, sociedade e cultura. Contudo, não se esgota neste triplo condicionamento, consigo transporta a certeza de que cada ser humano é absoluto, concreto, contínuo e dinâmico.

Na condição de caminhante, um trilho em parte escolhido por mim trouxe-me até à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa visando o Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Durante este percurso tive oportunidade de desenvolver um conjunto de competências essenciais ao exercício da ER com fim a otimizar a funcionalidade do cliente com deficiência, restrição da participação ou limitação da atividade ao longo do seu ciclo vital, assegurar o seu bem-estar e qualidade de vida, agindo como um facilitador da transição saudável para a dependência, regresso a casa e exercício da cidadania.

Chegando à reta final de todo este processo não posso deixar de explanar o quanto este percurso formativo me fez evoluir como profissional e como pessoa. As experiências partilhadas, sentimentos, pensamentos e a reflexão realizada à luz da evidência científica foram alguns dos valiosos contributos que este mestrado me concedeu na transição de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista.

Considero que tive uma participação ativa ao longo de todo o processo de ensino-aprendizagem, na componente teórica, através da assiduidade e participação na discussão dos temas em sala de aula. Na componente prática, os locais dos EC foram uma fonte inesgotável de aprendizagem, a relação que estabeleci com os diferentes supervisores clínicos e com a restante equipa foi facilitadora da aprendizagem, pela partilha de conhecimento e experiências.

Após longos períodos de reflexão é bastante satisfatório olhar para trás e sair de cabeça erguida com o pensamento de missão cumprida. Faço um balanço muito positivo do meu percurso, demonstrei motivação, empenho e responsabilidade pelo processo de aprendizagem.

A realização deste relatório cumpriu o seu maior objetivo, o da reflexão e análise crítica do percurso realizado durante todo o curso. Não revisitarei aqui o que

são as competências comuns e específicas do EEER e como estas foram adquiridas ao longo destes meses, penso que esses pontos já foram explorados o suficiente ao longo do relatório.

Como perspectivas futuras considero que o ER deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne, o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje e o de hoje é diferente do passado. Os novos horizontes da enfermagem exigem ao profissional responsabilidade na elaboração de um cuidado holístico, devendo este estar motivado para acompanhar o conhecimento e aplicá-lo.

O mundo muda, assim como os valores, os costumes e as práticas, sem que por vezes seja perceptível a mudança. À semelhança do mundo, nós próprios, enquanto “unidade funcional” do mesmo, sofremos alterações, fruto das mais diversas vicissitudes e vivências tanto únicas como singulares. Diariamente muitos são os desafios, no entanto, há que ultrapassá-los num caminho que está a acontecer e que se quer baseado na evidência, rumo a um cuidado integral que vá de encontro das necessidades daqueles que necessitam de cuidados de enfermagem especializados.

“A vida é como andar de bicicleta.

Para manter o equilíbrio devemos continuar em movimento”

Albert Einstein

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. & Coelho, P. (2010). *Enfermagem Avançada: conhecer a história e planejar o futuro*. Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 15 de dezembro de 2017. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4646>
- Almeida, I. (2010). Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista de bioética*, 18(3), 537-538
- American Stroke Association & American Heart Association (2018). *Disease and Stroke Statistics 2018 At-a-Glance*. Acedido a 28 de janeiro de 2019. Disponível em https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/heart-disease-and-stroke-statistics-2018---at-a-glance-ucm_498848.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Braga, R. (2017). Avaliação da função da deglutição. In C. Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidata
- Carvalho, E., Kumakurall, A. & Morais, S. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(3), 690-6. **Doi:** 10.1590/0034-7167-2016-0509
- Castro, E., Fonseca, L., Matos, J., Bernardo, T. & Silva, A. (2012). Videoendoscopia da deglutição: Protocolo de avaliação. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*. 50(3), 197-204. Acedido a 14 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/112/112>
- Chiner, E., Chust, J., Landete, P., Senent, C. & Merino, E. (2014). Complementary Home Mechanical Ventilation Techniques: SEPAR Year 2014. *Archivos de*

Bronconeumología (English Edition),50(12), 546-553. **Doi:**
10.1016/j.arbres.2014.06.011

Correia, M. (2016). AVC em números. In APAVC. *O essencial sobre Acidente Vascul ar cerebral – guia prático para a população*. (pp – 8). Lisboa: Raio X

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência

Cruz, V. (2016). Sequelas e complicações do AVC. In APAVC. *O essencial sobre Acidente Vascul ar Cerebral – guia prático para a população* (pp – 9). Lisboa: Raio X

Cruz, V. (2017). O valor da aprendizagem interprofissional. *Stroke.pt*. 9, 3

Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto (2006). Diário da República I Série, Nº 152. (08-08-2006). Acedido em 29 de novembro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2006/08/15200/56705689.pdf>

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República I Série, Nº 74. (16-04-2009). Acedido 30 de novembro de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2009/04/07400/0227502277.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro. Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Donovan, J., Daniels, K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D. & Mitchell H. (2013). Dysphagia screening: State of the art: invitational conference proceeding from the state-of-the-art nursing symposium, international stroke conference 2012. *Stroke*, 44(4), 24-32. **DOI:**

10.1161/STR.0b013e3182877f57

- Eaton, T., Young, P., Zeng, I. & Kolbe, J. (2007). A randomised evaluation of the acute efficacy, acceptability and tolerability of Flutter and active cycle of breathing with and without postural drainage in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Chronic Respiratory Diseases*, 4(1),23–30. **DOI:** 10.1177/1479972306074481
- Heitor, M. & Canteiro, M. (2003). Reabilitação Respiratória. In Gomez, M. e Sotto-Mayor, R. *Tratado de Pneumologia* (pp. 1785-1787). Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa. Permanyer Portugal
- Etges, C., Scheeren, B., Gomes, E. & Barbosa L. (2014). Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS*, 26(5), 343–9. **DOI:** 10.1590/2317-1782/20142014057
- Faria, C. (2014). *A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 7 de novembro de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9514/1/tese%20Ana%20Faria.pdf>
- Ferreira, A. (2017). Perspetivas Internacionais. In Observatório Nacional das doenças respiratórias. *Relatório 2017*. Acedido a 6/12/2017. Disponível em https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf
- Ferreira, M. (2016). *Disfagia após Acidente Vascular Cerebral: comparação entre o uso do instrumento de Triagem Volume-Viscosity Swallow Test e a avaliação instrumental por Videoendoscopia*. Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, na Área de especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição. Acedido a 10 de novembro de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16638/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mariana%20Ferreira%20%20Mestrado%20MOF%20e%20Degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Ferreira, A. (2017). *Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação*. Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Universidade de Évora. Acedido a 10 de novembro de 2018. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/21775/1/Mestrado%20%20Enfermagem%20%20Alexandra%20Maria%20da%20Silva%20Ferreira%20%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20degluti%C3%A7%C3%A3o%20com%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escala%20Guss....pdf>
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel
- Freitas, J. (2016). Fatores de Risco > Controlar para prevenir. In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral – guia prático para a população* (pp - 7). Lisboa: Raio X
- Gallagher, R. (2011). Swallowing difficulties: a prognostic signpost. *Canadian Family Physician*. 57(12), 1407– 1409. Acedido a 15 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3237514/?tool=pubmed>
- Gold Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2019). *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report*. Acedido em 7 de dezembro de 2018. Disponível em <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>
- Head, K. (2012). *The design and evaluation of a valid dysphagia screening tool for acute stroke Patients*. University of Glamorgan. Dissertação de Mestrado. Glamorgan. Acedido a 20 de abril de 2018. Disponível em: <https://pure.southwales.ac.uk/files/987840/head2010.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures: Lusodidacta
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta
- Gomes, I. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*. Madrid: Imprenta Tomás Hermanos
- Kalf, J., Swart, B., Bloem, B. & Munneke, M. (2012). Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Related Disorders*. 18(4), 311–315. **Doi:** 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006
- Lieber, A., Hong, E., Putrino, D., Nistal, D., Pan, J. & Kellner, C. (2018). Nutrition, Energy Expenditure, Dysphagia, and Self-Efficacy in Stroke Rehabilitation: A Review of the Literature. *Brain Sciences*, 8(12), 218. **DOI:** 10.3390/brainsci8120218
- Lima, M., Pessôa, R., Almeida, M. & Penha, A. (2017). Nursing care in promoting the safety of the elderly hospitalized in fall prevention. *Facema*, 3(4):706-711. Acedido a 10 de dezembro de 2018. Disponível em <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/253/151>
- Lin, W., Chang, C., Chen, S., Chang, K., Chang Y. & Wang, G. (2012). Prolonged swallowing time in dysphagic Parkinsonism patients with aspiration pneumonia. *Arch Phys Med Rehabil.*, 93(11), 2080–4. **Doi:** 10.1016/j.apmr.2012.07.010
- Mckoy, N., Wilson, L., Saldanha, I., Odelola, O. & Robinson, K. (2016). Active cycle of breathing technique for cystic fibrosis (Review). *The Cochrane Library*, 7: 1-18. **Doi:** 10.1002/14651858.CD007862.pub4

- Melo, T. (2016). Tempo é cérebro. In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular cerebral. *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral – guia prático para a população* (pp – 6). Lisboa: Raio X
- Menoita, E., Sousa, L., Pão- Alvo, I. & Marques-Vieira C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência;
- Morrison, L. (2015). 167 Evaluation of the oscillatory Cough Assist E70 in adults with cystic fibrosis (CF). *Journal of Cystic Fibrosis*, 14, S101. **Doi:** 10.1016/S1569-1993(15)30344-1
- Morrison, L., & Innes, S. (2017). Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis (Review). *The Cochrane Library*, 5, 1-132. **Doi:** 10.1002/14651858.CD006842.pub4
- Morrow, B., Zampoli, M., Aswegen, H., & Argent, A. (2013). Mechanical insufflation-exsufflation for people with neuromuscular disorders. *The Cochrane Library*, 12, 1-38. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010044.pub2
- Nogueira, D., Ferreira, P., Reis, E. & Lopes, I. (2015). Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia*, 30(5), 511-520. **Doi:** 10.1007/s00455-015-9630-5;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE (2010c). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer da MCEER Nº12/2011 Actividades de Vida diária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª Edição. St. Louis: Mosby
- Organização Mundial da Saúde Manual. (2006). *STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Health topics Rehabilitation. World Health Organization*. Genebra: Organização Mundial da Saúde
- Osadnik, C., McDonald, C., Jones, A. & Holland, A. (2012). Airway clearance techniques for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library*,14(3), 1-103. **Doi:** 10.1002/14651858.CD008328.pub2
- Petronilho, F. (2008). *A transição da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam m membro dependente no Autocuidado: uma revisão da literatura*. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 43-58. Acedido a 14 de novembro de 2018. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21668/2/A%20transi%C3%A7%C3%A3o%20dos%20membros%20da%20fam%C3%ADlia%20para%20>

%20exerc%C3%ADcio%20do%20papel%20de%20cuidadores%20quando%20
0incorporam%20um%20membro%20dependente%20no%20autocuidado%20
%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau

Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 109-116. **Doi:** 10.12707/RIII12162

Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Trabalho de projeto. Acedido a 20 de abril de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7680>

Rofes, L., Arreola, V., Martin, A. & Clavé, P. (2014). Effect of oral piperine on the swallow response of patients with oropharyngeal dysphagia. *Journal Of Gastroenterology*, 49(12), 1517-1523. **Doi:** 10.1007/s00535-013-0920-0

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, (11), 59-62.

Serra, M. (2010). O regresso a casa do utente com AVC. *Revista Enformação*. Vol. (13), 20-25.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1/2), 11-20.

Silva, L. (2012) *Validação do questionário clínico para a doença pulmonar obstrutiva crónica (CCQ) para a língua portuguesa*. Dissertação de mestrado. Acedido a 7 de dezembro de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9271/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Liliana%20Silva.pdf>

- Tavares, J. & Alarcão, I. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teresi, J., Ramirez, M., Remler, D., Ellis, J., Boratgis, G., Silver, S., ... Dichter, E. (2013). Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: Effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 448–463. **Doi:**10.1016/j.ijnurstu.2011.07.003
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Veiga, L. (2015). *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença*. Relatório de estágio em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 12 de outubro de 2018. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/11997>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H., ... Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*, 11, 189–208. **Doi:** 10.2147/CIA.S97481;
- World Stroke Organization. (2017). *Oral statement of the World Stroke Organization (WSO) and the European Stroke Organization (ESO)*. Genebra: ESO
- WGO (2014). *World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Disfagia Diretrizes e cascatas mundiais*. Acedido a 20 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Estudo de caso I



9º Curso de Mestrado em Especialização
Enfermagem
De Reabilitação
Estágio com relatório

Estudo de caso

Local de Estágio – [REDACTED]

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

[REDACTED]
novembro de 2018

9º Curso de Mestrado em Especialização Enfermagem
De Reabilitação
Estágio com relatório

Estudo de caso

Local de Estágio – [REDACTED]

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

Docente Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

Enfermeiro Orientador: Enfº Especialista em
Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

[REDACTED]
novembro de 2018



1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Identificação da Cliente

Nome	M.G.	Estado Profissional	Reformada
Idade	83 anos	Nacionalidade	Portuguesa
Sexo	Feminino	Naturalidade	██████
Estado civil	Viúva	Pessoa significativa	A filha S.G.
Habitação	Reside sozinha em casa térrea. Referiu que o filho mora numa casa junto da sua pelo que o apoio nunca foi problema para si. Quando questionada sobre as condições da habitação, refere que a cozinha e a casa de banho estão separadas pelo quintal, tal facto nunca foi problema para a cliente até ao evento.		
Destino após a alta	Cliente manifesta vontade em regressar a sua casa, embora compreenda que precisa de recuperar para tal. No dia 12/10 foi referenciada para a ████████████████████ com a alta clínica a 18/10.		

1.2. **Antecedentes Pessoais:** Diabetes Mellitus tipo 2; Hipertensão Arterial e Fibrilhação Auricular.

1.3. **Internamentos Anteriores:** Sem internamentos Anteriores

1.4. **Antecedentes Familiares:** Desconhecidos

1.5. **Terapêutica habitual**

Pantoprazol 40mg	jejum	Etoricoxib 60mg	Às 19horas
Glicazida 60mg	Às 9horas		
Sinvastatina 20mg	Às 19horas		
Ramipril 5mg	Às 9horas		
Propafenona 150mg	Às 9horas		

2. HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL

2.2. **Motivo de Internamento:** Recorreu ao serviço de Urgência no dia 20 de setembro por cefaleia abrupta seguida de tonturas e náuseas, com vômitos associados à posteriori.

2.3. Resumo do Internamento

Informação colhida em nota de transferência da [REDACTED] para [REDACTED]. Esteve internada na [REDACTED] desde o dia 20/09/2018 tendo dado entrada no Serviço de [REDACTED] a 08/09/18.

Cliente de 83 anos de idade com fatores de risco vasculares, internada no serviço por Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico cerebelar à esquerda.

Do estudo etiológico destaca-se TAC CE de controlo às 24 horas que revelou: "hematoma intraparenquimatoso hemisférico cerebeloso esquerdo bem como o respetivo efeito de massa regional traduzido pela redução de calibre dos sulcos corticais cerebelosos, compressão do IV ventrículo com moldagem pontomesencefálica e afloramento da amígdala esquerda no forâmen magno".

De salientar que durante o internamento a cliente apenas realizou TAC na admissão e TAC de controlo após 24 horas do evento a 21/09/2018.

A hemorragia cerebelar geralmente origina-se na área do núcleo denteado a partir da rutura distal dos ramos da artéria cerebelar superior e estende-se para a substância branca hemisférica e para o quarto ventrículo. Muitos clientes com hemorragia da fossa posterior mostram comprometimento grave do equilíbrio para se sentar e ataxia que pode ser pronunciada ipsilateralmente como se verifica na cliente no presente estudo de Caso (Brainin, M. & Heiss, W., 2010).

De salientar de intercorrência enquanto permaneceu na [REDACTED]: episódio de flutter Auricular com resposta ventricular rápida, Frequência Cardíaca de 160 batimentos por minuto, fez cardioversão com Amiodarona com conversão para ritmo sinusal. (De acordo com o diário clínico)

Diagnóstico de internamento: AVC Hemorrágico cerebeloso esquerdo.

2.3 Medicação no internamento

Fármaco	Dose	Frequência	Via de administração
Pantoprazol	40mg	24h/24h	Via Oral
Nimodipina	30mg	8h/8h	Via Oral
Amiodarona	200mg	24h/24h	Via Oral
Insulina Glargina	12U	24h/24h	Via Subcutânea
Paracetamol	1g	SOS	Via Oral
Metoclopramida	10mg	SOS	Via Oral
Captopril	25mg	SOS	Via Oral

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

3.1 Avaliação Inicial de Enfermagem na Admissão

Avaliação Inicial de Enfermagem na admissão (9.10.2018)	
Gestão e Adesão	Gestão da medicação:

	Autónoma <u>Apoio na gestão da medicação:</u> Sem apoio
Estilos de Vida	<u>Sedentarismo:</u> não <u>Atividade Física/Desporto:</u> não <u>Atividade lúdica:</u> não
Comportamentos aditivos	<u>Álcool, tabaco e substâncias ilícitas:</u> não
Comunicação	<u>Audição:</u> normal <u>Visão:</u> Usa óculos <u>fala:</u> Sem alterações
Avaliação Mental	<u>Estado de consciência:</u> consciente <u>Orientação:</u> Orientado <u>Comportamento:</u> Sem alterações <u>Atitude:</u> adequada
Segurança e Proteção	<u>Quedas:</u> Não
Atividade Motora	<u>Dependente:</u> sim, Incapacidade para a o ortostatismo ou marcha sem apoio
Tegumentos	<u>Características da pele:</u> seca e descamativa <u>Características da mucosa:</u> sem alterações
Respiração	<u>Tosse:</u> não <u>Expetoração:</u> não <u>Dispneia:</u> não
Circulação	<u>Pacemaker:</u> não <u>CDI:</u> não
Cateteres	<u>Periférico:</u> sim
Alimentação	<u>Dependente:</u> sim <u>Nº de refeições/dia:</u> 4 (Segundo a cliente) <u>Padrão alimentar:</u> diabética – polifracionada
Eliminação	<u>Padrão Urinário:</u> Várias micções diárias.

	Não sabe especificar. Sem alteração das características da urina
	<u>Padrão Intestinal:</u> Habitualmente diário, sem problemas de obstipação na admissão
Sono e Repouso	<u>Perturbações do Sono:</u> não

Avaliação dos Parâmetros Vitais, Circulação, Oxigenação e Estado Nutricional

		9/10	18/10
Circulação/Oxigenação	Temperatura	35,8°C	36°C
	Tensão arterial	105/78 mmHg	121/67mmHg
	Frequência cardíaca	105 batimentos/minuto	97 batimentos/minuto
	Frequência respiratória	15ciclos/minuto	12ciclos/minuto
	Saturação periférica de O2	96%	97%
	Dor		0
	Padrão Respiratório	Toraco-abdominal, regular, simétrico, profundo.	Toraco-abdominal, regular, simétrico, profundo.
	Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente
	Edemas	Ausente	Ausente
	Mucosas	Coradas e hidratadas	Coradas e hidratadas

Estado Nutricional	Peso	75Kg	75Kg
	Altura	0cm	1,60cm
	Índice de massa corporal	-	-
	Hábitos Alimentares	Fazia 4 refeições por dia, ingeria grandes quantidades de comida ao jantar, referiu que não tinha preocupações com a quantidade de sal ou gordura ingerida, apesar de saber que era diabética.	Cumprir as 4 refeições tolerando. Prefere a sopa relativamente ao prato principal. Cumpre a dieta diabética
	Alterações da deglutição	sem alterações	sem alterações
	Via de Alimentação	Via Oral	Via Oral

3.2 Escalas Usadas no Serviço

3.2.1 – Escala da dor – Escala Linear Analógica não visual



No dia 9/10 a cliente não referiu dor.

3.2.2 Escala de Braden

A escala de *Braden* é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões podem levar ao desenvolvimento de Úlceras de Pressão. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. De salientar que o valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco: **Alto Risco – Pontuação <16** e **Baixo Risco – Pontuação ≥ 17**.

Escala de Braden		
	9/10	18/10
Percepção sensorial	1. Completamente limitada 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada	1. Completamente limitada 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada

	4. Nenhuma Limitação	4. Nenhuma Limitação
Humidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pele constantemente húmida 2. Pele muito húmida 3. Pele ocasionalmente húmida 4. Pele raramente húmida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pele constantemente húmida 2. Pele muito húmida 3. Pele ocasionalmente húmida 4. Pele raramente húmida
Atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acamado 2. Sentado 3. Anda ocasionalmente 4. Anda frequentemente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acamado 2. Sentado 3. Anda ocasionalmente 4. Anda frequentemente
Mobilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente imobilizado 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada 4. Nenhuma limitação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente imobilizado 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada 4. Nenhuma limitação
Nutrição	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito pobre 2. Provavelmente inadequada 3. Adequada 4. Excelente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito pobre 2. Provavelmente inadequada 3. Adequada 4. Excelente
Frição e forças de deslizamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problema 2. Problema Potencial 3. Nenhum problema 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problema 2. Problema Potencial 3. Nenhum problema
Pontuação Total:	17 (9/10 às 11 horas)	19 (18/10 às 11 horas)

Na admissão (dia 9/10 pelas 11 horas) apresentava *Score* de 17 na escala de *Braden* - baixo risco de desenvolver úlcera por pressão que manteve até à data da alta no dia 18/10 que apresenta *score* de 19 – baixo risco.

3.2.3 - Índice de *Barthel*

Esta escala avalia o potencial funcional do indivíduo medindo o nível de independência em 10 atividades de autocuidado. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze sendo que a nota é proporcional à independência e por isso, quanto maior for a nota mais independente é a cliente.

Classificação:

- 100 – Totalmente Independente
- 99-76 – Dependência leve
- 75-51 – Dependência Moderada
- 50-26 – Dependência Severa
- 25 e menos pontos – dependência Total

Índice de <i>Barthel</i>	9/10 (11horas)	18/10 (11 horas)
<u>Evacuar</u>		

0 = Incontinência (ou precisa que lhe façam um enema)		
5 = Acidente Ocasional (uma vez por semana)		
10 = Contínente	10	10
<u>Urinar</u>		
0 = Incontinência ou cateterizado e incapacitado para o fazer		
5 = Acidente Ocasional (uma vez em 24 horas)	5	
10 = Contínente (por mais de 7 dias)		10
<u>Higiene pessoal</u>		
0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0	
5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílio fornecido)		5
<u>Ir á casa de banho</u>		
0 = Dependente	0	
5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer alguma coisa sozinha		
10 = Independente		10
<u>Alimentar-se</u>		
0 = Incapaz		
5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc	0	
10 = Independente (a comida é providenciada)		10
<u>Tomar Banho</u>		
0 = Dependente	0	
5 = Independente (ou no chuveiro)		5
<u>Vestir-se</u>		
0 = Dependente	0	
5 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda		
10 = Independente (incluindo botões, fechos, e atacadores)		10
<u>Escadas</u>		
0 = Incapaz	0	
5 = Precisa de ajuda física (verbal, física, ajuda carregando)		5

10 = Independente para subir e descer		
Deslocações		
0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0	
5 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se		
10 = Pequena ajuda (verbal ou física)		10
Mobilidade		
0 = Imobilizado		
5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5	
10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)		
15 = Independente (alguns tem a ajuda de bengala)		15
Total	25	85

A cliente no dia 9/10 às 11 horas apresentava dependência total avaliada segundo o índice de *Barthel*.

No dia 18/10 às 11 horas apresenta dependência leve (85).

3.2.4 - Escala de Morse

A escala de *Morse* é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o cliente é classificado num dos três níveis de risco: **sem risco**, **baixo risco** e **alto risco**.

Classificação do nível de risco		Recomendações
Sem Risco	0 - 24	Nenhuma
Baixo Risco	25-50	Implementar
Alto risco	>50	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de quedas

Escala de Morse		
	9/10 (12 horas)	18/10 (9 horas)
Historial de quedas, neste internamento urgência/ou nos últimos três meses	Sim (25) Não (0)	Sim (25) Não (0)
Diagnostico (s) secundário (s)	Sim (15) Não (0)	Sim (15) Não (0)
Ajuda para caminhar	Nenhum/ajuda do enfermeiro/acamado/cad	Nenhum/ajuda do enfermeiro/acamado/cadei

	eira de rodas (0) Muletas/canadiana/bengala/andarrilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)	ra de rodas (0) Muletas/canadiana/bengala/andarrilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)
Terapia intravenosa	Sim (20) Não (0)	Sim (20) Não (0)
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel (0) Debilidado (10) Dependente de ajuda (20)	Normal/acamado/imóvel (0) Debilidado (10) Dependente de ajuda (20)
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)	Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)
<u>Total</u>	55 (Alto Risco de Queda)	40 (Baixo Risco de queda)

3.3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

3.3.1. Avaliação Neurológica

Na medida em que o diagnóstico da cliente se trata de um Acidente Vascular cerebral do Cerebelo à esquerda, considero pertinente primeiramente recorrer avaliação desta cliente através da escala da *National Institutes of Health Stroke* (NIHSS). Tal escala constitui um dos instrumentos de avaliação mais utilizados internacionalmente, sendo um indicador do tamanho e gravidade da lesão, bem como do prognóstico de clientes com Acidente Vascular Cerebral. É composta por 11 itens, sendo que cada um deles é mensurável de acordo com o déficit apresentado pelo cliente (Brito, R., Lins, L., Almeida, C., Neto, E., Araújo, D., Franco, C., 2013).

Itens		9/10 (9:00)	18/10 (9:30)
Estado de Consciência	Alerta	x	x
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação		
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder		
	Coma		

1b. ORIENTAÇÃO (pergunte à pessoa o mês e a idade)	Responde a ambas as questões corretamente			x
	Responde a uma questão corretamente			
	Ambas as respostas são incorretas			
1c. COMANDOS (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)	Obedece a ambas as ordens		x	x
	Obedece a uma ordem corretamente			
	Ambas incorretas			
2. OLHAR (melhor movimento ocular (apenas no plano horizontal))	Normal		x	x
	Limitação parcial dos movimentos oculares			
	Desvio forçado dos olhos			
3. CAMPOS VISUAIS (estímulo visual, ameaça)	Sem défices campimétricos		x	x
	Hemianópsia parcial			
	Hemianópsia completa			
	Hemianópsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)			
4. PARÉSIA FACIAL (pedir à pessoa para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor)	Movimentos simétricos e normais		x	x
	Parésia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)			
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)			

	Parésia total de um ou ambos os lados (face inf e sup)			
5a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair)			x
	Membro começa a cair antes dos 10 seg		x	
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
5b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg. sem cair)		x	x
	Membro começa a cair antes dos 10 seg.			
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
6a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)			x
	Membro começa a cair antes		x	

	dos 5 seg.			
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
6b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR DIREITO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)		x	x
	Membro começa a cair antes dos 5 seg.			
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
7. ATAXIA DOS MEMBROS	Sem ataxia			
	Presente em um membro			x
	Presente em dois membros		x	
8. SENSIBILIDADE (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria)	Normal		x	x
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada			
	Perda de sensibilidade severa			

	ou total			
9. LINGUAGEM (descrever figuras, nomear objetos)	Sem afasia		x	x
	Afasia ligeira a moderada			
	Afasia severa			
	Mutismo, afasia global			
10. DISARTRIA (lendo palavras)	Articulação normal		x	x
	Disartria ligeira a moderada			
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar			
	Não testável (intubado ou outro obstáculo físico)			
11. INATENÇÃO (use estímulo visual ou sensorial duplo)	Normal		x	x
	Inatenção para estímulo simultâneo bilateral numa das modalidades sensoriais			
	Hemi-inatenção severa ou em mais do que uma modalidade sensorial			
	TAL		4	1

A cliente na primeira avaliação (9/10) apresentava um déficit moderado na escala de NIHSS de 5. No final do internamento (18/10), apresenta NIHSS de 1 – Déficit ligeiro.

Déficit **Ligeiro**. NIHSS < 5; Déficit **Moderado** NIHSS 5 -17; Déficit **Grave** NIHSS > 17 – 22; Déficit **Muito Grave** NIHSS > 22

Estado de Orientação

A cliente encontra-se orientada Autopsíquica e Alopsíquicamente

Atenção/ Memória e Linguagem

Atenta ao meio envolvente, vígil e concentrada; Na avaliação da memória imediata recorreu-se ao *MiniMentalState Examination* (MMSE) pedindo à cliente para mencionar 3 objetos não relacionados e repetindo-os de imediato. Relativamente à memória recente de curto prazo pedia à cliente que guardasse as 3 palavras anteriores no MMSE e a cliente repetiu-as passados 5min quando questionada, relativamente à memória recente de longo prazo foi questionada o que comeu ao pequeno-almoço, para avaliar a memória remota foi questionada sobre eventos, por exemplo data de nascimento, onde cresceu. Não apresenta perturbação da linguagem. Compreensão, nomeação e repetição mantidas, assim como discurso fluente.

Avaliação Pares Cranianos

Par Craniano	Função	Avaliação	9/10	18/10
I – OLFATIVO	Olfato	Fechar os olhos e identificar odores.	Reconhece o cheiro dos alimentos que lhe são fornecidos. Sem anosmia	Reconhece o cheiro dos alimentos que lhe são fornecidos. Sem anosmia
II – OTICO	Visão	<p><u>Acuidade Visual:</u> colocar um objeto a várias distâncias e avaliar se a pessoa vê ou não vê.</p> <p><u>Campos visuais:</u> tapar alternadamente cada olho da pessoa e do avaliador (olho correspondente) e inserir um objeto (ex.: caneta) no campo visual. O campo visual do avaliador será a referência.</p>	<p>Pedi á cliente para fechar um olho de cada vez e dizer quantos dedos via. Foi testado a várias distâncias e campos visuais. Não se verificaram alterações. Sem defeitos do campo visual.</p> <p>No que se refere à acuidade visual apresenta ambliopia (compensada com óculos) mas sem cegueira ou amaurose.</p>	Sem defeitos do campo de visão (Escotomas ou hemianopsia) e na acuidade visual apresenta ambliopia (compensada com óculos), sem cegueira e sem amaurose.

<p>III – Óculo-moto comum</p> <p>IV – Patético</p> <p>VI – Motor Ocular Externo</p>	<p>- Miose; Elevação da pálpebra superior; elevação e abaixamento e adução do olho</p> <p>- Rotação do olho</p> <p>- Abdução do olho</p>	<p><u>Resposta pupilar:</u> realizar bilateralmente do canto externo para o centro com luz pouco brilhante, em ambiente semi-escurecido. Avaliar forma, velocidade de reação e diâmetro pupilar.</p> <p><u>Movimentos conjugados:</u> avaliar se os olhos têm movimento conjugado com a cabeça e se têm desvio para um dos lados.</p> <p><u>Pesquisar nistagmo e ptose palpebral</u></p>	<p>Feita avaliação deste par craneano no meio ambiente escuro em que foi aplicado um foco de luz do canto externo para o canto interno de cada olho e apresenta isocória e isorreatividade; sem movimentos conjugados, nistagmo ou ptose palpebral</p>	<p>Isocória e isorreatividade; sem movimentos conjugados, nistagmo ou ptose palpebral</p>
<p>V - Trigêmeo</p>	<p>- Sensação da face, boca e córnea;</p> <p>- Mastigação</p>	<p>- Sensibilidade da face e córnea: tocar na face córnea com algodão (reação é de encerramento palpebral e lacrimejo</p> <p>- Movimentos da mastigação: solicitar à pessoa para mastigar, encerrar os dentes ou gesto do beijinho e verificar assimetrias</p>	<p>Feito o teste passando algodão nas três divisões do nervo (Oftálmico, Maxilar e Mandibular), enquanto a cliente 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. Encerra e move a mandíbula bilateralmente.</p>	<p>Não se registaram alterações da sensibilidade. Apresenta reflexo córneo-palpebral bilateral, pestanejou quando sentiu o toque do fio de algodão na córnea. Encerra e move a mandíbula bilateralmente.</p>
<p>VII – Facial</p>	<p>- Movimento da face (mímica)</p>	<p>- Assimetrias faciais: solicitar à pessoa para</p>	<p>Sem assimetria facial e reconhece o sabor de doce,</p>	<p>Sem assimetria facial e reconhece o sabor</p>

	- Paladar (2/3 anteriores da língua)	sorrir, franzir o sobrolho, deitar a língua de fora, fazer movimentos faciais (caretas); - Reconhecimento de sabores: doce salgado amargo	salgado e amargo	de doce, salgado e amargo
VIII – Estado - Acústico	- Audição - Equilíbrio	- Acuidade auditiva: teste de <i>Rinne</i> (verificar se a pessoa sente a vibração do diapasão no alto da cabeça); - Avaliação do equilíbrio: teste de <i>Romberg</i> ; Equilíbrio estático e dinâmico	Não foi a acuidade auditiva por ausência de diapasão. Mas a cliente conseguiu identificar o som do relógio bilateralmente. Na Divisão Vestibular no teste de <i>Romberg</i> não apresentou equilíbrio de pé estático durante 10s, mas apresenta equilíbrio estático sentado bom e dinâmico sentado deficiente.	<u>Divisão coclear:</u> Conseguiu identificar o fim da vibração do diapasão contra o osso mastoide (Teste de <i>Rinnie</i>) e quando colocado no vértice do crânio a cliente percebeu a vibração em ambos os ouvidos (teste de <i>Weber</i>) <u>Divisão Vestibular:</u> No teste de <i>Romberg</i> apresentou equilíbrio de pé estático durante 10s
IX – Glossofaríngeo	Sensação e Paladar (1/3 posterior da língua)	Reconhecimento de sabores doce e salgado	Com os olhos fechados, a cliente reconhece os sabores, doce e salgado no terço posterior da língua.	Reconhece os sabores, doce e salgado no terço posterior da língua.
X – Vago	- Deglutição - Sensação e motricidade (vísceras torácicas abdominais)	- Reflexo de vômito (pré-prandial) - Rouquidão - Alteração da voz	Reflexo de vômito presente. Sem alterações do tom de voz	Reflexo de vômito presente. Sem alterações do tom de voz
				A cliente conseguiu

XI - Espinhal	- Rotação e inclinação da cabeça	- Avaliar força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra a resistência: solicitar à pessoa que eleve os ombros e faça lateralização da cabeça	A cliente conseguiu lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão posicionada no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideo; relativamente à força muscular do trapézio, conseguiu elevar os ombros contra resistência	lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão posicionada no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideo; relativamente à força muscular do trapézio, conseguiu elevar os ombros contra resistência
XII – Hipoglosso	- Movimentos da língua (mastigação, deglutição, articulação de palavras)	- Pesquisar desvios e tremores da língua: solicitar à pessoa para fazer diferentes movimentos com a língua	Protusão da língua mantida sem desvios ou tremores; Sem desvio da úvula e sem desvio e/ou tremores da língua	Protusão da língua mantida sem desvios ou tremores; Sem desvio da úvula e sem desvio e/ou tremores da língua

No dia 9/10 sem alteração dos 12 pares cranianos.

Avaliação Sensibilidade

Sensibilidade		9/10	18/10
Superficial	Táctil	Mantida, reage ao estímulo táctil	Sem alterações
	Térmica	Mantida, reage ao estímulo térmico com tubo de teste frio e quente	Sem alterações
	Dolorosa	Mantida, reage á dor provocada pela ponta da caneta	Sem alterações
Profunda	Postural	Com os olhos fechados a cliente consegue identificar a posição em que foi posicionado o membro (avaliação realizada dos segmentos distal para o proximal)	Cínético postural: Após dobrar o membro inferior esquerdo a cliente conseguiu identificar a posição do membro; Sentido

			estereognóstico: com os olhos fechados a cliente conseguiu reconhecer o copo colocado na região palmar
	Vibratória	A cliente sentiu a vibração exercida com o auxílio do diapasão (128 HZ) colocado nas saliências ósseas do 1º dedo do pé esquerdo e indicador da mão esquerda (sem hipopalestesia)	A cliente sentiu a vibração exercida com o auxílio do diapasão (128 HZ) colocado nas saliências ósseas do 1º dedo do pé esquerdo e indicador da mão esquerda
	Pressão	A cliente sentiu a pressão exercida no membro inferior direito	Sem alterações

Sem alterações a nível da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e sem alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, vibratória ou postural).

Avaliação da força muscular segundo a Medical Research Council Manual Muscle

Testing scale.

Esta escala permite avaliar os principais músculos das extremidades superior e inferior contra a resistência do examinador e classificar a força do paciente em uma escala de 0 a 5 de acordo:

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

Segmentos	Movimentos	Score	
		Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo

Cabeça e Pescoço	Flexão		5	
	Extensão		5	
	Flexão Lateral esquerdo		5	
	Flexão lateral direito		5	
	Rotação		5	
Membro Superior	Escapulo- umeral	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Rotação Interna	5	5
		Rotação Externa	5	5
	Cotovelo	Flexão	5	4
		Extensão	5	4
	Antebraço	Pronação	5	4
		Supinação	5	4
	Punho	Flexão palmar	5	4
		Dorsiflexão	5	4
		Desvio radial	5	4
		Desvio cubital	5	4
		Circundação	5	4
	Dedos	Flexão	5	4
		Extensão	5	4
		Adução	5	4
		Abdução	5	4
		Oponência do polegar	5	4
Membro Inferior	Coxo -femoral	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Rotação interna	5	5
		Rotação externa	5	5
	Joelho	Flexão	5	4
		Extensão	5	4
	Tibiotársica	Flexão plantar	5	4
		Flexão dorsal	5	4
		Inversão	5	4

	Dedos	Eversão	5	4
		Flexão	5	4
		Extensão	5	4
		Adução	5	4
		Abdução	5	4

Avaliação Tônus Muscular - Escala de Ashworth

<p>0 – Tônus normal;</p> <p>1 – Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento;</p> <p>1+ - Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido de resistência mínima;</p> <p>2– Aumento do tônus em mais da metade do arco do movimento</p> <p>2 – Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade;</p> <p>4– Partes rígidas em flexão ou extensão</p>
--

	9/10	18/10
Cervical	0	0
Glêno-umeral esq.	0	0
Glêno-umeral dto	0	0
Braço esq.	0	0
Braço dto.	0	0
Antebraço esq.	0	0
Antebraço dto	0	0
Punho esq.	0	0
Punho dto.	0	0
Dedos da mão esq.	0	0
Dedos da mão dta.	0	0
Coxo-femoral esq.	0	0
Coxo-femoral dta	0	0
Joelho esq.	0	0
Joelho dto.	0	0
Tibio-társica esq.	0	0

Tibio-társica dta.	0	0

Avaliação Coordenação dos Movimentos

FACIAL	9/10	18/10
Abrir e fechar olhos; sorrir; assobiar, franzir o sobrolho	Cumpre	Cumpre

AVALIAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES	9/10	18/10
Diadococinesia (Prova dos movimentos alternados)	A cliente após solicitada abriu e fechou as mãos, realizou movimentos de supinação e pronação das mãos	A cliente após solicitada abriu e fechou as mãos, realizou movimentos de supinação e pronação das mãos
Prova Índice-nariz	A cliente apresentou dismetria na prova dedo-nariz à esquerda com dificuldade em colocar o indicador na ponta do nariz. Apresentou hipometria subestimando a amplitude do movimento	Mantem dismetria na prova dedo-nariz à esquerda embora melhorada
Prova da indicação de <i>Barany</i>	A cliente não conseguiu com o dedo indicador esquerdo apontar o meu dedo indicador - dismetria	A cliente conseguiu com o dedo indicador esquerdo apontar o meu dedo indicador
Movimentos finos (pegar caneta)	Dificuldade em pegar na caneta com a mão esquerda	Consegue pegar na caneta com a mão direita e esquerda
AVALIAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES		

Mobilizar pés e pernas	Mobiliza no leito e na posição de sentada	Mobiliza no leito e na posição de sentada
Prova calcanhar-joelho	Dismetria no teste calcanhar joelho à esquerda	Melhorada da dismetria no teste calcanhar joelho à esquerda

Avaliação Equilíbrio

EQUILIBRIO ESTÁTICO	9/10	18/10
Sentado	Mantido	Mantido
Ortostatismo (Teste de <i>Romberg</i>)	Alterado com desequilíbrio para a esquerda	Mantido
EQUILIBRIO DINAMICO		
Sentado	Desequilíbrio para a esquerda	Mantido
Marcha	Não testado	Equilíbrio dinâmico em pé deficiente pelo que Marcha com andariho

Após ter avaliado o equilíbrio através da escala simples e poder verificar que este se encontra alterado, senti necessidade de complementar a avaliação com a Escala de Equilíbrio de Berg. O principal objetivo desta escala é avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e predizer o risco de queda em adultos e idosos (Ordem dos enfermeiros, 2016).

A realização das tarefas é avaliada através da observação e a pontuação varia de 0 à 4 em cada tarefa, totalizando um máximo de 56 pontos, e a pontuação é baseada no tempo em que a posição pode ser mantida, a distância que o braço é capaz de alcançar para a frente, ou o tempo para completar uma tarefa.

Escala de Berg

- 1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)**

Pontuação	9/10	18/10
4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	2	3
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		
1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se		
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)		
Pontuação	2	3
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos		
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)		
Pontuação	3	4
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto		
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão		

(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos		
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos		
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos		
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)		
Pontuação		
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos	1	2
(3) controla a descida utilizando as mãos		
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida		
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle		
(0) necessita de ajuda para sentar-se		
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.		
Pontuação		
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos	1	2
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão		
(1) necessita de uma pessoa		
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança		
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)		
Pontuação		

(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança	1	2
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos		
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
(0) necessita de ajuda para não Cair		
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)		
Pontuação		
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança	2	3
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão		
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos		
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos		
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue.		

Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

Pontuação		
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)	0	1
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)		
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)		
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão		
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo		

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)

Pontuação		
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança	1	2
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão		
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)

Pontuação		
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição		

do peso	1	2
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso		
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio		
(1) necessita de supervisão para virar		
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)		
Pontuação		
(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mãos	0	0
(3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos		
(2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente		
(1) necessita de supervisão		
(0) necessita de ajuda enquanto gira		
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
Pontuação		
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos	0	1
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		
(1) capaz de completar mais que		

2 movimentos com o mínimo de ajuda		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)		
Pontuação		
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos	0	1
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos		
(2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente. e permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém, permanece por 15 segundos		
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé		
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)		
Pontuação		
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos	0	1
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos		
1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer		

por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
PONTUAÇÃO FINAL	14	22
<p>Mau equilíbrio – 0 – 20</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bom equilíbrio - 40 a 56 • 0 – 36 – 100% Risco de queda • 37 – 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha • 45 – 56 – Não existem risco de queda, o visado goza de uma locomoção segura 		

Avaliação da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha (Classificação funcional da marcha modificada – CFMM)		
Avaliações (Avaliado em contexto hospitalar)	9/10	18/10
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo		
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	x	
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa		x
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita		
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo		

irrestrita		
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência		

Marcha	Presente	Com auxiliar de marcha	Ausente	Observações
9/10			x	Marcha autónoma ausente nesta data, apenas amparada
18/10	x	x		Marcha eficaz com andarilho

3.3.2 Avaliação Funcional – Medida de Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Permite monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação.

A Medida de Independência Funcional é constituído por 18 itens dos quais 6 se referem ao Autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Banho; Vestir metade superior do corpo; Vestir metade inferior do corpo; Utilização do sanitário), 2 ao Controlo de esfíncteres (Controle de urina; Controle das fezes), 3 a Mobilidade/Transferências (Leito, cadeira, cadeira de rodas; Sanitário; Banheira, chuveiro), 2 a Locomoção (Marcha/cadeira de rodas; Escadas), 2 a Comunicação (Compreensão; Expressão) e 3 a Cognição Social (Interação social; Resolução de problemas; Memória).

A pontuação é efetuada atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa.

No total dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas subescalas: motora que agrega 13 itens referentes a Autocuidados, controle dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção e cognitiva que agrega 5 itens referentes a Comunicação e Cognição social (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Incapacidade **Leve > 80 pontos** | Incapacidade **Moderada 40 a 80 pontos** | Incapacidade **Grave < 40 pontos**

Níveis de Cotação

Sem ajuda

7- Independência Completa (em segurança; em tempo normal)
6- Independência Modificada (ajuda técnica; em tempo demasiado elevado)
Com ajuda
5 – Supervisão ou Preparação
4 – Ajuda Mínima (pessoa realiza >= 75%)
3 – Ajuda Moderada (pessoa realiza >= 50%)
2 – Ajuda Máxima (pessoa realiza >= 25%)
1 – Ajuda Total (pessoa realiza >= 0%)

MIF		9/10	18/10
AUTOCUIDADO	Alimentação	3	6
	Higiene Pessoal	3	4
	Banho (lavar o corpo)	3	4
	Vestir metade superior	3	5
	Vestir metade inferior	3	4
	Uso da sanita	3	4
Controlo de Esfíncteres	Controlo da urina	4	6
	Controlo das fezes	4	6
Mobilidade/Transferências	Leito/Cadeira/cadeira de rodas	2	4
	Transferência Sanita	2	4
	Transferência chuveiro	2	4
Locomoção	Marcha	1	4

	Escadas	1	2
Comunicação	Compreensão (Auditiva/Visual)	4	7
	Expressão (Verbal/não Verbal)	4	7
Cognição Social	Interação Social	3	7
	Resolução de problemas	2	6
	Memória	4	7
Total		51	95

A cliente apresenta incapacidade moderada na medida de independência funcional no dia 9/10 verificando-se a necessidade de intervenção do EEER na capacitação da pessoa nas diversas atividades de vida diária. No dia 18/10 apresenta incapacidade leve.

3.3.3 Avaliação Respiratória

AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Tosse	Eficaz
Expetoração	Sem expetoração
Dispneia	Avaliada através da escala da dispneia (<i>Medical Research Council</i>) apresentando grau 0 - <i>Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante</i>
Toracalgia	Sem dor

AVALIAÇÃO OBJETIVA	
Inspeção estática	Tórax simétrico Sistema muscular desenvolvido Não apresenta cianose
Inspeção Dinâmica	Padrão respiratório toraco-abdominal, simétrico, profundo. Respiração mista Frequência Respiratória – 12 ciclos/min Ritmo regular Amplitude normal

	Sem sinais tiragem ou adejo nasal
Palpação	Traqueia centrada Frémio tóraco vocal mantido Expansibilidade mantida Sem lesões cutâneas, tumefações ou adenopatias Sem pontos dolorosos Sem crepitações
Percussão	Claro pulmonar, sem alterações
Auscultação	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente
Abdómen	Abdómen mole, depressível e indolor

Nota: Dispneia avaliada através da escala da dispneia (*Medical Research Council*)

Escala da dispneia (<i>Medical Research Council</i>)	
Grau	Características
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Anda mais devagar do que uma pessoa da mesma idade no plano devido á falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára de respirar após caminhar uma quadra (90-120m) ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se

4. REQUISITOS DO AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS			
Requisitos de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de respiração suficiente;	Sem alterações do ciclo respiratório;	Não apresenta défice de autocuidado conhecido;	
Manutenção de ingestão suficiente de água	Ingeria cerca de 1 L de água por dia;	Refere que ingere menos água por apresentar dificuldade em deglutir.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos;	Ingeria uma dieta geral diversificada, refere que gosta de todos os alimentos	Refere dificuldade em se alimentar por dismetria na mão esquerda	Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório- Necessita de Apoio para cortar os alimentos. Ensino para uso de produtos de apoio
Promoção dos cuidados associados com a eliminação;	Utilizava casa de banho para os cuidados relacionados com a eliminação de uma forma autónoma; usava cuecas;	Sem alterações	
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Tinha um dia muito ocupado entre a lida doméstica e rural. Era trabalhadora rural e com períodos de descanso entre 6 e 7 horas por noite.	Refere que dorme todos as noites por longos períodos	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interagia diariamente com a família, principalmente com o filho que reside ao seu lado. Refere que tem poucas amigas no monte.	A família visita-a diariamente, interage com a equipa multidisciplinar e com os outros doentes. Recebe a visita dos filhos todos os dias.	
Prevenção dos riscos para	Sem riscos identificados	Neste momento com elevado	Sistema Totalmente compensatório

<p>a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano</p>		<p>risco de queda na escala de Morse. Está convicta que vai recuperar e que irá regressar a sua casa a andar.</p>	
<p>A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.</p>	<p>A cliente era autónoma em todas as atividades de vida diária</p>	<p>Neste momento consegue de uma forma parcialmente dependente satisfazer as atividades de vida diária, exceto a deambulação, não consegue ainda deambular por ataxia da marcha</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p> <p>Sistema de enfermagem educativo e de suporte para todas as atividades que consegue realizar;</p> <p>sistema de enfermagem parcialmente compensatório na realização de exercícios que permitam estimular a sensibilidade proprioceptiva na posição ortostática;</p> <p>Sistema de enfermagem totalmente compensatório para exercícios de treino de marcha</p>

DESVIOS DE SAÚDE:

- Parésia presente em grau reduzido
- Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado
- Conhecimento sobre o deambular com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho) não demonstrado
- Alto risco de queda
- Autocuidado higiene e cuidados pessoais no chuveiro dependente em grau moderado
- Autocuidado comer e beber dependente em grau moderado

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com a avaliação inicial realizada à cliente foi elaborado um programa de intervenção do Enfermagem de Reabilitação como resposta às necessidades identificadas. Este programa foi elaborado com base na Teoria do Autocuidado de Orem e recorrendo à linguagem CIPE, para a formulação de diagnósticos e intervenções.

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	PLANO DE ENFERMAGEM	OBJETIVOS	ÍNICIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	FIM	AVALIAÇÃO
<p>Parésia presente em grau reduzido [entende-se por grau reduzido que a cliente apresenta força 4/5 na Escala de MRC]</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que a cliente recupere a mobilidade adequada às suas expectativas e ao seu potencial de recuperação;</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Apoio/Educação</p> <p><u>Método de ajuda:</u></p>	<p>- Prevenir alterações posturais/músculo-esqueléticas;</p> <p>- Melhorar a força muscular;</p> <p>- Manter o tónus muscular;</p> <p>- Promover o fortalecimento muscular (Que pessoa aumente a força muscular do MSE progredindo para força grau 5/5</p>	9/10	<p>- Monitorização da força muscular através da <i>Medical Research Council Scale</i>;</p> <p>- Avaliação e monitorização da Coordenação Motora;</p> <p>∞ Membros superiores: prova index-nariz e diadococinesia (prova dos movimentos alternados);</p> <p>∞ Membros inferiores: Prova calcanhar-joelho;</p> <p>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensorio-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</p> <p>- Pedir a sua colaboração para que esta se assuma como um</p>	18/10	<p>Apresentava força de grau 5 (na <i>MRC scale</i>) no membro superior e <i>Nihss</i> no final do internamento de 4 ---» 1 (défice ligeiro).</p> <p>Durante o período de contacto foram monitorizados o tónus e a força muscular, de forma a ser perceptível/mensurável o ganho obtido em termos de força com o plano instituído.</p> <p>A cliente manteve o plano de reeducação funcional motora acordado, mobilizando também ativamente os restantes segmentos corporais menos afetados.</p> <p>Constata-se a 18/05 uma</p>

	<p>orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro</p>		<p>agente ativo na sua recuperação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da cliente; - Executar mobilizações ativas/ assistidas em todos os segmentos articulares, do membro superior mais afetado; - Estimular a cliente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a reintegrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor; - Nomear as partes do corpo tocadas e identificar o respetivo plano sagital (direito, menos afetado e esquerdo. mais afetado) para facilitar a reintegração do esquema corporal; 	<p>evolução na força muscular desenvolvida:</p> <p>Membro superior esquerdo: Cotovelo, Antebraço, punho e dedos de grau 4/5 ---» grau 5/5</p> <p>Relativamente à motricidade fina a cliente consegue pegar nas tampas e colocar no local indicado. Apresenta dificuldade em pegar na caneta, por lhe ter solicitado que a força seja exercida apenas com dois dedos (indicador e polegar) e por isso, dificuldade em fazer um desenho, mas consegue fazer riscos.</p>
--	---	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none">- Incentivar a realizar mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares do hemicorpo menos afetado (ao nível do membro superior com recurso a um peso de 1 kg, e ao nível do membro inferior com resistência imputada manualmente; -Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (auto-mobilizações) do membro superior esquerdo; - Ensinar sobre exercícios que promovam a motricidade fina conferindo o readquirir do movimento de preensão:<ul style="list-style-type: none">∞ Solicitar que movimente as peças num jogo de labirinto;	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> ∞ Solicitar que conte tampas da garrafa, retirando do saco e colocando ao lado; ∞ Solicitar que tire as tampas da garrafa de um local e coloque em outro; ∞ Solicitar que pegue na caneta e faça um desenho. - Elogiar a pessoa; 	
<p>Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado [entende-se por moderado a pessoa presente Equilíbrio em ortostatismo estático e dinâmico instável];</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que a cliente recupera o equilíbrio estático e dinâmico em pé</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Apoio/Educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reeducação do mecanismo do reflexo postural; - Inibir a espasticidade; - Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; - Preparar para a marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente Calmo; - Solicitar a colaboração da cliente; - Executar ensinamentos a pessoa sobre o equilíbrio (o que é a linha média; base de sustentação, centro de massa, etc...); - Assistir a cliente na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora no leito; 	<p>Durante o período de contacto foi realizado ensino/treino de equilíbrio na posição ortostática. Evidenciou-se progressão do seu desempenho na execução dos exercícios objetivando-se melhoria gradual do equilíbrio, apresentando a 14/10 equilíbrio na posição de sentado estático e dinâmico, e em pé apresenta equilíbrio</p>	

	<p><u>Método de ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro</p>		<ul style="list-style-type: none"> ∞ Exercício da ponte no leito (fortalecimento da musculatura abdominal e dorso-lombar); ∞ Exercício de rotação controlada da bacia no leito; ∞ Exercícios de abdominais no leito (3 séries de 20 repetições, 2 x por turno); <p>- Assistir a cliente na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora na posição de ortostática:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Conferir movimentos oscilantes (ântero-posteriores, pósterio-interiores e laterais), impulsionando e apoiando ao nível dos ombros; ∞ Exercício de elevação da mão direita ao ombro esquerdo da 2ª pessoa que se encontra ao mesmo nível ocular/mão esquerda ao ombro direito da 2ª pessoa que se encontra ao mesmo nível 	<p>estático e dinâmico deficiente, tendo iniciado nesta data treino de marcha com andarilho em plano horizontal.</p> <p>Em todos os momentos de contacto foi elogiada a execução da técnica e progressos alcançados. Apresentava score na escala de Berg (fim) de 22- Locomoção segura com assistência ou auxiliar de marcha</p>
--	---	--	---	--

				<p>ocular;</p> <ul style="list-style-type: none">∞ Exercício de elevação da mão direita ao ombro direito da 2ª pessoa que se encontra ao mesmo nível ocular/mão esquerda ao ombro esquerdo da 2ª pessoa que se encontra ao mesmo nível ocular;∞ Exercício de abdução dos membros superiores num ângulo de 90°;∞ Exercício de inclinação lateral do tronco e retorno à posição inicial;∞ Exercício de flexão anterior do tronco e retorno à posição inicial;∞ Exercício do avião; <p>- Ensinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos (flexão dos joelhos quando sentada na cama e pés apoiados no chão, até chegar com os mesmos á minha palma</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>da mão; adução e abdução das articulações coxo-femorais, treino de passagem da posição de sentada à posição ortostática, com inclinação do tronco para a frente com o apoio dos pés no chão);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular reflexo postural e propriocepção através de: utilização de calçado apropriado e vigiar a posição corporal. - Gerir a energia despendida pela cliente; - Elogiar a pessoa. 	
<p>Conhecimento sobre o deambular com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho) não demonstrado</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Promover a autonomia na marcha</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperar a marcha da pessoa - Promover a autonomia na mobilização até ao dia da alta - Prevenir o risco de queda 	14/10	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a cliente sobre dispositivo auxiliar de marcha (andarilho); ∞ Verificar integridade das borrachas de apoio no solo do andarilho; ∞ Regular o uso do andarilho ao nível da região trocantérica (zona de apoio palmar); 	<p>Inicia treino de marcha com andarilho dia 14/10 no quarto, deambulando cerca de 10 metros sem dificuldade, apresentando equilíbrio ortostático estático e dinâmico diminuído. No dia 15/10, realiza novo treino de marcha no corredor com andarilho com distâncias</p>

	<p>Sistema de Apoio Educação</p> <p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, Instruir, treinar, orientar e direcionar;</p>		<ul style="list-style-type: none"> ∞ Posicionar dispositivo para levantar/sentar; - Ensinar/demonstrar técnica de levantar/sentar com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho): <ul style="list-style-type: none"> ∞ Apoiar dispositivo de mobilização em frente (andarilho); ∞ Realizar carga no dispositivo auxiliar de marcha e nos membros inferiores, predominantemente no lado menos afectado MID (pivô) ∞ Fletir e elevar tronco; ∞ Posicionar corretamente dispositivos auxiliar de marcha; - Treinar levantar/sentar com dispositivos auxiliares de marcha; 	<p>aumentadas de forma gradual, progredindo sobre supervisão e orientação contínua de ER a 17/10 para marcha canadiana (250 m) com equilíbrio ortostático estático já mantido e dinâmico diminuído, contudo melhorado e procedendo adequadamente a mudanças de direção/inversão de sentido de marcha, sentar/levantar de cadeira. A 18/10 apresenta marcha autónoma com andarilho (dispositivo auxiliar de marcha ao qual a pessoa apresenta marcha em segurança que se fez acompanhar até à unidade de convalescença. Foram ensinados exercícios para executar no domicílio à cliente e filha, apesar da senhora ter sido transferido para a unidade de</p>
--	--	--	--	--

			18/01	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar/demonstrar técnica de marcha com dispositivos auxiliar de marcha (andarilho) em terreno plano/plano horizontal: <ul style="list-style-type: none"> ∞ Mobilizar dispositivo auxiliar de marcha; ∞ Mobilizar membro inferior mais afetado – MIE (com transferência de carga total para o andarilho) ∞ Mobilizar membro inferior menos afetado – MID até junto do outro; - Treinar técnica de marcha com a pessoa no corredor; - Ensinar/Treinar técnica de mudar de direção/inversão de sentido de marcha: <ul style="list-style-type: none"> ∞ Fazer carga sobre o membro inferior menos afectado – MID (pivô); 	<p>convalescença onde irá dar continuidade ao processo de reabilitação.</p> <p>A filha da cliente revelou-se bastante receptiva aos ensinamentos sobre a adaptação do domicílio referindo que irá aproveitar o período em que a mãe permanecer na unidade de convalescença para realizar obras em casa da mãe, nomeadamente a nível do chão e juntar a casa de banho aos compartimentos da sala e quarto. (uma vez que a casa de banho se encontra longe da sala, quarto e cozinha e para a senhora se deslocar tem que percorrer cerca de 30 metros no quintal)</p>
--	--	--	-------	--	--

				<p>∞Virar o auxiliar de marcha sobre o membro inferior menos afectado– MID (pivô);</p> <p>∞Virar o tronco em simultâneo com o membro inferior parético – MIE</p> <p>- Esclarecer dúvidas existentes;</p> <p>- Avaliar o conhecimento da filha da cliente sobre adaptação do domicílio para andar;</p> <p>- Ensinar a filha da cliente sobre adaptação do domicílio para andar;</p> <p>- Ensinar e treinar os exercícios para executar no domicílio como: <u>Na posição de sentada</u> - Exercícios da cabeça e pescoço, elevação do ombro, exercícios dos dedos, inclinação anterior do tronco, transferência de carga do peso corporal, exercícios da articulação coxo femoral e joelho e do pé;</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p><u>Na posição de pé</u>- exercícios no fundo da cama como_ abaixamentos e elevação do joelho.</p>		
<p>Risco de queda presente, em grau elevado [entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta score de risco >= 50 na escala de morse]</p> <p><u>Requisito de AC:</u> Universais</p>	<p><u>Meta:</u> Evitar a ocorrência de quedas;</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de Ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro</p>	<p>- Prevenir de episódios quedas e lesões decorrentes das mesmas no internamento e domicílio</p>	<p>9/10</p> <p>12/10</p>	<p>- Avaliação do risco de Queda através da Escala de Morse em uso no serviço;</p> <p>- Gerir ambiente físico;</p> <p>- Instruir sobre prevenção de quedas (calçado confortável, raso, antiderrapantes; condições do piso; tapetes; etc.);</p> <p>- Instruir sobre o uso de medidas de segurança;</p> <p>- Ensino à cliente acerca da adaptação às barreiras arquitetónicas e obstáculos que possam surgir no domicílio (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, etc)</p>	<p>18/10</p>	<p>- Apresentava baixo risco de queda de acordo com a escala de morse (40);</p> <p>- Não apresentou episódios de queda;</p> <p>- Notória preocupação da cliente promovendo a sua segurança e prevenção de quedas (ex. piso escorregadio após os cuidados de higiene);</p> <p>- Apresentava vestuário e calçado adequado para o treino de marcha.</p>

<p>Dependência no autocuidado higiene e cuidados pessoais no chuveiro, em grau moderado [entende-se por grau moderado que a cliente apresente valores entre 3 e 4 no item "Higiene Pessoal" na MIF];</p> <p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Meta:</u> Que a cliente assegure a sua higiene e conforto</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Sistema de Apoio Educação</p> <p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, Instruir, treinar, orientar e direcionar;</p>	<p>- Promover a autonomia na realização da higiene pessoal</p>	<p>9/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do autocuidado higiene pessoal segundo a adaptação do Índice de <i>Barthel</i> e MIF; - Reforço sobre os aspetos de segurança aquando dos cuidados de higiene; - Preparar o material e dispô-lo ao alcance da cliente (toalha, esponja, sabão, camisa/ pijama, etc.); - Solicitar a colaboração da cliente; - Instruir a cliente a verificar a temperatura da água em zona com sensibilidades (nas três vertentes: térmica, algica e tátil) mantida; - Assistir no autocuidado higiene pessoal no chuveiro: <ul style="list-style-type: none"> ∞ Assistir a cliente a lavar-se ao nível dos membros superiores, tronco e face e 	<p>18/10</p>	<p>A cliente manteve-se colaborante e pró-ativa, conseguindo higienizar e secar a 18/10 quase toda a superfície corporal à exceção das costas e pés necessitando contudo de supervisão/orientação para a execução de algumas fases/atividades do processo de higienização no que concerne a estratégias/medidas que maximizem a capacidade funcional do membro superior esquerdo na atividade (ex.: segurar o gel de banho/champô entre o tronco e o braço esquerdo por forma a distribuir sobre a esponja presente na mão direita uma quantidade generosa de sabão/champô); Foram tecidos elogios à atuação e progressos da cliente e esta compreende a</p>
---	--	--	-------------	--	--------------	--

				<p>lavar os membros inferiores e os pés;</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Lavar face posterior do tronco; <p>- Assistir a cliente a secar os membros superiores e a secar os membros inferiores e os pés;</p> <p>- Assistir a cliente a executar a higiene oral e pentear-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Dispor o material ao alcance da cliente; ∞ Assistir a cliente a realizar a higiene oral e pentear-se; <p>- Reforço positivo na realização do autocuidado higiene pessoal;</p> <p>- Avaliar conhecimento da filha sobre adaptação do domicílio sobre autocuidado higiene;</p> <p>- Ensinar a filha e cliente sobre a existência de produtos de apoio para satisfazer o autocuidado higiene que poderão ser adquiridos para casa como:</p>	<p>importância da independência e diariamente colabora em todos os procedimentos do autocuidado.</p> <p>No fim, no item “higiene pessoal”, a cliente necessitava de ajuda mínima (pessoa realiza >= 75%);</p> <p>A filha da cliente revelou se receptiva aos ensinamentos sobre adaptação da casa da mãe, referindo que irá realizar obras na casa de banho (colocar material antiderrapante, barras de apoio e alteador de sanita)</p>
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> ∞ Barras de apoio; ∞ Assentos de banheira; ∞ material antiderrapante; ∞ Esponjas; 		
<p>Dependência no autocuidado comer e beber em grau moderado [entende-se por grau moderado que a cliente apresente valores entre 3 e 4 no item “alimentação” na MIF];</p> <p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Meta:</u> Capacitar a cliente a alimentar-se de forma autônoma, independente e em segurança assegurando a satisfação no autocuidado comer e beber</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Apoio/Educação</p> <p><u>Método de ajuda:</u> avaliar, instruir,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias para se tornar o mais funcional possível para desenvolver o autocuidado comer e beber; - Reduzir a dependência no autocuidado comer e beber para Grau Independente [entende-se por grau Independente a pessoa que apresente valores de 7 no item “alimentação” na MIF] 	9/10	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a cliente na escolha das refeições; - Fracionar as refeições e conforme padrão habitual; - Proporcionar um ambiente calmo durante a refeição; - Providenciar uma superfície estável para a refeição; - Otimizar o posicionamento (correção postural, sentada, com a cabeça na linha média e os antebraços apoiados na mesa de refeição); - Utilizar folha antiderrapante por debaixo do prato; - Assistir na preparação dos alimentos e do tabuleiro; - Ensinar estratégias adaptativas aquando da alimentação (engrossador do 	18/10	<p>A cliente foi incentivada a alimentar-se com transferência de lateralidade numa fase inicial. No dia 18/10 alimentou-se de forma independente. Melhorada da ataxia do membro superior esquerdo evoluindo no item “Alimentação” na escala de MIF para score de 5.</p> <p>A filha e cliente foram instruídas sobre dispositivos auxiliares para comer e beber, mostrando-se recetivas aos mesmos apesar da cliente já não apresentar disfagia e se encontrar melhorada da coordenação membro superior esquerdo.</p>

	treinar			<p>cabo da colher e do garfo);</p> <ul style="list-style-type: none">- Incentivar a alimentar-se com autonomia usando o membro superior direito numa fase inicial e progressivamente utilizar o membro superior esquerdo;- Gerir, se possível, o ambiente refeição (isento de distrações, não conversar enquanto mastiga;- Instruir sobre produtos de apoio tais como: garfos, colheres, pratos, copos adaptados e material antiderrapante.- Avaliar conhecimento da filha da cliente sobre dispositivos auxiliares para comer e beber;- Ensinar a filha sobre os dispositivos auxiliares.	
--	---------	--	--	--	--

BIBLIOGRAFIA

- Braga, R. (2017). Avaliação da função da deglutição. In C. Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidata
- Brainin, M. & Heiss, W. (2010). *Textbook of Stroke Medicine*. Cambridge University Press
- Brito, R., Lins, L., Almeida, C., Neto, E., Araújo, D., Franco, C. (2013). *Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral*. Rev Neurocienc. 21(4),593-599.
- Menoita, E., Sousa, L., Pão- Alvo, I. & Marques-Vieira C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência;
- Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª Ed), St. Louis: Mosby
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau

APENDICE 2 – Estudo de caso II



9º Curso de Mestrado em Especialização
Enfermagem
De Reabilitação
Estágio com relatório


Estudo de caso

Local de Estágio – [REDACTED]

[REDACTED]

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

[REDACTED]
janeiro de 2019





9º Curso de Mestrado em Especialização Enfermagem

De Reabilitação

Estágio com relatório

Estudo de caso

Local de Estágio – [REDACTED]

[REDACTED]

Patrícia Maria Gaspar Fernandes

Docente Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

Enfermeiro Orientador: Enf^a Especialista em

Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

[REDACTED]
janeiro de 2019

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação da Cliente

Nome	M.H.	Estado Profissional	Reformado
Idade	61 anos	Nacionalidade	Portuguesa
Sexo	Masculino	Naturalidade	██████
Estado civil	casado	Pessoa significativa	esposa
Habitação	Reside num apartamento no R/C com escadas para a saída e sem qualquer rampa de acesso. O apartamento é composto pela cozinha, sala, casa de banho e dois quartos. O seu filho reside no piso superior do mesmo prédio.		

1.1 Antecedentes Pessoais

Pancreatite crónica, insuficiência venosa crónica, doença arterial oclusiva periférica, amputação abaixo do joelho do membro inferior esquerdo em 2016 adaptado a prótese tibiotársica, isquémia do membro inferior direito já submetido a revascularização, hipertensão arterial e tabagismo.

1.2 Internamentos Anteriores

Em 2016 para amputação do membro inferior esquerdo abaixo do joelho e em março de 2018 por isquémia crítica grau IV do membro inferior direito submetido a angioplastia femoro-poplitea e tibio-peroneal.

1.3 Antecedentes Familiares: Desconhecidos

1.5 Terapêutica habitual

Omeprazol 20mg	1x dia	Ramipril 2,5mg	1x dia
Aspirina 100mg	1x dia	Ranitidina 150mg	1x dia
Enoxaparina 60mg	2x dia		
Pentoxifilina 400mg	2x dia		
Sinvastatina 20mg	1x dia		

2. HISTÓRIA DOENÇA ACTUAL

2.1 Motivo de Internamento

Recorreu ao serviço de Urgência no dia 10 de novembro por quadro de hemiparesia direita flácida à direita e afasia de expressão.

2.2 Resumo do Internamento

Informação colhida em nota de alta do serviço [REDACTED]. Esteve internada neste serviço entre os dias 11/11/2018 e 1/12/2018, data da alta.

Cliente de 61 anos de idade com fatores de risco vasculares, internado no serviço por Hematoma agudo do núcleo lenticular à esquerda sem indicação neurocirúrgica.

De salientar que no internamento hospitalar apresentou isquémia crítica do coto do membro inferior esquerdo pelo que foi submetido a re-amputação do 1/3 inferior da coxa a 27/11/2018 e ainda retenção urinária pelo que foi algaliado com *sylastic* nº 18.

2.3 Medicação no internamento

Fármaco	Dose	Frequência	Via de administração
Valsartan	80mg	24h/24h	Via Oral
Rosuvastatina	20mg	24h/24h	Via Oral
Tapentadol	50mg	24h/24h	Via Oral
Pregabalina	100mg	24h/24h	Via Oral
Tramadol	100mg	8h/8h	Via intravenosa
Metoclopramida	10mg	8h/8h	Via intravenosa
Omeprazol	20mg	24h/24h	Via Oral
Pentoxifilina	400mg	12/12h	Via Oral

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

3.1 Avaliação Inicial de Enfermagem na Admissão

Avaliação Inicial de Enfermagem na admissão (3.12.2018)	
Gestão e Adesão	<u>Gestão da medicação:</u> Autónomo até ao evento <u>Apoio na gestão da</u> <u>medicação:</u> com apoio da esposa

Estilos de Vida	<u>Sedentarismo</u> : sim <u>Atividade Física/</u> <u>Desporto</u> : não <u>Atividade lúdica</u> : não
Comportamentos aditivos	<u>Álcool, tabaco e</u> <u>substâncias ilícitas</u> : Tabaco sim, cerca 1 maço por dia
Comunicação	<u>Audição</u> : normal <u>Visão</u> : Usa óculos <u>fala</u> : Sem alterações até ao evento
Avaliação Mental	<u>Estado de consciência</u> : consciente <u>Orientação</u> : Orientado <u>Comportamento</u> : Sem alterações <u>Atitude</u> : adequada
Segurança e Proteção	<u>Quedas</u> : Não
Atividade Motora	Independente nas AVD até ao evento. Após amputação abaixo do joelho do membro inferior esquerdo adaptado à prótese tibiotársica esquerda com auxílio de canadiana. Na avaliação apresenta hemiparesia direita e amputação do 1/3 inferior da coxa esquerda.
Tegumentos	<u>Características da pele</u> : hidratada. Boa evolução cicatricial da ferida cirúrgica do coto esquerdo <u>Características da</u> <u>mucosa</u> : sem alterações
Respiração	<u>Tosse</u> : não <u>Expetoração</u> : não <u>Dispneia</u> : não

Circulação	<u>Pacemaker</u> : não <u>CDI</u> : não
Alimentação	<u>Dependente</u> : até ao evento independente, na data da admissão dependente nesta AVD com disfagia para líquidos – dieta oral com espessante <u>Nº de refeições/dia</u> : 4 (Segundo a esposa) <u>Padrão alimentar</u> : dieta variada
Eliminação	<u>Padrão Urinário</u> : Várias micções diárias. Não sabe especificar. Sem alteração das características da urina. Continente até ao evento, na admissão encontra-se algaliado com algalia sylvastic nº 18 por retenção urinária <u>Padrão Intestinal</u> : Habitualmente diário, sem problemas de obstipação até ao evento
Sono e Repouso	<u>Perturbações do Sono</u> : não

Avaliação dos Parâmetros Vitais, Circulação, Oxigenação e Estado Nutricional

		3/12	8/01
Circulação/Oxigenação	Temperatura	36,8°C	36,5°C
	Tensão arterial	123/78 mmHg	143/76mmHg
	Frequência cardíaca	76batimentos/minuto	7 batimentos/minuto
	Frequência respiratória	15ciclos/minuto	13ciclos/minuto

	Saturação periférica de O2	98%	98%
	Dor		0
	Padrão Respiratório	Toraco-abdominal, regular, simétrico, profundo.	Toraco-abdominal, regular, simétrico, profundo.
	Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente
	Edemas	Ausente	Ausente
	Mucosas	Coradas e hidratadas	Coradas e hidratadas
Estado Nutricional	Peso	64Kg	64Kg
	Altura	1,56cm	1,56cm
	Índice de massa corporal	-	-
	Hábitos Alimentares	Fazia 4 refeições por dia, ingeria grandes quantidades de comida ao jantar, referiu que não tinha preocupações com a quantidade de sal ou gordura ingerida,	Fazia sempre as 4 refeições tolerando. Prefere a sopa relativamente ao prato principal.
	Alterações da deglutição	disfagia para líquidos – dieta passada	disfagia para líquidos, dieta mole por falta de peças dentárias
	Via de Alimentação	Via Oral	Via Oral

3.2 Escalas Usadas no Serviço

3.2.1 – Escala da dor – Escala Linear Analógica não visual



No dia 3/12 o cliente referiu dor número 0.

3.2.2 Escala de *Braden*

A escala de *Braden* é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões podem levar ao desenvolvimento de Úlceras de Pressão. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. De salientar que o valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco: **Alto Risco – Pontuação <16** e **Baixo Risco – Pontuação ≥ 17**.

Escala de <i>Braden</i>		
	3/12	8/01
Percepção sensorial	5. Completamente limitada 6. Muito limitada 7. Ligeiramente limitada 8. Nenhuma Limitação	5. Completamente limitada 6. Muito limitada 7. Ligeiramente limitada 8. Nenhuma Limitação
Humidade	5. Pele constantemente húmida 6. Pele muito húmida 7. Pele ocasionalmente húmida 8. Pele raramente húmida	5. Pele constantemente húmida 6. Pele muito húmida 7. Pele ocasionalmente húmida 8. Pele raramente húmida
Atividade	5. Acamado 6. Sentado 7. Anda ocasionalmente 8. Anda frequentemente	5. Acamado 6. Sentado 7. Anda ocasionalmente 8. Anda frequentemente
Mobilidade	5. Completamente imobilizado 6. Muito limitada 7. Ligeiramente limitada 8. Nenhuma limitação	5. Completamente imobilizado 6. Muito limitada 7. Ligeiramente limitada 8. Nenhuma limitação
Nutrição	5. Muito pobre 6. Provavelmente inadequada 7. Adequada 8. Excelente	5. Muito pobre 6. Provavelmente inadequada 7. Adequada 8. Excelente
Fricção e forças de deslizamento	4. Problema 5. Problema Potencial 6. Nenhum problema	4. Problema 5. Problema Potencial 6. Nenhum problema
Pontuação Total:	11 (3/12 às 11 horas)	16 (8/01 às 11 horas)

Na admissão (dia 3/12 pelas 11 horas) apresentava *Score* de 11 na escala de *Braden* – alto risco de desenvolver úlcera por pressão. No dia 8/01 apresenta *score* de 16 – alto risco.

3.2.3 - Índice de Barthel

Esta escala avalia o potencial funcional da cliente medindo o nível de independência em 10 atividades de autocuidado. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze sendo que a nota é proporcional à independência e por isso, quanto maior for a nota mais independente é a cliente.

Classificação:

- 100 – Totalmente Independente
- 99-76 – Dependência leve
- 75-51 – Dependência Moderada
- 50-26 – Dependência Severa
- 25 e menos pontos – dependência Total

Índice de Barthel	3/12 (11horas)	8/01 (11 horas)
<u>Evacuar</u>		
0 = Incontinência (ou precisa que lhe façam um enema)	0	
5 = Acidente Ocasional (uma vez por semana)		5
10 = Contínente		
<u>Urinar</u>		
0 = Incontinência ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0	
5 = Acidente Ocasional (uma vez em 24 horas)		5
10 = Contínente (por mais de 7 dias)		
<u>Higiene pessoal</u>		
0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0	
5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensilio fornecido)		5
<u>Ir á casa de banho</u>		
0 = Dependente	0	0
5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer alguma coisa sozinha		
10 = Independente		
<u>Alimentar-se</u>		
0 = Incapaz	0	
5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc		5
10 = Independente (a comida é providenciada)		

<u>Tomar Banho</u>		
0 = Dependente	0	0
5 = Independente (ou no chuveiro)		
<u>Vestir-se</u>		
0 = Dependente	0	
5 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda		5
10 = Independente (incluindo botões, fechos, e atacadores)		
<u>Escadas</u>		
0 = Incapaz	0	0
5 = Precisa de ajuda física (verbal, física, ajuda carregando)		
10 = Independente para subir e descer		
<u>Deslocações</u>		
0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0	
5 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se		5
10 = Pequena ajuda (verbal ou física)		
<u>Mobilidade</u>		
0 = Imobilizado	0	
5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.		5
10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)		
15 = Independente (alguns tem a ajuda de bengala)		
Total	0	35

A cliente no dia 3/12 às 11 horas apresentava dependência total avaliada segundo o índice de *Barthel*. No dia 8/01 às 11 horas apresenta dependência severa.

3.2.4 - Escala de Morse

A escala de *Morse* é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o cliente é classificado num dos três níveis de risco: **sem risco**, **baixo risco** e **alto risco**.

Classificação do nível de risco		Recomendações
Sem Risco	0 - 24	Nenhuma
Baixo Risco	25-50	Implementar

Alto risco	>50	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de quedas
------------	-----	---

Escala de Morse		
	3/12 (12horas)	8/01 (9horas)
Historial de quedas, neste internamento urgência/ou nos últimos três meses	Sim (25) Não (0)	Sim (25) Não (0)
Diagnostico (s) secundário (s)	Sim (15) Não (0)	Sim (15) Não (0)
Ajuda para caminhar	Nenhum/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0) Muletas/canadiana/bengala/andarrilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)	Nenhum/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0) Muletas/canadiana/bengala/andarrilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)
Terapia intravenosa	Sim (20) Não (0)	Sim (20) Não (0)
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel (0) Debilidado (10) Dependente de ajuda (20)	Normal/acamado/imóvel (0) Debilidado (10) Dependente de ajuda (20)
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)	Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)
<u>Total</u>	15 (sem risco)	25 (Baixo Risco de queda)

3.3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

3.3.1. Avaliação Neurológica

Na medida em que o diagnóstico da cliente se trata de um Acidente Vascular cerebral do Cerebelo à esquerda, considero pertinente primeiramente recorrer avaliação desta cliente através da escala da *National Institutes of Health Stroke* (NIHSS). Tal escala constitui um dos instrumentos de avaliação mais utilizados internacionalmente, sendo um indicador do tamanho e gravidade da lesão, bem como do prognóstico de clientes com Acidente Vascular Cerebral. É composta por 11 itens, sendo que cada um deles é mensurável de acordo com o déficit apresentado pelo cliente (Brito, R., Lins, L., Almeida, C., Neto, E., Araújo, D., Franco, C., 2013).

itens			3/12	8/01
Estado de Consciência	Alerta		x	x
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação			
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder			
	Coma			
1b. ORIENTAÇÃO (pergunte à pessoa o mês e a idade)	Responde a ambas as questões corretamente			
	Responde a uma questão corretamente			
	Ambas as respostas são incorretas		x	x
1c. COMANDOS (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)	Obedece a ambas as ordens		x	x
	Obedece a uma ordem corretamente			
	Ambas incorretas			
2. OLHAR (melhor movimento ocular (apenas no plano horizontal))	Normal		x	x
	Limitação parcial dos movimentos oculares			
	Desvio forçado dos olhos			
3. CAMPOS VISUAIS (estímulo visual, ameaça)	Sem défices campimétricos		x	x
	Hemianópsia parcial			

	Hemianópsia completa			
	Hemianópsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)			
4. PARÉSIA FACIAL (pedir á pessoa para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor)	Movimentos simétricos e normais			
	Parésia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)			x
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)		x	
	Parésia total de um ou ambos os lados (face inf e sup)			
5a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	Normal (estende o braço 90º ou 45º por 10 seg sem cair)		x	x
	Membro começa a cair antes dos 10 seg			
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
5b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Normal (estende o braço 90º ou 45º por 10 seg. sem cair)			
	Membro começa a cair antes dos 10 seg.			x

	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade		x	
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)			
6a. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)			
	Membro começa a cair antes dos 5 seg.			
	Alguma força contra a gravidade			
	Sem força para vencer a gravidade			
	Sem movimento			
	Não testável (amputação, anquilose)		x	x
6b. FORÇA MUSCULAR – MEMBRO INFERIOR DIREITO	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 seg. sem cair)			
	Membro começa a cair antes dos 5 seg.			
	Alguma força contra a gravidade			x
	Sem força para vencer a gravidade		x	
	Sem movimento			

	Não testável (amputação, anquilose)			
7. ATAXIA DOS MEMBROS	Sem ataxia			
	Presente em um membro			x
	Presente em dois membros		x	
8. SENSIBILIDADE (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria)	Normal			
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada			x
	Perda de sensibilidade severa ou total		x	
9. LINGUAGEM (descrever figuras, nomear objetos)	Sem afasia			
	Afasia ligeira a moderada		x	x
	Afasia severa			
	Mutismo, afasia global			
10. DISARTRIA (lendo palavras)	Articulação normal			
	Disartria ligeira a moderada			
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar		x	x
	Não testável (intubado ou outro obstáculo físico)			
11. INATENÇÃO (use estímulo visual ou sensorial duplo)	Normal		x	x
	Inatenção para estímulo simultâneo bilateral numa das modalidades sensoriais			
	Hemi-inatenção severa ou em			

	mais do que uma modalidade sensorial			
	TOTAL	27	19	

A cliente na primeira avaliação (3/12) apresentava um déficit muito grave na escala de NIHSS de 27. No final do internamento (3/12), apresenta NIHSS de 19 – Déficit grave.

Déficit **Ligeiro. NIHSS < 5**; Déficit **Moderado NIHSS 5 -17**; Déficit **Grave NIHSS > 17 – 22**; Déficit **Muito Grave NIHSS > 22**

Atenção/ Memória e Linguagem

Atento ao meio envolvente, vígil e concentrado; Não foi possível avaliar a memória uma vez que o cliente apresenta uma afasia de expressão, na qual o discurso apresentava-se pouco fluente (menos de 50 palavras por minuto), a nomeação e repetição de objetos perturbados e a compreensão mantida.

Avaliação Pares Cranianos

Par Craniano	Função	Avaliação	3/12	8/01
I – OLFATIVO	Olfato	Fechar os olhos e identificar odores.	Reconhece o cheiro dos alimentos que lhe são fornecidos. Sem anosmia	Reconhece o cheiro dos alimentos que lhe são fornecidos. Sem anosmia
II – OTICO	Visão	<u>Acuidade Visual:</u> colocar um objeto a várias distâncias e avaliar se a pessoa vê ou não vê. <u>Campos visuais:</u> tapar alternadamente cada olho da pessoa e do avaliador (olho correspondente) e inserir um objeto (ex.: caneta) no	Pedi á cliente para fechar um olho de cada vez e dizer quantos dedos via. Foi testado a várias distâncias e campos visuais. Não se verificaram alterações. Sem defeitos do campo visual. No que se refere à acuidade visual apresenta ambliopia (compensada com óculos) mas sem cegueira ou amaurose.	Sem defeitos do campo de visão (Escotomas ou hemianopsia) e na acuidade visual apresenta ambliopia (compensada com óculos), sem cegueira e sem amaurose.

		campo visual. O campo visual do avaliador será a referência.		
III – Óculo-moto comum IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	- Miose; Elevação da pálpebra superior; elevação e abaixamento e adução do olho - Rotação do olho - Abdução do olho	<u>Resposta pupilar:</u> realizar bilateralmente do canto externo para o centro com luz pouco brilhante, em ambiente semi-escurecido. Avaliar forma, velocidade de reação e diâmetro pupilar. <u>Movimentos conjugados:</u> avaliar se os olhos têm movimento conjugado com a cabeça e se têm desvio para um dos lados. <u>Pesquisar nistagmo e ptose palpebral</u>	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 apresenta isocória e isorreatividade; sem movimentos conjugados, nistagmo ou ptose palpebral	Isocória e isorreatividade; sem movimentos conjugados, nistagmo ou ptose palpebral
V - Trigêmeo	- Sensação da face, boca e córnea; - Mastigação	- Sensibilidade da face e córnea: tocar na face córnea com algodão (reação é de encerramento palpebral e lacrimejo - Movimentos da mastigação: solicitar à pessoa para mastigar, encerrar os dentes ou gesto do beijinho e verificar assimetrias	Feito o teste passando a compressa nas três divisões do nervo (Oftálmico, Maxilar e Mandibular), enquanto a cliente mantinha os olhos fechados. Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa mantidas nas três divisões do quinto nervo craniano. Reflexo córneo palpebral presente bilateralmente, pestanejou quando sentiu o	Não se registaram alterações da sensibilidade. Apresenta reflexo córneo-palpebral bilateral, pestanejou quando sentiu o toque do fio de algodão na córnea. Encerra e move a mandíbula bilateralmente. Melhoria dos movimentos de

			toque do fio de algodão na córnea. Apresenta assimetria nos movimentos de mastigação com acumulação da comida no vestibulo direito	mastigação, não acumula a comida no vestibulo
VII – Facial	- Movimento da face (mímica) - Paladar (2/3 anteriores da língua)	- Assimetrias faciais: solicitar à pessoa para sorrir, franzir o sobrolho, deitar a língua de fora, fazer movimentos faciais (caretas); - Reconhecimento de sabores: doce salgado amargo	apresenta assimetria facial por Parésia facial central direita. Na avaliação dos movimentos e expressão facial: apresenta simetria no franzir do sobrolho, com encerramento firme das pálpebras. Contudo, o sorrir e assobiar são assimétricos, com apagamento do sulco nasogeniano à direita e desvio da comissura labial para a esquerda. Reconhece o sabor de doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua	Mantém discreta assimetria facial
VIII – Estato - Acústico	- Audição - Equilíbrio	- Acuidade auditiva: teste de <i>Rinne</i> (verificar se a pessoa sente a vibração do diapasão no alto da cabeça); - Avaliação do equilíbrio: teste de <i>Romberg</i> ; Equilíbrio estático e dinâmico	<u>Divisão coclear</u> : Conseguiu identificar o fim da vibração do diapasão contra o osso mastoide (Teste de <i>Rinnie</i>) e quando colocado no vértice do crânio o cliente percebeu a vibração em ambos os ouvidos (teste de <i>Weber</i>) <u>Divisão Vestibular</u> : Não foi possível avaliar uma vez que o cliente não apresenta equilíbrio de pé.	<u>Divisão coclear</u> : Conseguiu identificar o fim da vibração do diapasão contra o osso mastoide (Teste de <i>Rinnie</i>) e quando colocado no vértice do crânio a cliente percebeu a vibração em ambos os ouvidos (teste de <i>Weber</i>) <u>Divisão Vestibular</u> : Não foi possível avaliar uma vez que o cliente não apresenta equilíbrio de pé.
IX – Glossofaríngeo	Sensação e Paladar (1/3	Reconhecimento de sabores doce e	Com os olhos fechados, a cliente reconhece os	Reconhece os sabores, doce e

	posterior da língua)	salgado	sabores, doce e salgado no terço posterior da língua.	salgado no terço posterior da língua.
X – Vago	- Deglutição - Sensação e motricidade (vísceras torácicas abdominais)	- Reflexo de vômito (pré-prandial) - Rouquidão - Alteração da voz	Reflexo de vômito presente. Sem alterações do tom de voz	Reflexo de vômito presente. Sem alterações do tom de voz
XI - Espinhal	- Rotação e inclinação da cabeça	- Avaliar força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra a resistência: solicitar à pessoa que eleve os ombros e faça lateralização da cabeça	O cliente conseguiu lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão posicionada no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideu; relativamente à força muscular do trapézio apresenta um Raio de movimento completo apenas contra a gravidade (força 3/5 MRC)	O cliente conseguiu lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão posicionada no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideu; relativamente à força muscular do trapézio teve uma evolução positiva apresentando um raio de movimento completo contra gravidade e resistência moderada (4/5 na MRC)
XII – Hipoglosso	- Movimentos da língua (mastigação, deglutição, articulação de palavras)	- Pesquisar desvios e tremores da língua: solicitar à pessoa para fazer diferentes movimentos com a língua	Protusão da língua mantida sem desvios ou tremores; Sem desvio da úvula e sem desvio e/ou tremores da língua	Protusão da língua mantida sem desvios ou tremores; Sem desvio da úvula e sem desvio e/ou tremores da língua

Apresentava na data da avaliação alteração do V, VII e XI

Avaliação da Deglutição com a escala Guss (primeira avaliação - dia 3/12 e última avaliação - 3/01)

ESCALA GUSS (Gugging Swallowing Screen)
Instrumento de Triagem da Disfagia

1ª FASE - Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
Tosse voluntária e/ou clearance Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
Deglutição de Saliva • Deglute com êxito • Sialorreia • Mudança vocal	1	0
	0	1
	0	1
TOTAL		

Scores:
1 a 4 – Parar na 1ª fase
5 – Continuar para a 2ª fase

2ª FASE - Teste direto da deglutição

DEGLUTIÇÃO	*Pastoso→	**Líquidos→	***sólidos
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos textura >10mg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
TOSSÉ (Involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição – até 3 min. mais tarde			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
SIALORREIA			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh"			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido	Soma 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido	Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal

+ =

Quando avaliado de acordo com a escala de Guss, o cliente no dia 3/12 apresentava Disfagia moderada (10) com indicação para alimentos de textura pastosa e líquidos com espessante. No dia 3/01 apresentava-se sem disfagia (20).

Avaliação da Deglutição com VVS-T

RASTREIO DA DISFAGIA
VVS-T
Volume-Viscosity Swallow Test

Algoritmo de aplicação e orientações no verso

NOME _____

IDADE _____ DATA _____

VISCOSIDADE
Néctar Líquido Pudim

ALTERAÇÕES OU SINAIS DE SEGURANÇA

	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Tosse									
Alterações Vocais									
Dessaturação de oxigénio									

ALTERAÇÕES OU SINAIS DE EFICÁCIA

	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Encerramento labial									
Resíduos orais									
Deglutições múltiplas									
Resíduos faríngeos									

CONCLUSÃO _____

DIETA RECOMENDADA (via oral ou via alternativa, com ou sem cuidador) _____

HIDRATAÇÃO RECOMENDADA _____

VISCOSIDADE
 Líquido
 Néctar
 Pudim

VOLUME
 Baixo (5 ml)
 Médio (10 ml)
 Alto (20 ml)

Para a avaliação da deglutição neste cliente foi utilizada também a escala V-VST oferecendo volumes de 5, 10 e 20 ml de várias consistências, sendo elas: néctar, pudim e líquido. Excluiu-se a aplicação de 20 ml, uma vez que tal quantidade não era possível de manter na colher, sendo que o uso de seringa para administrar esta quantidade não seria o procedimento mais apropriado podendo representar risco de aspiração para o cliente. A primeira consistência oferecida foi o néctar, sendo a quantidade dada por ordem crescente de volume (5 e 10ml).

Após a ingestão de cada uma das consistências foi registada a presença de alterações de segurança (tosse/pigarreio, queda dos valores de saturação de oxigénio em valores maiores ou iguais a 3% relativamente ao valor fundamental do cliente, e alterações vocais, com destaque para a voz molhada) e/ou alterações de eficácia (encerramento labial insuficiente, resíduos orais e/ou faríngeos, sendo estes dois últimos verificados com base em queixas descritas pelo cliente, e ainda, deglutições múltiplas).

Inicialmente foi fornecido ao cliente uma quantidade de 5ml de consistência néctar e posteriormente de 10ml. No volume de 5ml e 10ml o cliente não apresentou alterações vocais, sinais de tosse, desnaturação dos níveis de oxigénio ou deglutições múltiplas, tendo se evoluído para o volume de 5 ml na consistência líquida uma vez que não se verificaram sinais de perigo para o cliente na consistência néctar apesar do cliente apresentar alterações na eficácia. Após fornecer 5ml de consistência líquida o cliente manifestou sinais de tosse, alterações vocais e deglutições múltiplas sem desnaturação, por isso a administração do volume de 5ml da consistência líquida ficou inviabilizada.

Optou-se assim por manter a consistência néctar no volume de 10ml na data da avaliação inicial do cliente.

No dia 8/10 quando avaliada a deglutição, este não apresentou qualquer alteração na segurança e eficácia nas três consistências avaliadas.

Avaliação Sensibilidade

Sensibilidade		3/12	8/10
Superficial	Táctil	Mantida, reage ao estímulo táctil	Sem alterações
	Térmica	Mantida, reage ao estímulo térmico com tubo de teste frio e quente	Sem alterações
	Dolorosa	Mantida, reage á dor provocada pela ponta da caneta	Sem alterações
Profunda	Postural	Não foi possível avaliar pelo fato do cliente apresenta afasia de expressão	Cínético postural: Após flectir o cotovelo esquerdo, o cliente conseguiu identificar a posição do membro; Sentido esteriognóstico: com os olhos fechados o

			cliente conseguiu reconhecer o copo colocado na região palmar
	Vibratória	Não foi possível avaliar pelo fato do cliente apresenta afasia de expressão	O cliente sentiu a vibração exercida com o auxílio do diapasão (128 HZ) colocado nas saliências ósseas do 1º dedo do pé esquerdo e indicador da mão esquerda
	Pressão	Não foi possível avaliar pelo fato do cliente apresenta afasia de expressão	Sem alterações

Sem alterações a nível da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e sem alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, vibratória ou postural) no final da avaliação.

Avaliação da força muscular segundo a *Medical Research Council Manual Muscle Testing scale*

Esta escala permite avaliar os principais músculos das extremidades superior e inferior contra a resistência do examinador e classificar a força do paciente em uma escala de 0 a 5 de acordo:

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

Segmentos	Movimentos	Score	
		Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo

Cabeça e Pescoço		Flexão		5	
		Extensão		5	
		Flexão Lateral esquerdo		5	
		Flexão lateral direito		5	
		Rotação		5	
Membro Superior	Escapulo- umeral	Flexão	3 ► 4	5	
		Extensão	3 ► 4	5	
		Adução	3 ► 4	5	
		Abdução	3 ► 4	5	
		Rotação Interna	3 ► 4	5	
		Rotação Externa	3 ► 4	5	
	Cotovelo	Flexão	3 ► 4	5	
		Extensão	3 ► 4	5	
	Antebraço	Pronação	1 ► 3	5	
		Supinação	1 ► 3	5	
	Punho	Flexão palmar	1 ► 3	5	
		Dorsiflexão	1 ► 3	5	
		Desvio radial	1 ► 3	5	
		Desvio cubital	1 ► 3	5	
		Circundação	1 ► 3	5	
	Dedos	Flexão	1 ► 3	5	
		Extensão	1 ► 3	5	
		Adução	1 ► 3	5	
		Abdução	1 ► 3	5	
		Oponência do polegar	1 ► 3	5	
	Membro Inferior	Coxo -femoral	Flexão	2 ► 4	5
			Extensão	2 ► 4	5
Adução			2 ► 3	5	
Abdução			2 ► 4	5	
Rotação interna			2 ► 3	5	
Rotação externa			2 ► 4	5	
Joelho		Flexão	2 ► 4	-	
		Extensão	2 ► 3	-	
Tibiotársica		Flexão plantar	2 ► 3	-	
		Flexão dorsal	2 ► 3	-	
		Inversão	1	-	

	Dedos	Eversão	1	-
		Flexão	1	-
		Extensão	1	-
		Adução	1	-
		Abdução	1	-

Avaliação Tônus Muscular - Escala de Ashworth

0 – Tônus normal;
 1 – Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento;
 1+ - Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido de resistência mínima;
 2– Aumento do tônus em mais da metade do arco do movimento
 3 – Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade;
 4– Partes rígidas em flexão ou extensão

	3/12	8/01
Cervical	0	0
Glêno-umeral esq.	0	0
Glêno-umeral dto	0	0
Braço esq.	0	0
Braço dto.	0	0
Antebraço esq.	0	0
Antebraço dto	0	0
Punho esq.	0	0
Punho dto.	0	0
Dedos da mão esq.	0	0
Dedos da mão dta.	0	0
Coxo-femoral esq.	0	0
Coxo-femoral dta	0	0
Joelho esq.	0	0
Joelho dto.	0	0
Tibio-társica esq.	0	0

Tibio-társica dta.	0	0

Avaliação Coordenação dos Movimentos

FACIAL	3/12	8/12
Abrir e fechar olhos; sorrir; assobiar, franzir o sobrolho	Cumpre	Cumpre

AVALIAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES	3/12	8/01
Diadococinesia (Prova dos movimentos alternados)	O cliente após solicitado abriu e fechou a mão esquerda, realizou movimentos de supinação e pronação.	O cliente após solicitado abriu e fechou ambas as mãos (embora com dificuldade na mão direita), realizou movimentos de supinação e pronação das mãos
Prova Índice-nariz	O cliente conseguiu tocar com a ponta do dedo indicador esquerdo no nariz. Não foi possível testar á direita	Cliente sem dismetria na prova dedo nariz
Prova da indicação de <i>Barany</i>	O cliente não conseguiu com o dedo indicador esquerdo apontar o meu dedo indicador	Sem alterações
Movimentos finos (pegar caneta)	Sem dificuldade em pegar na caneta com a mão esquerda. Não consegue pegar na caneta com a mão direita por apresentar Força muscular grau 1/5	Consegue pegar na caneta com a mão esquerda e ainda com dificuldade na mão direita, dificuldade na preensão
AVALIAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES		

Mobilizar pés e pernas	Apenas mobiliza o coto de amputação à esquerda. Membro inferior direita com força 1/5	Mobiliza no leito e na posição de sentada
Prova calcanhar-joelho	Não possível avaliar por se encontrar amputado no 1/3 superior da coxa esquerda e no membro inferior direito apresentar FM 1/5	Não possível avaliar por se encontrar amputado no 1/3 superior da coxa esquerda. Mobiliza o segmento coxo-femoral, joelho e tibiotársica.

Avaliação Equilíbrio

EQUILIBRIO ESTÁTICO	3/12	8/12
Sentado	Mantido	Mantido
Ortostatismo (Teste de Romberg)	Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar – cliente com amputação 1/3 superior coxa lado esquerdo e ainda sem prótese.
EQUILIBRIO DINAMICO		
Sentado	Desequilíbrio para a direita	Mantido
Marcha	Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar – cliente com amputação 1/3 superior coxa lado esquerdo e ainda sem prótese.

Avaliação da Marcha

Não foi possível realizar marcha, uma vez que o doente apresenta

compromisso do equilíbrio estático.

3.3.2 Avaliação Funcional – Medida de Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Permite monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação.

A Medida de Independência Funcional é constituído por 18 itens dos quais 6 se referem ao Autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Banho; Vestir metade superior do corpo; Vestir metade inferior do corpo; Utilização do sanitário), 2 ao Controlo de esfínteres (Controle de urina; Controle das fezes), 3 a Mobilidade/Transferências (Leito, cadeira, cadeira de rodas; Sanitário; Banheira, chuveiro), 2 a Locomoção (Marcha/cadeira de rodas; Escadas), 2 a Comunicação (Compreensão; Expressão) e 3 a Cognição Social (Interação social; Resolução de problemas; Memória).

A pontuação é efetuada atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa.

No total dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas subescalas: motora que agrega 13 itens referentes a Autocuidados, controle dos esfínteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção e cognitiva que agrega 5 itens referentes a Comunicação e Cognição social (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Incapacidade **Leve > 80 pontos** | Incapacidade **Moderada 40 a 80 pontos** | Incapacidade **Grave < 40 pontos**

Níveis de Cotação	
Sem ajuda	
8-	Independência Completa (em segurança; em tempo normal)
6-	Independência Modificada (ajuda técnica; em tempo demasiado elevado)
Com ajuda	
5 –	Supervisão ou Preparação
4 –	Ajuda Mínima (pessoa realiza $\geq 75\%$)
3 –	Ajuda Moderada (pessoa realiza $\geq 50\%$)
2 –	Ajuda Máxima (pessoa realiza $\geq 25\%$)
1 –	Ajuda Total (pessoa realiza $\geq 0\%$)

MIF		3/12	8/01
AUTOCUIDADO	Alimentação	1	3
	Higiene Pessoal	1	2
	Banho (lavar o corpo)	1	2
	Vestir metade superior	2	3
	Vestir metade inferior	1	2
	Uso da sanita	1	1
Controlo de Esfíncteres	Controlo da urina	1	3
	Controlo das fezes	1	3
Mobilidade/Transferências	Leito/Cadeira/cadeira de rodas	1	4
	Transferência Sanita	1	3
	Transferência chuveiro	1	3
Locomoção	Marcha	1	1
	Escadas	1	1
Comunicação	Compreensão (Auditiva/Visual)	6	6
	Expressão (Verbal/não Verbal)	1	3
Cognição Social	Interação Social	2	3
	Resolução de problemas	1	2
	Memória	1	6
Total		25	51

A cliente apresenta incapacidade grave na medida de independência funcional no dia 3/12 verificando-se a necessidade de intervenção do EEER na capacitação do cliente nas diversas AVD. No dia 8/01 apresenta incapacidade moderada.

3.3.3 Avaliação Respiratória

AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Tosse	Eficaz
Expetoração	Sem expetoração
Dispneia	Avaliada através da escala da dispneia (<i>Medical Research Council</i>) apresentando grau 0 - <i>Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante</i>
Toracalgia	Sem dor

AVALIAÇÃO OBJETIVA	
Inspeção estática	Tórax simétrico Sistema muscular desenvolvido Não apresenta cianose
Inspeção Dinâmica	Padrão respiratório toraco-abdominal, simétrico, profundo. Respiração mista Frequência Respiratória – 14 ciclos/min Ritmo regular Amplitude normal Sem sinais tiragem ou adejo nasal
Palpação	Traqueia centrada Frémito tóraco vocal mantido Expansibilidade mantida Sem lesões cutâneas, tumefações ou adenopatias Sem pontos dolorosos Sem crepitações
Percussão	Claro pulmonar, sem alterações
Auscultação	Murmúrio Vesicular mantido bilateralmente
Abdómen	Abdómen mole, depressível e indolor

Nota: Dispneia avaliada através da escala da dispneia (*Medical Research Council*)

Escala da dispneia (<i>Medical Research Council</i>)	
Grau	Características
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Anda mais devagar do que uma pessoa da mesma idade no plano devido á falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára de respirar após caminhar uma quadra (90-120m) ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se

4. REQUISITOS DO AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS			
Requisitos de autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de respiração suficiente;	Sem alterações do ciclo respiratório;	Não apresenta défice de autocuidado conhecido;	
Manutenção de ingestão suficiente de água	Ingeria cerca de 1 L de água por dia;	esposa refere que o marido bebe menos água por apresentar dificuldade em deglutir e parésia do membro superior direito.	Sistema de enfermagem totalmente compensatório.
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos;	Ingeria uma dieta geral diversificada, a esposa referiu que gosta de todos os alimentos	Dieta passada: por falta de peças dentárias e ainda por parésia facial direita com acumulação dos alimentos no vestíbulo, de salientar ainda a parésia da mão direita	Sistema de Enfermagem totalmente compensatório- Necessita de Apoio para cortar os alimentos. Ensino para uso de produto de apoio.
Promoção dos cuidados associados com a eliminação;	Utilizava a casa de banho para os cuidados relacionados com a eliminação de uma forma autónoma; usava cuecas;	Na admissão encontra-se algaliado e usa a fralda para evacuar.	
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Reformado por invalidez, a esposa refere que gostava de ler, ver filmes e ir ao café.	A esposa refere que o marido dorme todos as	

	Apresentava períodos de descanso entre 6 e 7 horas por noite.	noites por longos períodos	
manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interagia diariamente com a família, principalmente com o filho e vizinhos no café	Vive com a esposa em casa, recebe a visita de vários amigos em casa.	
Prevenção dos riscos para apvida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	Sem riscos identificados	Neste momento sem risco de queda na escala de Morse.	
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	O cliente era autónomo em todas as AVD.	Neste momento o cliente é dependente em grau elevado em todas as atividades de vida diária.	Sistema totalmente compensatório em todas as AVD

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com a avaliação inicial realizada à cliente foi elaborado um programa de intervenção do Enfermagem de Reabilitação como resposta às necessidades identificadas. Este programa foi elaborado com base na Teoria do Autocuidado de Orem e recorrendo à linguagem CIPE, para a formulação de diagnósticos e intervenções.

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	PLANO DE ENFERMAGEM	OBJETIVOS	ÍNICIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	FIM	AVALIAÇÃO
<p>Parésia presente em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente apresenta força 1/5 na Escala de MRC]</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente recupere a mobilidade adequada às suas expectativas e ao seu potencial de recuperação;</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir alterações posturais/músculo-esqueléticas; - Melhorar a força muscular; - Manter o tónus muscular; - Promover o fortalecimento muscular (Que pessoa aumente a força muscular do MSE progredindo para força grau 5/5 	3/12	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização da força muscular através da <i>Medical Research Council Scale</i>; - Avaliação e monitorização da Coordenação Motora; <ul style="list-style-type: none"> ∞ Membros superiores: prova índex-nariz e diadococinesia (prova dos movimentos alternados); ∞ Membros inferiores: Prova calcanhar-joelho; - Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação 	8/01	<p>Apresentava força de grau 4 a nível proximal e grau 3 a nível distal (na <i>MRC scale</i>) no membro superior e no membro inferior grau 4 a nível proximal e distal grau 1. A <i>Nihss</i> no final da intervenção evoluiu de 27---» 19 (défice grave).</p> <p>Durante o período de contacto foram monitorizados o tónus e a força muscular, de forma a ser perceptível/mensurável o ganho obtido em termos de força com o plano instituído. O cliente manteve o plano de reeducação funcional motora acordado, mobilizando também ativamente os restantes segmentos corporais menos afetados. Constata-se a</p>

				<p>de como vai decorrer;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir a sua colaboração para que este se assuma como um agente ativo na sua recuperação; - Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal do cliente; - Executar mobilizações passivas em todos os segmentos articulares, do hemicorpo direito - Estimular o cliente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a reintegrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor; 	<p>2/01 uma evolução na força muscular desenvolvida:</p> <p>Membro superior direito: Cotovelo, Antebraço, punho e dedos de grau 2/5 ---» grau 3/5; Ao nível do membro inferior nos segmentos escapulo- umeral e cotovelo 3/4; antebraço, punho e dedos 1/3; coxo femoral na flexão/extensão e abdução e rotação externa 2/4 e na adução e rotação interna 2/3; joelho e tibiotársica 2/3. Manteve a força grau 1 ao nível dos dedos do pé direito. Relativamente à motricidade fina o cliente consegue pegar nas tampas e colocar no local indicado. Apresenta dificuldade em pegar na caneta, por lhe ter solicitado que a força seja exercida apenas com dois dedos (indicador e polegar) e por isso, dificuldade em fazer um desenho, mas consegue fazer riscos.</p>
--	--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- Nomear as partes do corpo tocadas e identificar o respetivo plano sagital (direito, menos afetado e esquerdo, mais afetado) para facilitar a reintegração do esquema corporal; - Incentivar a realizar mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares do hemicorpo menos afetado - Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (auto-mobilizações) do membro superior direito; - Executar mobilizações	
--	--	--	--	--	--

				<p>ativas assistidas em todos os segmentos articulares, do hemicorpo direito</p> <p>- Ensinar sobre exercícios que promovam a motricidade fina conferindo o readquirir do movimento de preensão:</p> <ul style="list-style-type: none">∞ Solicitar que movimente as peças num jogo de labirinto;∞ Solicitar que conte tampas da garrafa, retirando do saco e colocando ao lado;∞ Solicitar que tire as tampas da garrafa de um local e coloque em outro;∞ Solicitar que pegue na caneta e faça um desenho. <p>- Elogiar o cliente.</p>		
			2/01			

<p>Equilíbrio corporal comprometido, em grau muito elevado [entende-se por grau muito elevado que o cliente apresenta Equilíbrio sentado e em ortostatismo estático e dinâmico instável];</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente recupere o equilíbrio estático e dinâmico em pé</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro</p>	<p>- Reeducar o mecanismo do reflexo postural;</p> <p>- Inibir a espasticidade;</p> <p>- Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior;</p>	<p>3/12</p>	<p>- Proporcionar um ambiente Calmo;</p> <p>- Solicitar a colaboração do cliente;</p> <p>- Executar ensinios a pessoa sobre o equilíbrio (o que é a linha média; base de sustentação, centro de massa, etc);</p> <p>- Assistir o cliente na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Exercício da ponte no leito (fortalecimento da musculatura abdominal e dorso-lombar); ∞ Exercício de rotação controlada da bacia no leito; ∞ Exercícios de abdominais no leito (3 séries de 20 repetições, 2 x por turno); 	<p>No início do plano de intervenção o cliente não apresentava equilíbrio sentado estático e dinâmico. Durante o período de contacto foi realizado ensino/treino de equilíbrio na posição de sentado estático e dinâmico com ganhos significativos ao nível do equilíbrio sentado estático e dinâmico. Evidenciou-se progressão do seu desempenho na execução dos exercícios objetivando-se melhoria gradual do equilíbrio, apresentando a 8/01 equilíbrio na posição de sentado estático e dinâmico, e em pé apresenta equilíbrio estático deficiente. Em todos os momentos de contacto foi elogiada a execução da técnica e progressos alcançados.</p>
--	---	---	-------------	---	--

			2/01	<p>- Assistir o cliente na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora na posição de sentado:</p> <ul style="list-style-type: none">∞ Conferir movimentos oscilantes (ântero-posteriores, póstero-interiores e laterais), impulsionando e apoiando ao nível dos ombros;∞ Exercício de abdução dos membros superiores num angulo de 90°;∞ Exercício de inclinação lateral do tronco e retorno à posição inicial;∞ Exercício de flexão anterior do tronco e retorno à posição inicial; <p>- Ensinar e estimular a realização de exercícios</p>	
--	--	--	------	--	--

				<p>de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos (flexão dos joelhos quando sentada na cama e o pé direito apoiado no chão, até chegar com o mesmo á minha palma da mão; adução e abdução das articulações coxo-femorais, treino de passagem da posição de sentado à posição ortostática, com inclinação do tronco para a frente com o apoio dos pés no chão);</p> <ul style="list-style-type: none">- Estimular reflexo postural e propriocepção através de: utilização de calçado apropriado e vigiar a posição corporal.- Gerir a energia despendida pelo cliente;- Elogiar o cliente.		
--	--	--	--	--	--	--

<p>Comunicação comprometida (Afasia de expressão)</p> <p><u>Requisito de AC:</u> desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente consiga apresentar um discurso fluente, com a nomeação, repetição e compreensão mantidas</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular cognição; - Facilitar a capacidade de compreensão; - Facilitar a capacidade de expressão 	<p>3/12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um pictograma inicialmente e posteriormente um plano de exercícios de intervenção para a afasia; - Promover ambiente calmo e tranquilo; - Permitir tempo ao cliente para se expressar; - Repetir a mensagem em voz alta; - Ignorar erros e profanidades emitidas, não valorizando a pronuncia imperfeita; - Não interromper; - Encorajar e aguardar pela resposta do cliente; - Encorajar a expressão 	<p>8/1</p>	<p>Numa fase inicial a utilização do pictograma permitiu melhorar a comunicação com este cliente diminuindo o sentimento de frustração quando este não se conseguia expressar tanto com a esposa como com os amigos e os profissionais de saúde. Durante o período de contacto, a esposa e o cliente foram incentivados a realizar o plano de exercícios de intervenção para a afasia realizados que cumpriram.</p> <p>O cliente revelou-se bastante motivado com os exercícios e no dia 8/1 apresenta uma evidente melhoria conseguindo nomear os objetos cedidos, conseguiu repetir monossílabos inicialmente e palavras comuns de tamanho crescente, no que concerne ao discurso o cliente no fim apresentava um discurso fluente com frases de comprimento normal, melodia e ritmo normal</p>
---	--	--	-------------	---	------------	---

			<p>de frases curtas, como “bom dia”, “boa tarde”, “boa noite”, “obrigada”, “até logo”;</p> <ul style="list-style-type: none">- Falar pausadamente;- Dar uma informação ou fazer uma questão de cada vez;- Demonstrar comportamento coerente entre a comunicação verbal e não verbal;- Manter uma atitude positiva;- Tranquilizar o cliente com o toque;- Orientar a esposa para formas alternativas de comunicação e benefícios dos exercícios;- Pedir ao cliente para	<p>com mínimo esforço articulatório das palavras.</p> <p>Uma vez que o cliente apresenta parésia do membro superior direito com alteração da preensão, a escrita não foi possível.</p>
--	--	--	--	--

				<p>descrever imagens (Fluência);</p> <ul style="list-style-type: none">- Solicitar ao cliente para produzir um exemplo de discurso tendo em conta a expressão facial na imagem fornecida – método da entoação melódica (Fluência);- Pedir ao cliente para a partir de uma ou duas palavras representadas em imagens, formar uma frase sobre essas imagens (Fluência);- Fornecer imagens ao cliente e pedir que nomeie o que está representado (nomeação);-Facultar categorias semânticas e pedir ao cliente para evocar pelo menos 4 nomes de cada grupo (evocação de		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>palavras - nomeação);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar fotografias de familiares e pedir que nomeie os nomes dos familiares e grau de parentesco (nomeação); - Evitar exercícios de repetição de palavras; - Elogiar o cliente 	
<p>Deglutição comprometida em grau moderado [score na escala de Guss de 10]</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente recupere a força e coordenação para uma deglutição segura e eficaz</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Apoio/Educação</p> <p><u>Método de ajuda:</u> orientar e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter nutrição e hidratação adequadas; - Prevenir complicações decorrentes da disfagia; - Melhorar a força e a coordenação. 		<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sinais de desnutrição; - Monitorizar deglutição através da Escala de GUSS (30 dias após início do plano de exercícios) e com recurso ao <i>Volume-Viscosity Swallow Test</i> - Observar e avaliar o 	<p>Na primeira avaliação score 10 na Escala de GUSS, sendo identificada uma disfagia moderada, Após avaliação complementar com a VVS-T, o cliente apresentou alterações da segurança na consistência líquida e volume de 5ml, neste sentido optou-se por manter a consistência néctar no volume de</p>

	<p>direcionar; ensinar, agir ou fazer pelo outro</p>		<p>controle da cabeça em posição de sentado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a simetria da face, dos lábios e simetria interna da boca; - Observar a capacidade do cliente para fechar os lábios firmemente; - Avaliar pares cranianos envolvidos na deglutição (V, VII, IX, X, XI e XII); - Incentivar a realização das refeições na posição de sentado na cadeira de rodas ou em <i>Fowler</i> no leito; - Adequar a dieta e instruir a esposa na preparação dos alimentos e a espessar os alimentos de acordo com a consistência testada como 	<p>10 ml (uma vez que não apresentava alterações da segurança e eficácia neste volume e consistência). Tendo ficado com dieta passada e espessante nos líquidos de consistência néctar. Foram realizados ensinamentos à esposa sobre consistências e alimentação demonstrando-se a mesma receptiva aos mesmos. A esposa adequou a dieta ao tipo de disfagia, não ocorrendo qualquer episódio de engasgamento ou aspiração de conteúdo alimentar, tal como sinais de desidratação ou desnutrição. A esposa utilizou o espessante na preparação da água e alguns alimentos na consistência correta. O cliente cumpriu ainda a realização das refeições na posição de sentado na cadeira de rodas ou em <i>Fowler</i> no leito Não apresentou a esta data qualquer alteração em relação à avaliação inicial dos</p>
--	--	--	--	--

			<p>segura (consistência de néctar);</p> <p>- Instruir e treinar os exercícios de reeducação funcional da deglutição adequados a este cliente como: técnicas posturais (flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado menos afetado); mudanças voluntárias na deglutição (deglutição forçada e deglutições múltiplas); exercícios de fortalecimento muscular (de preferência em frente a um espelho do seu quarto):</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Lábios: retrain, lateralizar, soprar e assobiar; ∞ Língua: protrain e retrain a língua, lateralizar 	<p>pares cranianos envolvidos na deglutição (V, VII, IX, X, XI e XII). Realiza o plano de exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 3 vezes por semana.</p> <p>No dia 15/12 apresentou uma evolução positiva no score na <i>Guss</i> evoluindo de um score e 10 para 15 na qual a ingestão dos alimentos pastosos e líquidos foi bem sucedida, embora apresentasse ainda alguma dificuldade em ingerir texturas sólidas.</p> <p>Durante o internamento evoluiu de um score de 10 para 20 na escala de <i>Guss</i> (sendo classificado como Disfagia Leve/Não disfagia, tendo prescrita uma dieta normal, com ingestão normal de líquido);</p> <p>À observação, deglutição eficaz e segura, sem apresentar sinais e sintomas de aspiração.</p>
--	--	--	--	--

				<p>a língua para a direita e esquerda, empurrar as bochechas com a ponta da língua, elevação da língua em direção ao palato; ∞ Palato mole: emitir o som “aaa” e “ããã”;</p> <p>- Otimizar o posicionamento (correção postural, sentado, com a cabeça na linha média e os antebraços apoiados na mesa de refeição;</p> <p>- Gerir, se possível, o ambiente durante a refeição de distrações, não conversar enquanto mastiga;</p> <p>-Incentivar a higiene da cavidade oral e a pesquisar a presença de</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				alimentos após cada refeição.		
<p>Parésia facial tipo central à esquerda, presente</p> <p>Requisito de AC: desvio de saúde</p>	<p><u>Meta:</u> Minimizar alterações na mímica facial</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> orientar e direcionar; ensinar</p>	<p>- Reeducação dos músculos da face;</p> <p>- Instruir o cliente sobre os exercícios orofaciais;</p>		<p>- Proporcionar um ambiente calmo;</p> <p>- Solicitar a colaboração do cliente;</p> <p>- Aplicar massagem indutora suave (esta promove estímulos sensoriais simétricos e induzem o movimento no trabalho miofuncional) bilateralmente na face, ao longo do dia, após momentos de higiene;</p> <p>- Assistir/Incentivar o cliente na execução dos exercícios Orofaciais em frente ao espelho:</p> <p>∞ Levantar as sobrancelhas;</p> <p>∞ Unir/Franzir as</p>	8/1	<p>Foi-lhe providenciado uma brochura com imagens e descrição dos gestos necessários a executar (Sorrir a mostrar os dentes, sorrir sem mostrar os dentes, gesto de assobiar, soprar enchendo as bochechas de ar, protusão do lábio inferior, com vista a recuperar o controlo facial. Foi realizado o treino em conjunto com o cliente de forma a facilitar a sua compreensão, mas sobretudo porque aquando da realização dos exercícios não dirigia o olhar para o espelho, mesmo estando ao alcance do seu campo visual. Executou também a massagem endobocal e alongamento dos músculos da face, após aquecimento com toalha embebida em água tépida. Inicialmente quando enchia as bochechas com ar não conseguiu manter o ar no interior pelo que</p>

			<p>sobrancelhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Enrugar/frangir as sobrancelhas; ∞ Enrugar/Franzir o nariz; ∞ Fechar os olhos com força; ∞ Aproximar e comprimir os lábios ("assobiar"); ∞ Sorrir mostrando os dentes; ∞ Sorrir com os lábios juntos; ∞ Encher a boca de ar; ∞ Depressão do lábio inferior ("fazer beicinho"); <p>- Elogiar o cliente</p>	<p>não se concretizava o objetivo do exercício. Após 2 dias já conseguia executar o exercício sem libertar ar. Neste dia encheu também o balão</p> <p>Objetiva-se a 02/01, melhoria significativa no recrutamento/mobilização da musculatura facial, resultando numa mímica facial mais definida, com apenas um discreto desvio da comissura labial para a esquerda.</p>
--	--	--	---	--

				(estes exercícios devem ser realizados 2x/dia – de manhã e à tarde – com duração máxima de 15 minutos).		
<p>Dependência no autocuidado higiene e cuidados pessoais no chuveiro, em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente presente valores entre 1 e 2 no item “Higiene Pessoal” na MIF];</p> <p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente assegure a sua higiene e conforto</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, Instruir, treinar, orientar e direcionar; agir ou fazer pelo outro</p>	<p>- Promover o autocuidado;</p> <p>- Prevenir o declínio funcional.</p>	3/12	<p>- Monitorização do autocuidado higiene pessoal segundo a adaptação do Índice de <i>Barthel</i> e MIF;</p> <p>- Reforço sobre os aspetos de segurança aquando dos cuidados de higiene;</p> <p>- Preparar o material e dispô-lo ao alcance do cliente (toalha, esponja, sabão, camisa/ pijama, etc);</p> <p>- Solicitar a colaboração do cliente;</p>	8/1	<p>O cliente manteve-se colaborante e pró-ativp, conseguindo higienizar e secar a 8/10 quase toda a superfície corporal à exceção das costas e membro inferior direito necessitando contudo de supervisão/orientação para a execução de algumas fases/atividades do processo de higienização no que concerne a estratégias/medidas que maximizem a capacidade funcional do membro superior direito na atividade (ex.: segurar o gel de banho/champô entre o tronco e o braço esquerdo por forma a distribuir sobre a esponja presente na mão direita uma quantidade generosa de sabão/champô);</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Instruir o cliente a realizar a higiene com o membro não afetado; - Instruir o cliente a verificar a temperatura da água em zona com sensibilidades (nas três vertentes: térmica, algica e tátil) mantida; - Assistir de forma contínua no autocuidado higiene pessoal no chuveiro: <ul style="list-style-type: none"> ∞ Assistir o cliente a lavar-se ao nível dos membros superiores, tronco e face; ∞ Lavar face posterior do tronco; membros inferiores e pé direito; ∞ Assistir o cliente secar a face, tronco e os membros superiores; ∞ Secar face posterior 	<p>Foram tecidos elogios à atuação e progressos do cliente e este compreende a importância da independência e diariamente colabora em todos os procedimentos do autocuidado. No fim, no item "higiene pessoal", o cliente necessitava de ajuda moderada (pessoa realiza >= 50%); A esposa do cliente revelou se receptiva aos ensinamentos sobre adaptação da casa, referindo que irá realizar obras na casa de banho (colocar material antiderrapante, barras de apoio e alçapão de sanita)</p>
--	--	--	--	--	---

			<p>do tronco; membros inferiores e pé direito;</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistir o cliente a executar a higiene oral e pentear-se:<ul style="list-style-type: none">∞ Incentivar a realizar a higiene oral, usando o membro menos afetado;∞ Disponibilizar o material ao alcance do cliente;∞ Assistir o cliente a realizar a higiene oral e pentear-se;- Reforço positivo na realização do autocuidado higiene pessoal;- Avaliar conhecimento da esposa sobre a adaptação do domicílio sobre autocuidado higiene e cuidados pessoais no chuveiro; - Ensinar a esposa e cliente sobre a existência de produtos de apoio para	
--	--	--	--	--

				<p>satisfazer o autocuidado higiene que poderão ser adquiridos para casa como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Barras de apoio; ∞ Assentos de banheira; ∞ material antiderrapante; ∞ Esponjas; 		
<p>Dependência no autocuidado vestir e despir, em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente apresente valores entre 1 e 2 no item “vestir” na MIF]</p> <p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente seja capaz de vestir e despir a parte superior e inferior do pijama e reduza a sua dependência no autocuidado vestir e despir para o Grau Independente [entende-se por grau Independente a pessoa que apresente valores de 7 no item “vestir” na MIF]</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o autocuidado; - Conferir independência no autocuidado; - Prevenir o declínio Funcional. 	3/12	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo; - Solicitar colaboração do cliente no autocuidado vestir e despir; - Explicar técnica de autocuidado vestir e despir ao cliente: <ul style="list-style-type: none"> ∞ Vestir primeiro o MSD membro parético e em seguida o MSE; 	8/01	<p>O cliente inicialmente aquando da implementação do plano apresentava limitação no vestir e despir, foi realizado ensino sobre as estratégias adaptativas que este tentava realizar embora com assistência contínua essencialmente no vestir.</p> <p>No dia 4/01 conseguiu vestir a parte superior do pijama, com incentivo ao abotoamento, no fomento à motricidade fina embora não tenha conseguido completar a tarefa; relativamente à parte inferior do pijama</p>

	<p>Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, instruir, treinar, orientar e direcionar; agir ou fazer pelo outro</p>			<ul style="list-style-type: none"> ∞ Despir em último o MSD – membro parético; ∞ Vestir primeiro o MID – membro parético e em seguida o MIE ∞ Despir em último o MID – membro parético; - Encorajar o cliente a utilizar sapatos com elásticos (em detrimento de cordões), confortáveis, rasos e antiderrapantes; - Gerir a energia despendida pelo cliente; - Reforçar importância da autonomia no autocuidado; - Elogiar o cliente. 		<p>conseguiu vestir com ajuda. Foram tecidos elogios à prestação do cliente que compreendeu a importância da independência e diariamente tentou colaborar em todos os procedimentos do autocuidado;</p>
Dependência no autocuidado comer	<p><u>Meta:</u> Capacitar o cliente a alimentar-se</p>	- Desenvolver estratégias para se	3/12	- Envolver o cliente na escolha das refeições;	8/01	A esposa e o cliente foram instruídos sobre dispositivos

<p>e beber em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente apresente valores entre 1 e 2 no item “alimentação” na MIF];</p> <p>Requisito de AC: Universais</p>	<p>de forma autônoma, independente e em segurança assegurando a satisfação no autocuidado comer e beber</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> avaliar, instruir, treinar</p>	<p>tornar o mais funcional possível para desenvolver o autocuidado comer e beber;</p> <p>- Reduzir a dependência no autocuidado comer e beber para grau Independente [entende-se por grau Independente o cliente que apresente valores de 7 no item “alimentação” na MIF]</p> <p>- Que o cliente se alimente adequadamente, sem esquecer os alimentos lateralizados à direita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fracionar as refeições conforme padrão habitual; - Proporcionar um ambiente calmo durante a refeição; - Providenciar uma superfície estável para a refeição; - Otimizar o posicionamento (correção postural, sentada, com a cabeça na linha média e os antebraços apoiados na mesa de refeição, tendo em conta o posicionamento em padrão anti-espástico); - Utilizar uma folha anti-deslizante por debaixo do prato, prato com rebordo e copo de alimentação; - Estimular a reeducação 	<p>auxiliares para comer e beber, mostrando-se recetivos aos mesmos;</p> <p>O cliente foi incentivado a alimentar-se com transferência de lateralidade numa fase inicial. No dia 3/01 conseguiu alimentar-se com a mão direita com o auxílio da colher adaptada embora com grande dispêndio de energia e terminando a refeição com o membro menos afetado; durante a refeição inicialmente foi necessário corrigir a postura quando sentado uma vez que apresenta um ligeiro desvio para o lado mais afetado.</p> <p>A utilização do rebordo de prato e molas para o prato facilitou o uso do garfo e da colher e evitava que a comida saísse do prato quando o cliente se alimentava com o lado mais afetado;</p> <p>Uma vez que o cliente tinha dificuldade na preensão, os talheres com cabo grosso, com</p>
---	---	---	--	---

			<p>oro facial da hemiface lesada fornecendo os líquidos na consistência néctar em copo adaptado com auxílio da palhinha;</p> <ul style="list-style-type: none">- Instruir a esposa do cliente na preparação dos alimentos e do tabuleiro;- Avaliar conhecimento da esposa sobre dispositivos auxiliares para comer e beber;- Instruir a esposa do cliente sobre produtos de apoio tais como: garfos, colheres, pratos, copos adaptados e material antiderrapante (engrossador do cabo da colher e garfo);- Providenciar dispositivos de compensação (engrossador	<p>superfície anti-deslizante permitiram que este conseguisse diminuir a sua dependência neste autocuidado tendo evoluído no item "Alimentação" na escala de MIF para score de 3 (Ajuda moderada).</p>
--	--	--	---	--

				<p>no cabo dos talheres para facilitar a preensão e antiderrapante debaixo do prato);</p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar estratégias adaptativas aquando da alimentação (assegurar que os lábios estão bem cerrados, colocar a colher/garfo no lado mais funcional);- Supervisionar a alimentação e efetuar a abordagem pelo lado mais afetado, de modo a promover a facilitação cruzada;- Incentivar a alimentar-se com autonomia usando o membro superior esquerdo numa fase inicial e progressivamente utilizar o membro superior		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>direito;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir, se possível, o durante a refeição (isento de distrações, não conversar enquanto mastiga; - Incentivar a higiene da cavidade oral e a pesquisar a presença de alimentos após cada refeição. 		
<p>Dependência no autocuidado transferir-se, em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente apresente valores entre 1 e 2 no item "transferir-se" na MIF];</p>	<p><u>Meta:</u> Que o cliente reduza a sua dependência no autocuidado transferir-se para o Grau Independente [entende-se por grau Independente a pessoa que apresente valores de 7 no item Mobilidade/Transferências na MIF]</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o autocuidado; - Conferir independência no autocuidado; - Prevenir inconvenientes relacionados com a imobilidade; 	3/12	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente Calmo; - Solicitar a colaboração do cliente; - Ensinar técnica de transferência do cliente da cama para a CR/Cadeira; 	8/01	<p>Durante os períodos de contato foi ensinado ao cliente a técnica de transferência da cama para a CR e vice-versa, com ajuda total. O cliente não conseguiu transferir-se de forma independente e por isso durante o plano foram ensinados produtos de apoio para auxílio na transferência tais como: Tábuas de transferência que permitiu ao cliente o</p>

<p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p> <p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, instruir, treinar, orientar e direcionar; agir ou fazer pelo outro</p>	<p>- Prevenir o declínio Funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Posicionar-se em decúbito lateral, para o lado da realização da transferência (lado direito – lado parésico); ∞ Deslocar os membros inferiores para fora da cama; ∞ Apoiar o cotovelo do lado do decúbito e a mão do membro superior contra-lateral no leito, realizando o movimento de verticalização contínuo do tronco; ∞ Sentar na cama posicionando os antebraços e mãos em pronação sob a cama, pé direito calçado e apoiado no chão (90°) ∞ Ajustar a cadeira de rodas paralela à cama (ao fundo da cama), retirar o 	<p>deslizar da cama para a cadeira e vice-versa. A esposa do cliente para além da tabua adquiriu ainda um cinto para elevação e arneses que permitiu fornecer à esposa e cuidadora uma extensão extra para os braços, a esposa referiu que particularmente este produto de apoio para além de ser confortável para o seu marido, evitou o elevado esforço que despendia na transferência.</p>
--	--	---	---	---

				<p>apoio de braço do lado da cama, retirar ou afastar os pedais e travar cadeira);</p> <ul style="list-style-type: none">∞ Colocar almofada siliconada (reduzora de pressão) na cadeira de rodas;∞ Providenciar um banco/degrau por impossibilidade de nivelar/regular altura da cama com a altura da cadeira de rodas;∞ Solicitar ao cliente que, com o membro superior do lado da transferência apoiado no braço contra-lateral da cadeira de rodas juntamente com o membro superior contra-lateral apoiado no leito e realizando força no membro inferior	
--	--	--	--	--	--

			<p>predominantemente no MID (pivô neste caso porque o cliente se encontra amputado 1/3 superior da coxa lado esquerdo), se transfira entre a cama e a CR ou vice-versa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar técnica de transferência ao cliente e à esposa da CR para a cama (com CR à cabeceira da cama):<ul style="list-style-type: none">∞ Executar a técnica no sentido inverso;- Treinar técnica com o cliente e esposa;- Supervisar realização da técnica pela esposa;- Ensino à esposa e cliente sobre produtos de apoio para transferência e mudança de posição		
--	--	--	--	--	--

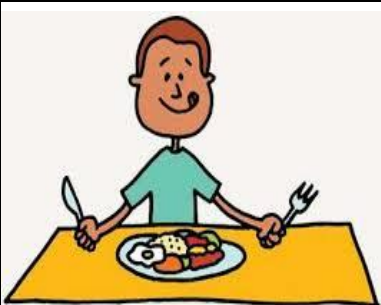
			2/01	- Elogiar o cliente e esposa após o treino desta AVD.		
Dependência no autocuidado eliminação em grau elevado [entende-se por grau elevado que o cliente apresente valores entre 1 e 2 no item controle de esfínteres na MIF];	<p><u>Meta:</u> Que o cliente readquirira o controle dos esfínteres, padrão e hábitos de eliminação</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Totalmente compensatório</p> <p><u>Sistema de Enfermagem Atual:</u> Parcialmente compensatório</p>	<p>- Promover o autocuidado;</p> <p>- Conferir independência no autocuidado;</p> <p>- Promover a continência.</p> <p>-Reeducação vesical:</p>	3/12	<p>-Promover ambiente calmo, privacidade e conforto do cliente;</p> <p><u>Eliminação Vesical:</u> -Conhecer os hábitos, de eliminação vesical, anteriores ao AVC;</p> <p>- Incentivar uso de</p>	8/1	O cliente na admissão encontrava-se algaliado e por ausência de carta de alta não foi possível validar o motivo da colocação do cateter vesical. Neste sentido, em concordância com a equipa foi desalgaliado tento urinado espontaneamente no mesmo dia. Nos dias que se seguiram iniciou-se o treino desta AVD.

<p>Requisito de AC: Universais</p>	<p><u>Método de ajuda:</u> Avaliar, instruir, treinar, orientar e direcionar; agir ou fazer pelo outro</p>	<p>promover eliminação vesical eficaz, readquirindo a habilidade de controlar voluntariamente o esfíncter vesical;</p> <p>- Reeducação intestinal: promover eliminação intestinal eficaz, readquirindo a habilidade de controlar voluntariamente o esfíncter anal (controle diminuído)</p>	<p>arrastadeira ou de solicitação para ir ao WC;</p> <p>- Estabelecer um horário regular para o cliente urinar- treino do uso do urinol;</p> <p>-Providenciar urinol/WC atempadamente;</p> <p>- Adequar a ingesta hídrica, reduzindo o volume após as 19h;</p> <p>- Validar vontade de urinar após as refeições;</p> <p>- Assistir continuamente na ida ao sanitário;</p> <p>- Instruir a esposa para vigiar características e frequência das micções;</p> <p>- Incentivar com reforço</p>	<p>Entre os dias 3/12 e 15/12 o cliente urinou e evacuou sempre na fralda. No dia 16/12 quando fornecido a arrastadeira, urinou e evacuou na mesma pelo que foi dado reforço positivo. Nos restantes dias foi incentivado a evacuar e urinar aquando do levantar para a higiene, após o pequeno-almoço no sentido de tentar aproveitar a ajuda do reflexo gastrocólico e nunca mais evacuou na fralda desde então. Foi elucidado do plano de ingestão hídrica, mas não cumpre. No dia 3/02 o cliente solicitou levantar após pequeno-almoço para evacuar, com sucesso, foi dado reforço positivo. Foi incentivado a solicitar o urinol para eliminação urinária que pede quando sente vontade de urinar embora presente na data da alta ainda</p>
--	--	--	--	---

				<p>positivo sempre que a micção ocorra na arrastadeira ou WC;</p> <p><u>Eliminação intestinal:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Conhecer os hábitos, de eliminação intestinal, anteriores ao AVC;- Incentivar uso de arrastadeira/WC;- Providenciar arrastadeira/WC atempadamente;- Instruir a esposa e o cliente sobre quais os horários ideais para as dejeções, após refeições e após levante, para usufruir do reflexo gastro e orto-		<p>perdas esporádicas na fralda principalmente durante a noite.</p>
--	--	--	--	---	--	---

				<p>cólico;</p> <ul style="list-style-type: none">- Massajar região abdominal na direção do fluxo intestinal, em caso de desconforto;- Proporcionar esvaziamento intestinal, aplicando supositório, se necessário;- Instruir a esposa para vigiar as características e frequências das dejeções;- Incentivar com reforço positivo sempre que a dejeção ocorra no wc ou arrastadeira.		
--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE 3 - Pictograma



1

COMER



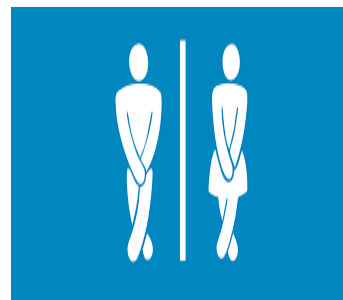
2

BEBER



3

BANHO



4

URINAR



5

EVACUAR



6

VESTIR



7

DORMIR



8

FRUTA



9

LEITE



10

IOGURTE



11

ÁGUA



12

SOPA



13

CARNE



14

PEIXE



15

BOLOS



16

ABRAÇAR



17

BEIJAR



18

CONVERSAR



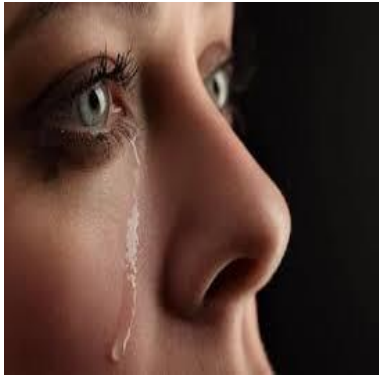
19

ESCUTAR



20

ALEGRIA



21

TRISTEZA



22

**ABORRECIDO
CHATEADO**



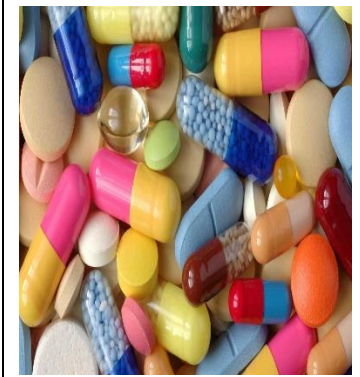
23

PREOCUPADO



24

**ENFERMEIR
A/
MEDICA**



25

MEDICAMENTOS

Escala de Intensidade da Dor



DOR



26

FEBRE



27

DOR CABEÇA

SIM

NÃO

A B C D E F G
H I J K L M N O P
Q R S T U V
W X Y Z

1 2 3 4 5
6 7 8 9 0

APÊNDICE 4 - Folheto informativo - Alimentação

CUIDADOS A TER:

- ⇒ Procure fazer refeições em pequenas quantidades. Deve incluir fruta e outras verduras, tal como alimentos ricos em proteínas (leite, iogurtes, peixe e carne). Diminua o número e quantidade de alimentos gordos e ricos em açúcares (doces, molhos, enchidos).
- ⇒ Procure que o seu familiar beba pelo menos **1,5litros de água** diariamente! Previne a desidratação, facilita e amolece as fezes, é fundamental se o seu familiar tiver diarreia. Em caso de dificuldade na digestão de água, pode reforçar o consumo de chás, sopas, sumos, entre outros.
- ⇒ **Evite misturar pratos** (por exemplo a carne e o arroz na sopa), pois a mistura de sabores e de ingredientes torna alimentos menos agradáveis
- ⇒ Não esqueça a realização da **higiene oral** no final das refeições

ATENÇÃO:

- ⇒ Se o seu familiar apresentar dificuldade em engolir os alimentos, peça-lhe que faça **flexão da cabeça** (queixo junto ao peito) de modo a evitar que se engasgue .
- ⇒ Após ingestão da refeição verifique se não ficam **restos de comida na boca** que possam levar ao engasgamento.
- ⇒ Se o seu familiar não consegue comunicar e avisá-lo do engasgamento, deve estar atento aos seguintes sinais: **tosse, lacrimejar durante a refeição, alteração da voz** (nasalada com os líquidos), **sensação de obstrução na garganta, falta de ar**.
- ⇒ O engasgamento é uma situação de emergência, podendo levar à asfixia. Se tal acontecer, ligue de imediato o **112**.

Referências Bibliográficas:

Maria, D., Ribeiro, C. & Temudo, A. (2016). *Do Hospital para Casa e Agora?* Alfragide : Oficina do Livro.

ALIMENTAÇÃO

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O CUIDADOR



Elaborado por: Patrícia Fernandes nº 8310
Professor Orientador: Miguel Serra

Tem um familiar dependente?

Cuidar de um familiar dependente, é para muitas pessoas, o maior desafio das suas vidas. Este folheto poderá oferecer algumas sugestões que o ajudarão na manutenção do estado nutricional e hidratação do seu familiar.

Existem inúmeros problemas que se podem prevenir com uma boa nutrição, nomeadamente aqueles que estão relacionados com a dependência (úlceras por pressão) ou o retardamento e doenças que tendem a aparecer quando o sistema imunitário não está fortalecido.

Os alimentos fornecem energia, permitindo que os medicamentos ou tratamentos sejam mais eficazes! As refeições devem ser completas (sopa, prato e fruta) e as quantidades adequadas ao apetite de cada um.

Dê preferência aos ingredientes frescos!



ALIMENTAÇÃO—SUGESTÃO DE MENÚ:

É possível que o seu familiar demore mais tempo que o habitual para comer. **Seja paciente**, dê-lhe tempo. É muito encorajador sentir que consegue ter algum controlo no ato de comer.

Antes de iniciar a alimentação e durante 30 minutos após, coloque o seu familiar na **posição sentado** para evitar que se engasgue ou sufoque.

Verifique a **temperatura da comida** para evitar queimaduras na boca, língua e/ou esófago



PEQUENO ALMOÇO:

⇒ 1 Taça de papa (250ml de leite + papa a seu gosto);



DIADA MANHÃ:

⇒ 1 Copo de batido de fruta fresca com leite (EX: 250ml de leite + 1 peça de fruta + 2 bolachas (tipo Maria) ou puré de fruta;

ALMOÇO:

⇒ Sopa: creme de legumes (cenoura ou outra)

⇒ Prato: carne 50g (cozida ou grelhada e sem gorduras) + batata/massa/arroz (cozidos + legumes (cenoura/espargado/brócolos cozidos)

⇒ Sobremesa/fruta: puré de fruta (cozida/triturada), banana/kiwi triturados ou gelatina;



LANCHE:

⇒ 1 Copo de batido de fruta fresca ou kiwi/banana triturados ou iogurte;

JANTAR:

Sopa: creme de legumes/cenoura ou outra;

Prato: Peixe 50g (sem espinhas ou peles) + batata/massa/arroz cozidos + legumes (cenoura/brócolos cozidos);

Sobremesa/fruta: puré de fruta (cozida/triturada), gelatina;



CEIA:

⇒ 1 Copo de leite ou chá

APÊNDICE 5 – Folheto informativo – Quedas

- Tenho mais de 65 anos.
- Cai uma vez no último ano.
- Não pratico atividade física.
- Tomo vários medicamentos.
- Tenho dificuldade em ver.
- Desequilibro-me com frequência.



**SE ESTAS AFIRMAÇÕES SE APLICAM A SI,
ENTÃO COMO EVITAR O RISCO DE SOFRER
UMA QUEDA?**

ATENÇÃO

**Avalie o risco e elimine-o
A SUA CASA**



Está bem iluminada?



Existem cabos ou outros objetos no chão?



A mobília não impede a sua circulação?



O piso é escorregadio ou reflete a luz?



Existem tapetes ou passadeiras?



Tenho corrimão nas escadas e casa de banho?

PROTEJA-SE DO RISCO

- ✓ Evite andar descalço ou sem meias;
- ✓ Utilize calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante;
- ✓ Acenda as luzes, não percorra trajetos às escuras;
- ✓ Mantenha os locais de passagem livres de objetos e fios;
- ✓ Enrole ou cole os cabos próximos da parede;
- ✓ Aplique fita antiderrapante no limite de cada degrau;
- ✓ Instale barras de apoio junto da banheira ou poltrona e use um tapete antiderrapante;
- ✓ Retire os tapetes e passadeiras ou coloque fita aderente;
- ✓ As cadeiras e sofás devem ter apoio de braços.

COMO LEANTAR NA OCORRENCIA DE QUEDA



- ✓ Rode o seu corpo até ficar de barriga para baixo;



- ✓ Se puder, vá de gatas até um móvel forte e estável – basta uma cama ou cadeira. Apoie-se no móvel com ambas as mãos.



- ✓ Devagar, comece a colocar-se de pé. Dobre o joelho da perna mais forte, mantendo o outro apoiado no chão.



- ✓ Rode o corpo devagar e sente-se na cadeira. Descanse uns minutos ou até se sentir em condições para se levantar.

O QUE FAZER EM CASO DE QUEDA

- Contatar os profissionais de saúde para saber se sofreu algum dano físico;
- Identificar as causas da queda para evitar que se repita.

Bibliografia:

- <http://www.saude.gov.br> (acessado a 12/01/2019);
- Ministério da saúde (2017). Trajeções, quedas e mobilidade. Lisboa: ...

APÊNDICE 6 - Plano de atividades propostas

PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1. Integrar de forma gradual e progressiva a equipa multidisciplinar, compreendendo a sua estrutura, dinâmica, funcionamento e organização		
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<p>-Realizar visita guiada ao serviço;</p> <p>-Efetuar uma reunião informal com Enf^a Chefe e EEER, com auxílio de guião de entrevista;</p> <p>-Observar estrutura funcional do serviço;</p> <p>-Apresentação do projeto de estágio ao EEER e equipa de enfermagem;</p> <p>-Integrar equipa multidisciplinar;</p>	<p>Humanos</p> <p>- Enf^a chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoas e famílias</p> <p>Materiais</p> <p>-Pesquisa bibliográfica</p> <p>-Regulamento das</p>	<p>- Ter realizado pesquisa bibliográfica</p> <p>- Ter respeitado a pessoa/família face à sua privacidade, valores, crenças pessoais e religiosas</p> <p>-Ter demonstrado capacidades técnicas e</p>

<p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos práticos de cuidados</p>	<p>-Observar a intervenção do EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar;</p> <p>-Consultar manuais, protocolos, normas e instrumentos de registo;</p> <p>-Utilizar os instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação</p>	<p>competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p>-Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação</p> <p>-Reuniões com a equipa multidisciplinar</p> <p>-Instrumentos de registo</p> <p>Físicos</p> <p>Serviço [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>teóricas para cuidar de pessoas com AVC e demais patologias</p> <p>-Ter refletido diariamente sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento contínuo</p>
---	--	--	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2. Avaliar alterações que determinem limitações da atividade do autocuidado comer e beber da pessoa após AVC;		
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p>-Avaliar previamente a capacidade da pessoa e família em satisfazer as necessidades de autocuidado (ex: índice de Barthel; Medida de Independência funcional – MIF);</p> <p>- Identificar e realizar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e/ou família;</p> <p>-Avaliação da pessoa incluindo exame físico e neurológico;</p> <p>-Avaliar controlo da cabeça e do tronco na posição de sentado;</p>	<p>Humanos</p> <p>- Enfª chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoas e famílias</p> <p>Materiais</p> <p>- Pesquisa bibliográfica</p> <p>-Regulamento das competências comuns</p>	<p>- Ter avaliado e identificado alterações das funções motoras e cardiorrespiratórias da pessoa após AVC que comprometem as respostas ao nível da alimentação;</p> <p>- Ter identificado necessidades de intervenção do EEER para reeducar a função ao nível da</p>

<p>B3.1-Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>C1-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos práticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a disfagia com recurso a instrumentos e escalas (escala de Guss); - Avaliar o risco e alteração da funcionalidade a nível da alimentação através da capacidade da pessoa em: manipular os alimentos com os talheres e levá-los à boca; mastigar e deglutir de forma eficiente; prevenir aspiração; - Monitorizar sinais e sintomas de aspiração; - Identificar necessidades de intervenção para a reeducação da alimentação através: reeducação músculos da face, exercícios de deglutição que promovam a resistência muscular, controlo bolo alimentar na cavidade oral, proteção via área e mobilidade laríngea; - Elaborar de registos de Enfermagem de reabilitação 	<p>do enfermeiro especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação - Reuniões com a equipa multidisciplinar - Protocolos serviço - Escalas avaliação deglutição. <p style="text-align: center;">Físicos</p> <p>Serviço [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>alimentação;</p>
---	---	--	---------------------

de cuidados	-Refletir sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento		
-------------	--	--	--

3. Conceber e implementar planos de cuidados de reabilitação adaptados à situação particular e global da pessoa/família, visando a maximização do autocuidado Comer e Beber			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
DOMÍNIOS E COMPETENCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades</p>	<p>- Identificar e mobilizar recursos pessoais, familiares e da comunidade que promovam a readaptação da incapacidade decorrente do AVC;</p> <p>- Identificar e selecionar produtos de apoio que visem a otimização do autocuidado na ótica da alimentação</p>	<p>Humanos</p> <p>- Enfª chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoa e famílias</p>	<p>- Ter realizado pesquisa bibliográfica de acordo as minhas necessidades</p> <p>-Ter colaborado com equipa multidisciplinar</p>

<p>profissionais</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua de qualidade</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos práticos de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar com a pessoa um plano de estratégias e intervenções a implementar, para a reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cardio-respiratório e da alimentação que vise a maximização das potencialidades; - Motivar a pessoa na maximização das suas potencialidades visando a sua autonomia; -Realizar ensinios à pessoa e/ou família relativamente a técnicas específicas de autocuidado - Elaborar de registos de Enfermagem de reabilitação -Refletir sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento 	<p style="text-align: center;">Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica -Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista -Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação -Reuniões com a equipa multidisciplinar - Protocolos serviço - Produtos de apoio 	<ul style="list-style-type: none"> -Ter demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com alterações deglutição - Ter promovido a participação da pessoa nas intervenções a implementar, para a reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cardio-respiratório e da alimentação que vise a maximização das suas potencialidades e expectativas -Ter avaliado as dificuldades da
---	--	--	--

<p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>		<p>(ajudas técnicas e dispositivos de compensação)</p> <p>Físicos</p> <p>Serviço de [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>pessoa/família, identificando assim as necessidades específicas e adequando o programa de reabilitação</p> <p>- Ter mobilizado recursos pessoais, familiares e comunidade que promovam a readaptação da incapacidade decorrente do AVC;</p> <p>- Ter identificado produtos de apoio adequados às limitações funcionais da pessoa da vertente da alimentação</p>
---	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Ter refletido diariamente sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento contínuo
--	--	--	---

OBJETIVOS ESPECIFICOS	4. Avaliar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com alterações alimentação pós- AVC		
DOMÍNIOS E COMPETENCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu	- Avaliar o resultado dos planos de cuidados e intervenções efetuadas (recorrendo à sua	Humanos	- Ter colaborado com equipa multidisciplinar

<p>campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>B3.1-Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>C1-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e</p>	<p>monitorização através da observação e instrumentos e escalas de avaliação)</p> <p>-Avaliar os défices de autocuidado e comparar com avaliação inicial</p> <p>-Elaboração de registos de enfermagem de reabilitação;</p> <p>-Refletir sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento</p>	<p>-Enfª chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoa e famílias</p> <p>Materiais</p> <p>-Pesquisa bibliográfica</p> <p>-Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p>-Regulamento das competências específicas do enfermeiro</p>	<p>-Ter avaliado capacidade funcional da pessoa no autocuidado e adequar plano de intervenção</p> <p>-Ter monitorizado periodicamente a implementação e os resultados dos planos estabelecidos e reformulado o plano em conformidade</p> <p>-Ter demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com alterações da deglutição</p> <p>-Ter refletido diariamente</p>
---	--	--	--

<p>seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos práticos de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania</p>		<p>especialista em reabilitação</p> <p>-Reuniões com a equipa multidisciplinar</p> <p>- Protocolos serviço;</p> <p>- Produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)</p> <p>Físicos</p> <p>Serviço de [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento contínuo</p>
--	--	---	--

OBJETIVOS ESPECIFICOS	5. Promover a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto domiciliário visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa		
DOMÍNIOS E COMPETENCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p>-Avaliar previamente a capacidade da pessoa e família em satisfazer as necessidades de autocuidado no domicílio (através do índice de Barthel, Katz, Lawton e MIF por exemplo)</p> <p>- Avaliar as necessidades educativas da pessoa, família e/ou cuidador;</p> <p>-Elaborar planos de cuidados de reabilitação globais adaptando à pessoa/família no contexto domiciliário, às suas necessidades específicas e recursos</p>	<p>Humanos</p> <p>-Enf^a chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoa e famílias</p> <p>Materiais</p> <p>-Pesquisa bibliográfica</p> <p>- Regulamento das competências</p>	<p>-Ter colaborado com equipa multidisciplinar</p> <p>-Ter envolvido a pessoa e família e/ou cuidador no programa de reabilitação e tomada de decisão</p> <p>-Ter avaliado capacidade funcional da pessoa no autocuidado e adequar plano de intervenção</p> <p>-Ter elaborado planos de</p>

<p>C1-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos práticos de cuidados</p> <p>J.2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade</p>	<p>existentes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a necessidade da pessoa em utilizar produtos de apoio/ajudas técnicas de modo a maximizar as suas potencialidades visando a sua autonomia e qualidade de vida - Realizar ensinios e supervisionar a utilização dos produtos de apoio - Articular o contexto hospitalar com a comunidade através de notas de alta de enfermagem de reabilitação; -Refletir sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento 	<p>comuns do enfermeiro especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação - Reuniões com a equipa multidisciplinar - Produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) <p style="text-align: center;">Físicos</p>	<p>cuidados de reabilitação globais adaptando à pessoa/família de acordo com o contexto domiciliário e as suas necessidades específicas e recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter monitorizado periodicamente a implementação e os resultados dos planos estabelecidos -Ter refletido diariamente sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento contínuo
--	--	---	--

e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania		Serviço de [REDACTED] [REDACTED]	
J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa			

OBJETIVOS ESPECIFICOS	6. Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação funcional respiratória, particularmente da pessoa com AVC		
DOMÍNIOS E COMPETENCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os	-Pesquisar bibliografia de acordo com as necessidades identificadas e tendo em conta a temática; -Promover o respeito pela privacidade,	Humanos -Enfª chefe, EEER orientador, restantes enfermeiros e	-Ter realizado pesquisa bibliográfica de acordo as minhas necessidades; -Ter respeitado a

<p>direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>B3.1-Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p>C1-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de</p>	<p>valores, crenças pessoais e religiosas da pessoa/ família;</p> <p>-Realizar colheita de dados à pessoa e/ou família;</p> <p>-Avaliar a função respiratória da pessoa com alterações do seu padrão normal, recorrendo à Inspeção, Palpação, Percussão e Auscultação pulmonar e escalas/instrumentos</p> <p>-Participar nas reuniões de passagem de turno e na elaboração da tomada de decisão em equipa multidisciplinar com base nos princípios éticos e deontológicos;</p> <p>- Elaborar planos de cuidados recorrendo ao uso de técnicas para a reeducação funcional respiratória através de: consciencialização e controlo da respiração,</p>	<p>elementos da equipa multidisciplinar, pessoas/famílias e docente orientador</p> <p>Materiais</p> <p>- Pesquisa bibliográfica</p> <p>- Aulas lecionadas em Reabilitação I;</p> <p>- Reuniões com a equipa multidisciplinar</p> <p>- Diários de aprendizagem</p>	<p>pessoa/família face à sua privacidade, valores, crenças pessoais e religiosas;</p> <p>-Ter demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar de pessoas com alterações do padrão respiratório</p> <p>-Ter refletido diariamente sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento continuo</p>
---	---	---	--

<p>cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J.2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania</p> <p>J.3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>reeducação diafragmática, reeducação costal, terapêutica de posição, mecanismos de limpeza das vias aéreas, técnicas de correção postural, exercícios de mobilização torácica.</p> <p>-Envolver a pessoa/família no processo de cuidados de reabilitação e tomada de decisão;</p> <p>- Realizar ensinios à pessoa e/ou família de técnicas específicas de autocuidado assim como a utilização de produtos de apoio;</p> <p>-Elaboração de registos de enfermagem;</p> <p>-Refletir sobre as práticas e competências de enfermagem de reabilitação procurando a melhoria e aperfeiçoamento</p>	<p>Físicos</p> <p>Serviço de [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	
---	--	---	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, globais e específicos, à pessoa com patologia sensório-motor, nomeadamente com AVC tendo em vista a promoção do autocuidado utilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho		
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<p>- Proceder á Avaliação neurológica: Estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); 12 Pares Cranianos (funções e respetiva avaliação); Tónus muscular, força muscular, coordenação motora e equilíbrio; Sensibilidade superficial e profunda;</p> <p>- Avaliar a pessoa com recurso a instrumentos e escalas de avaliação (Ex: NHISS; Escala de <i>House. Brackmann</i>, MIF, escala de <i>Ashworth</i></p>	<p>Humanos</p> <p>- Enf^a chefe, EEER, restantes enfermeiros elementos da equipa multidisciplinar, pessoa e família</p> <p>Materiais</p> <p>-Pesquisa bibliográfica e Matéria lecionada em ER II</p>	<p>- Ter implementado as intervenções planeadas com o objetivo de promover o autocuidado;</p> <p>- Ter realizado as intervenções de EEER tendo em consideração a Teoria dos Sistemas de Orem;</p>

<p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade</p>	<p>modificada, <i>MRC</i>, Timed up and go test; pares cranianos);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar intervenções de EEER tendo em consideração a Teoria dos Sistemas de Orem, avaliando em qual a pessoa se situa; - Utilizar dos métodos de ajuda propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e as suas famílias consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade; - Selecionar e ensinar sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência do EEER orientador; - Instrumentos Físicos <p>Serviço de [REDACTED] [REDACTED] UCC - Sete Rios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter demonstrado conhecimento científico sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensoriomotor/ neurológico; •Ter realizado registos de EEER adequados; •Ter realizado pesquisa bibliográfica e <i>scoping review</i>; •Ter realizado registos de EEER adequados.
---	---	--	---

<p>dos Cuidados</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1 – Avalia a funcionalidade e</p>	<p>limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida</p> <p>social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado;</p> <p>- Implementar planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional, à satisfação das necessidades de autocuidado, à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;</p> <p>- Realizar intervenções de reabilitação motora promovendo o posicionamento em padrão antispástico, a estimulação sensorial, implementar programas de mobilizações e de atividades terapêuticas;</p>		
---	---	--	--

<p>diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar</p>	<p>- Utilizar estratégias de resolução de problemas desenvolvidos em parceria com a pessoa e sua família;</p> <p>- Realizar registos de EEER.</p>		
---	---	--	--

<p>as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a re inserção e exercício da cidadania</p>			
---	--	--	--

OBJETIVOS ESPECIFICOS	8. Elaborar o Relatório Final de Estágio.		
DOMÍNIOS E COMPETENCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e na assertividade;</p> <p>D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com EEER orientador e docente orientador; - Realizar diários de aprendizagem; - Adquirir novos conhecimentos que contribuem para uma prática especializada; - Incorporar os conhecimentos que advém da evidencia científica 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enf^a chefe, EEER orientador, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, pessoa e famílias e docente orientador <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Regulamento das 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter desenvolvido momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com o EEER orientador e docente orientador de forma a obter um feedback em relação ao meu desempenho de modo a melhorar e evoluir a minha prestação. -Ter realizado diários de aprendizagem, como forma de registo de situações clínica passíveis

<p>aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade;</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>		<p>competências comuns do enfermeiro especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação - Reuniões com a equipa multidisciplinar - Diários de aprendizagem <p>Físicos</p> <p>Serviço de [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>de uma articulação teórica-prática relevante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter procurado momentos de aprendizagem que contribuem para uma prática especializada de evolução e aquisição de competências. - Ter mobilizado as fontes de conhecimento mais pertinentes disponíveis; - Ter utilizado uma metodologia de pesquisa e de análise dos resultados geradora de conhecimento
--	--	---	---

APÊNDICE 7 - Cronograma do EC

		2018												2019							
Meses		<u>setembro/outubro</u>					<u>outubro/novembro</u>					<u>novembro/</u> <u>dezembro</u>		<u>janeiro</u>			<u>janeiro/fevereiro</u>				
Dias		24-30	1-7	8-14	15-21	22-28	29-4	5-11	12-18	19-25	26-2	3-9	10-16	17-23	24-30	31-6	7-13	14-20	21-27	28-3	4-10
semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18
OBJETIVOS	1													Férias De Natal							
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
Locais de Estágio	Serviço de Medicina I – Hospital de Faro																				
	UCC – Sete Rios																				