



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação ao Cliente com Enfarte
Agudo do Miocárdio em Programa de Reabilitação
Cardíaca**

Maria João Vinhas Fernandes



**Lisboa
2021**



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação ao Cliente com Enfarte
Agudo do Miocárdio em Programa de Reabilitação
Cardíaca**

Maria João Vinhas Fernandes

Orientador: José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães

Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Verdadeiramente grata à minha família, particularmente à minha irmã e ao meu namorado, pela presença assídua e incentivo contínuo ao longo deste percurso acadêmico.

Um agradecimento especial ao Sr. Professor José Carlos Pinto de Magalhães, pela disponibilidade, prontidão e clarividência permitindo-me efetivá-lo com acréscimo de competências profissionais e acadêmicas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

ACSM – American College for Sports Medicine

AHA – American Heart Association

ARN – Association of Rehabilitation Nurse

AVD – Atividade de Vida Diária

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CNDC – Comissão Nacional para as Doenças Cardiovasculares

CS – Centro de Saúde

DC – Doença Coronária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmular Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESC – European Society of Cardiology

FC – Frequência Cardíaca

FC máx. – Frequência Cardíaca máxima

FC rep. – Frequência Cardíaca de repouso FCR – Frequência Cardíaca de Reserva

FEVE- Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

FRCV – Fatores de Riscos Cardiovasculares

IC – Insuficiência Cardíaca

LDL – Low Density Lipid

MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OCDE – Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OMS- Organização Mundial de Saúde

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

RC – Reabilitação Cardíaca

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SEC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

TA – Tensão Arterial

UCI – Unidades Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VO₂ máx. – Volume Máximo de Oxigénio

WHO – World Health Organization

RESUMO

Segundo Rocha & Nogueira (2015) em Portugal, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do número do total de óbitos, sendo a principal causa de morte. A angina de peito e o enfarte agudo do miocárdio são as principais manifestações das doenças coronárias (Quinn, Webster & Hatchett, 2006), sendo que anualmente morrem quatro mil pessoas com EAM no nosso País (Rocha & Nogueira, 2015). Estas doenças, são igualmente causadoras de perda de anos de vida saudável, com comprometimento funcional físico e mental, sendo fundamental o recurso à reabilitação cardíaca, com o intuito de minimizar este comprometimento, maximizando as capacidades do cliente. A reabilitação cardíaca é caracterizada como um processo fundamental nestes eventos agudos e posteriormente atuando de forma preventiva, sendo a mesma, definida como uma intervenção multifatorial e abrangente na prevenção secundária, sendo realizada para limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da doença cardiovascular (Back, Hansen e Frederix, 2017). A mesma encontra-se dividida em três fases (intra-hospitalar, ambulatorio e intervenção a longo prazo) e é composta por etapas-chave que permitem o retorno à vida normal após um evento coronário (Piepoli et al., 2016). Como tal, estas etapas, abrangem um conjunto de componentes que são fundamentais, como por exemplo: a educação para a saúde, a promoção do autocuidado, o controlo não farmacológico dos fatores de risco cardiovasculares e principalmente o treino de exercício no qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem a sua principal intervenção promovendo a autonomia e a capacitação do cliente e família na realização das atividades de vida diária. O EEER é detentor de conhecimentos teóricos-práticos que lhe permitem um conhecimento detalhado sobre o cliente de quem cuida, contribuindo para a maximização das suas potencialidades, prevenindo simultaneamente complicações a longo prazo e melhoria da qualidade de vida. O modelo conceptual dos cuidados de enfermagem de reabilitação no qual se baseou este trabalho foi a Teoria do Défice de Autocuidado, onde o cliente assume o papel principal como responsável pelo seu autocuidado, ou o EEER compensa as necessidades de autocuidado que o mesmo sente limitação para as realizar.

Assim pretende-se com este relatório uma visão descritiva, analítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos contextos a fim de desenvolver as competências comuns do EE e específicas do EEER no cliente com EAM durante o seu processo de reabilitação cardíaca.

Palavras-Chave: Enfarte Agudo do Miocárdio, Reabilitação Cardíaca, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado.

ABSTRACT

According to Rocha & Nogueira (2015) in Portugal, the cardiovascular diseases are responsible for 30% of the total number of fatalities, being the leading cause of death. The angina pectoris and the acute myocardial infarction are the main manifestations of coronary heart diseases (Quinn, Webster & Hatchett, 2006), every year four thousand people die with EAM (Experimental Autoimmune Myocarditis) in our Country (Rocha & Nogueira, 2015). These diseases are also the cause of loss of years of healthy life, with physical and mental functional compromise which the use of cardiac rehabilitation is essential, with the aim of minimizing this compromise, maximizing the client's capacities. The cardiac rehabilitation is characterized as a fundamental process in these acute events and subsequently acting in a preventive manner, being the same, defined as a multifactorial and comprehensive intervention in secondary prevention, being performed to limit the physiological and psychological effects of cardiovascular disease (Back, Hansen and Frederix, 2017). It is divided into three phases (in-hospital, outpatient and long-term intervention) and consists of key steps that allow a return to normal life after a coronary event (Piepoli et al., 2016). As such, these steps cover a set of components that are fundamental, such as: health education, the promotion of self-care, the non-pharmacological control of cardiovascular risk factors and mainly the exercise training in which the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing has its main intervention promoting the autonomy and training of the client and family in carrying out activities of daily living. The EEER has theoretical and practical knowledge that allows it to have detailed knowledge about the client it cares for, contributing to the maximization of its potentials, while preventing long-term complications and improving the quality of life. The conceptual model of rehabilitation nursing care on which this work was based was the Self-Care Deficit Theory, where the client assumes the main role as responsible for his self-care, or the EEER compensates for the self-care needs that he feels limited to carry them out. Thus, this report aims to provide a descriptive, analytical and reflective view of the activities developed throughout the contexts in order to develop the common EE and specific EEER skills in the client with EAM during their cardiac rehabilitation process.

Keywords: Acute Myocardial Infarction, Cardiac Rehabilitation, Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, Self-care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	22
1.1. Competências comuns co Enfermeiro Especialista.....	23
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	24
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	27
1.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados.....	31
1.1.4. Competências do domínio de aprendizagens profissionais.....	34
1.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	38
1.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida...39	
1.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	52
1.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	58
AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

Apêndice I – Estudo de Caso Hospitalar

Apêndice II – Estudo de Caso na Comunidade

Apêndice III - Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice IV - Folha de Registo do programa de Reabilitação Cardíaca Fase I e Fase II

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular-Estágio com Relatório, que se encontra inserida no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de uma análise e reflexão crítica do percurso efetuado ao longo do estágio, realizado nos diferentes contextos clínicos tendo como objetivo demonstrar o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Tendo também por base o percurso formativo efetuado (as unidades curriculares teórico-práticas, a realização do Projeto de Estágio na Unidade Curricular Opção II), o presente relatório e a sua discussão pública conduz à aquisição do grau de mestre de Enfermagem (Decreto-Lei n.º115/2013), evidenciando a aquisição e demonstração de conhecimentos, o seu desenvolvimento dos mesmo em contexto de investigação, a sua aplicação em situações novas, a capacidade em atuar em contextos complexos, emitir juízos em conjunturas onde a informação adquirida é limitada ou incompleta transmitindo conclusões, raciocínios e conhecimentos de forma clara, objetiva, permitindo-lhe autonomia na aquisição de conhecimentos ao longo da vida. Assim, este Relatório Final de Estágio Profissional é elaborado de forma descritiva, reflexiva e analítica relacionando os conhecimentos adquiridos, as experiências vividas, a evidência científica e a reflexão prática de cuidados.

Inicialmente definiu-se uma área de interesse que seja, atualmente um problema relevante para a Enfermagem (Fortin,1999). Neste sentido, a minha temática tem como título *“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cliente com Enfarte Agudo do Miocárdio em Programa de Reabilitação Cardíaca”*.

A problemática supracitada, estruturou-se em três conceitos fundamentais: o cliente com Enfarte agudo do Miocárdio (EAM), a Enfermagem de reabilitação e a reabilitação cardíaca (RC). Na análise destes conceitos procurou-se essencialmente compreender quais as limitações, necessidades e problemas resultantes desta doença coronária e quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que se enquadram neste cliente.

Segundo o Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, sendo no ano

de 2010 responsáveis por cerca de 36% de mortes na União Europeia (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017a). De acordo com a Organização Mundial de Saúde ((OMS), 2016), todos os anos são registados cerca de 17 milhões de mortes associadas às doenças cardiovasculares, o que corresponde a 30% do número de mortes a nível mundial, sendo que em 2030 se prevê que o número de mortes aumente exponencialmente para 23.3milhões.

No que diz respeito a Portugal, a DGS (2017a) refere que estas doenças para além de serem a principal cauda de morte, são simultaneamente responsáveis pelas mais importantes causas de invalidez, morbilidade e incapacidade.

Dados específicos relativamente ao EAM, citam que todos os anos ocorrem 12 000 casos de EAM em Portugal e aproximadamente 4 000 óbitos (Rocha & Nogueira, 2015). No ano de 2007, de acordo com os dados do Agrupamento em Grupos Diagnóstico Homogéneo, em Portugal verificaram-se 11 909 episódios de internamento por EAM, com 1 303 óbitos e 10 606 altas hospitalares (Comissão Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC), 2009).

Embora alarmantes, os dados verificados entre os anos de 2013 a 2016 e 2011 a 2016 são mais positivos, demonstrando que a taxa de mortalidade padronizada por EAM em Portugal teve um decréscimo de 6,3%, e 19,2% respetivamente. Verificou-se em simultâneo que entre o ano de 2011 e 2016 houve uma diminuição do número de internamentos, sendo que em 2011 verificaram-se 12 093 internamentos por EAM e em 2016, 11 510 (CNDC, 2017).

Este decréscimo acontece devido à existência de opções terapêuticas cada vez mais eficazes, não só direcionadas à terapêutica farmacológica, mas essencialmente direcionadas às técnicas de revascularização coronária, como por exemplo a angioplastia percutânea (Urden, Stacy & Lough, 2008). As intervenções mencionadas anteriormente contribuem para uma melhoria do prognóstico, com diminuição da incidência de morte súbita, contribuindo simultaneamente para a prevenção de complicações isquémicas assim como para o alívio dos sintomas e melhoria da capacidade funcional (Hatchett & Thompson, 2002), que concomitantemente tem contribuído para um maior número de pessoas que convivem com a cronicidade da doença EAM, que frequentemente condiciona a sua qualidade de vida (Ivo, 2012). Assim, esta qualidade de vida é frequentemente condicionada pelas limitações da funcionalidade inerentes a este evento coronário que estão geralmente associadas à

intolerância à atividade física, ao bem-estar psicossocial, ao desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade, relacionados com um sentimento por parte dos clientes de incapacidade de voltar às atividades habituais e às relações sociais e familiares (Bento,2004).

Desta forma, e com consciência de que esta doença coronária é um problema de saúde pública, a escolha da temática da doença cardíaca, mais especificamente o EAM, fundamentou-se na sua prevalência nos países industrializados, incluindo Portugal, provocando um grande impacto individual/familiar com implicações sociais que sobrecarregam os serviços de saúde, assim como no meu interesse pessoal por esta população e pela necessidade de desenvolver e fortalecer a prática clínica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nesta área.

Sendo uma preocupação nacional, esta problemática atualmente encontra-se inserida nos Programas de Saúde Prioritários da DGS, onde se destacam simultaneamente com programas próprios e como relevantes para este trabalho, a prevenção e controlo do Tabagismo, a promoção da Alimentação Saudável, a promoção da Atividade Física e a Diabetes (Despacho nº640,2016), uma vez que para o programa nacional da DGS para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares (2012), as medidas estratégicas para prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares deverão sustentar-se pela adoção de estilos de vida saudáveis e pela correção dos fatores de risco modificáveis, como por exemplo, a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidemia, o tabagismo e o sedentarismo.

Deste modo, e no âmbito deste tema, no que diz respeito a medidas de prevenção e controlo da doença coronária, assim como na reabilitação do cliente com doença coronária (DC), a literatura é unânime realçando os Programas de Reabilitação Cardíaca (PRC) como elementos fundamentais para a promoção da saúde e diminuição de riscos de uma nova doença cardiovascular e/ou recidiva de uma pré-existente (Ministério da Saúde, 2009).

Estes programas são constituídos por três fases (Ministério da Saúde,2009):

- Fase 1 (intra-hospitalar) - desde o início do internamento até ao momento da alta clínica;

- Fase 2 (extra-hospitalar, ambulatório) - após alta clínica até aos 3-6 meses após o evento coronário, podendo prolongar-se até aos 12 meses;
- Fase 3 (extra-hospitalar a longo prazo) - após 12 meses do evento coronário.

De acordo com Carrageta (2015), estes programas, reduzem a mortalidade cardiovascular, uma vez que os benefícios associam os “efeitos positivos de treino físico na biologia da parede vascular, nos fatores de risco cardiovascular e no processo aterosclerótico” (p.24) à diminuição das readmissões hospitalares e à melhoria da capacidade funcional, com conseqüente melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Para CNDC (2009), os benefícios dos PRC incluem a diminuição de mortalidade aproximadamente entre 20-25%, a melhoria da tolerância ao esforço, a melhoria do bem-estar psicossocial, a diminuição da ansiedade, a redução ou a cessação de hábitos tabágicos, a diminuição da ocorrência de um novo evento coronário e a diminuição da necessidade de procedimentos de revascularização. Os mesmos promovem simultaneamente o controlo da doença aterosclerótica e viabilizam benefícios económicos para o sistema de saúde. No entanto, existem alguns obstáculos à adesão destes programas que segundo Rocha et., al. (2015) são: as limitações financeiras, a desigualdade geográfica, já que a grande maioria destes centros se localizam nas grandes áreas metropolitanas e no litoral, a falta de suporte legal para que os clientes possam frequentar os programas faltando ao trabalho, o diminuto reconhecimento dos benefícios dos PRC e por último a escassa referenciação para os mesmos.

Relativamente aos elementos constituintes destes programas, os mesmos integram a avaliação inicial, o aconselhamento nutricional, o controlo do peso, a gestão da pressão arterial, a gestão de diabetes, a gestão de dislipidemia, a cessação tabágica, a gestão psicossocial, o aconselhamento de atividade física e devem ser compostos por equipas multidisciplinares (Ministério da Saúde, 2009). A avaliação inicial, é um componente fundamental no PRC, uma vez que é durante esta fase que é realizada a estratificação do risco cardiovascular. Deve ser efetuada o mais cedo possível, após o EAM, já que irá determinar a viabilidade e segurança do programa de condicionamento ao esforço, clarificando a necessidade de monitorização

eletrocardiográfica contínua, a intensidade do exercício, o grau de supervisão e também o local onde poderá ser realizado o PRC (hospital, centro clínico ambulatorio, comunidade ou domicilio). Os clientes são assim estratificados como sendo de baixo risco, moderado risco ou alto risco para iniciarem o PRC. Pescatello et. al., (2013) segundo as diretrizes American Collage for Sports Medicine (ACSM) o cliente estratificado como baixo risco deve durante a prova de esforço apresentar ausência de arritmia ventricular complexa e de angina, parâmetros hemodinâmicos normais (tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC)), capacidade funcional ≥ 7 METs e Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) em repouso $> 50\%$. Relativamente ao risco moderado, o mesmo, durante a prova de esforço, pode apresentar apenas uma das seguintes características: presença de angina ou de outros sintomas (dispneia, tonturas ou vertigens em intensidades ≥ 7 METs), presença de isquemia com infra-desnivelamento do segmento ST < 2 mm comparativamente ao traçado de eletrocardiograma base, capacidade funcional < 5 METs e FEVE em repouso entre 40% a 49%. Por fim e no que diz respeito ao alto risco de estratificação o cliente é caracterizado como tal quando apresenta arritmias ventriculares complexas, angina em intensidades < 5 METs, isquemia com infra-desnivelamento do segmento ST ≥ 2 mm comparativamente ao traçado de eletrocardiograma base, parâmetros hemodinâmicos alterados (diminuição da TA e FC), FEVE $< 40\%$ e história clínica de paragem cardiorrespiratória. Caso no momento não apresentem critérios para iniciar o programa, os mesmos devem igualmente ser referenciados para participarem nos restantes componentes do programa de prevenção secundária (o aconselhamento nutricional, a intervenção cognitivo-comportamental e a terapêutica farmacológica) (Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, et al., 2008).

Após uma descrição sucinta do PRC e evidenciada a pertinência dos mesmos no cliente após evento coronário torna-se fundamental, descrever, reforçar e enaltecer a intervenção do EEER neste âmbito. A DGS (2013), de acordo com as orientações para a implementação do plano nacional de saúde de 2012-2016, define como eixos estratégicos a capacitação do cidadão, reforçando assim a pertinência da intervenção do EEER na gestão da doença coronária. Deste modo ao se promover o máximo potencial de saúde do cliente, permite-se que se maximize as capacidades funcionais, potenciando e maximizando o seu desenvolvimento pessoal, o que demonstra, por conseguinte, um aumento de adesão a comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

Assim, a intervenção do EEER, deve-se iniciar ainda antes da ocorrência da DC, ou seja, numa fase primária, já que estes programas constituem planos de prevenção a longo prazo, mais concretamente após o seu aparecimento. Devendo a RC estar presente no aparecimento súbito desde o evento coronário até à sua gestão no contexto domiciliário, neste momento já numa perspectiva de prevenção secundária e terciária, é função do EEER incidir a sua intervenção na educação do cliente/família, na promoção do autocuidado, na avaliação dos sinais e sintomas das doenças coronárias, neste caso, no EAM, no assegurar suporte emocional, no encorajar ao retorno às atividades de vida diária, na supervisão do exercício físico, na atuação imediata nas situações de emergência cardíaca, na melhoria e adequação da comunicação entre o cliente e a equipa de saúde e na visita domiciliária (Figueiredo, Stipp & Leite, 2009).

Numa primeira fase do programa, o EEER deve, de uma forma geral, planear intervenções que vão de encontro aos objetivos estabelecidos dos programas de reabilitação cardíaca na fase intra-hospitalar, sendo eles a otimização do regime farmacológico prescrito, a prevenção das sequelas da imobilização, uma melhoria da capacidade funcional, uma avaliação do estado mental e emocional, estratégias para reduzir a ansiedade, promover apoio psicológico, educar e instruir o cliente/família e fornecer uma vigilância adicional na resposta dos clientes ao exercício físico (Piotrowicz e Wolszakiewicz, 2008; ACSM, 2014; ACSM, 2018).

Esta primeira fase do programa, inclui simultaneamente o início do esforço físico realizado pelo cliente incluindo alongamentos, exercícios respiratórios e exercícios isométricos com o objetivo de aumentar da tolerância do esforço. Caso o cliente não apresenta autonomia suficiente para realizar o EEER deve assistir o mesmo, instruindo-o e orientando-o. Deve também instruí-lo relativamente a técnicas de conservação de energia, recomendando a expiração na fase concêntrica e a inspiração na fase excêntrica do exercício acompanhando o movimento corporal (Santa-Clara e Pezarat-Correia, 2016). Numa segunda etapa é fundamental o EEER implementar exercícios aeróbios de acordo com as atividades de vida diária, nomeadamente a higiene pessoal, o sentar, as transferências, o levantar, o treino de marcha e escadas (Bartels, 2006).

No que diz respeito à educação para a saúde, deve abordar e instruir o cliente relativamente à doença e tratamento, aos fatores de risco cardiovascular, à atividade profissional e sexual, aos sinais de alerta e aconselhar sobre o exercício físico no após

alta (Babu, Noone, Haneef e Naryanan, 2010; Fuster, Walsh e Harrington, 2011; American Heart Association (ACC/AHA), 2013; García, Oquendo e Estany, 2014; Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2014; ce e Rauch, 2015). As evidências demonstram que clientes detentores de informação fornecida ao longo do programa de reabilitação cardíaca são menos propensos em 30% a readmissões hospitalares (Piepoli et al., 2016).

Todos as intervenções incluídas no plano de cuidados devem ir de encontro às necessidades individuais, respeitando as escolhas e autonomia do cliente podendo estar sujeitas a alterações por parte do EEER, de acordo com as necessidades do cliente, de forma a prevenir complicações em casos em que possa haver restrições de movimento imposta pela realização de determinadas atividades ou pela presença de dispositivos.

Face à sua complexidade, a conceção de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação para esta população tornou-se ainda mais desafiante, traçando como meta a promoção da melhoria contínua da “qualidade do exercício profissional dos EEER, e da qualidade dos serviços prestados” (Regulamento nº350, 2015, p.16656). Assim, o EEER tem um vasto campo de ação, podendo desenvolver intervenções fundamentais no processo terapêutico do cliente com EAM, capacitando-o, desenvolvendo o seu potencial, maximizando a sua funcionalidade, prevenindo complicações e melhorando a sua qualidade de vida (Regulamento nº125,2011). Constata-se deste modo que a intervenção do EEER abrange num espectro alargado esta doença, sendo impreterível o desenvolvimento das competências supracitadas.

Desta forma, seguindo a linha de pensamento de que o EEER orienta, demonstra, executa, supervisiona e reavalia as condições do autocuidado (Leite, 2005) e uma vez que o papel do EEER neste âmbito torna-se preponderante na promoção do autocuidado, optou-se pelo modelo de Dorothea Orem para o autocuidado como base teórica deste relatório. Este modelo, assenta em três construtos teóricos interrelacionados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Para Orem (2001), na Teoria do Autocuidado, a manutenção da vida do cliente é o aspeto fundamental deste teórico. O mesmo adquire comportamentos de autocuidado com a educação, o desenvolvimento, o crescimento, a cultura, o conhecimento científico e a experiência. Na Teoria do Défice de Autocuidado, Orem considera que o cliente pode encontrar-se totalmente ou parcialmente incapaz de se envolver na prestação dos seus cuidados,

garantindo o seu funcionamento e desenvolvimento, demonstrando a razão pela procura pelos enfermeiros. Por fim na Teoria de Sistemas de Enfermagem, a autora pressupõe que as intervenções dos enfermeiros são executadas de forma intencional ao cliente cujas necessidades de cuidados ultrapassam a capacidade de fornecer os cuidados a si próprios. Para Orem (2001), todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, experiência e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, sendo denominado agente do autocuidado. Assim o cliente faz parte do percurso de ação ou tem o poder para fazer parte do percurso de ação. A ação de enfermagem e a ação do autocuidado apresentam diferenças quanto ao seu objeto de ação, sendo que a primeira direciona a sua ação ao bem-estar do outro e o segundo ao bem-estar do próprio (Petronilho, 2012).

Seguindo esta linha de pensamento, para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a), a intervenção do EEER na promoção da autonomia, foca-se no aumento da capacidade funcional e de tomada de decisão por parte do cliente, assim como na redução das suas necessidades de saúde. Pretende maximizar a independência física, social e emocional, minimizando os efeitos das suas incapacidades, através da reabilitação funcional motora, reeducação funcional respiratória, treino de marcha, treino de equilíbrio, treino da atividade de vida diária entre outras. Neste sentido, o enfermeiro deve planear novas estratégias que vão permitir a aquisição de conhecimento por parte do cliente para realizar as atividades que naquele momento ele não consiga realizar. A OE reforça ainda, a ideia de que os enfermeiros especialistas são indispensáveis na conceção, implementação e monitorização de ações de Enfermagem de Reabilitação diferenciadas tendo em conta as reais necessidades, a sua potencialidade, participando ativamente na melhoria e restauro da sua capacidade funcional, na sua adaptação ao seu novo estilo de vida e na minimização do impacto das limitações resultantes do EAM (OE, 2010a).

Assim, o EEER deve desenvolver competências de maneira a promover o autocuidado do cliente com EAM, tendo em conta o seu papel na sociedade, na comunidade e na família. Para fundamentação deste percurso, foram realizadas pesquisas de artigos científicos em bases de dados como a “, CINAHL, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO”, com termos de pesquisa: *Acute Myocardial Infarction, Cardiovascular Disases, Cardiac Rehabilitation Programs, Physical Exercice, Nursing*, com critérios de inclusão todos os clientes com diagnóstico de EAM em PRC, com idade superior a 18 anos. Além destas bases de dados efetuou-se

também pesquisa em dissertações de Mestrado de acordo com a relevância para o tema.

A estrutura do trabalho foi efetuada em cinco momentos. O primeiro, o presente, a Introdução, em que é apresentada a temática, a pertinência do tema e justificção da escolha, os principais conceitos mobilizados e a filosofia de cuidados. O segundo capítulo descreve e analisa as atividades desenvolvidas nos estágios com vista à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista. O terceiro apresenta a descrição e análise das atividades desenvolvidas para aquisição de competências específicas do EEER. Relativamente ao quarto capítulo, este apresenta uma avaliação do projeto e por fim no quinto capítulo as conclusões.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Pretende-se com este capítulo a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico, analisando-as de forma sustentada e com sentido crítico, tendo em conta o alcance dos objetivos pré-definidos assim como a aquisição de diferentes competências.

Cada local de estágio devido às suas características dispares, proporcionou o contato com clientes com diferentes défices de autocuidado o que conseqüentemente permitiu o desenvolvimento de diferentes intervenções de cuidados de enfermagem de reabilitação indo de encontro às necessidades levantadas pela equipa de saúde interveniente em paralelo com o cliente/família. O primeiro ensino clínico decorreu num Serviço de Cardiologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, com as valências de Unidade Intensiva de Cardiologia, Enfermaria de Cardiologia, Consulta de Reabilitação Cardíaca, Consulta de Transplante Cardíaco e Ginásio, este último, localizado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Estas valências encontravam-se articuladas entre si, sendo disponibilizado ao cliente o conhecimento necessário e faseado sobre as ferramentas disponíveis durante as fases do seu processo de doença/saúde incluindo o PRC que inclui a Fase I e Fase II da RC. As tipologias de doenças eram maioritariamente a doença cardiovascular e a insuficiência cardíaca, o que permitiu desenvolver um trabalho em convergência com o tema do projeto anteriormente planeado e realizado.

O segundo período do ensino clínico teve lugar no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa, mais especificamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrada (ECCI), onde os principais diagnósticos ativos dos clientes acompanhados, eram hipertensão arterial, diabetes tipo II, alteração do metabolismo dos lípidos e obesidade e onde os principais diagnósticos médicos eram doenças osteoarticulares, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica, sendo o número de clientes assistidos variável ao longo do ensino clínico.

Face ao exposto e citando o autor Benner (2001, pág.61) “ a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode aprender na teoria”, saliento a importância não só de ingressar na prática hospitalar, mas também de integrar o contexto comunidade, uma vez que embora este contexto não esteja diretamente

interligado com o projeto planeado, permitiu-me encontrar situações dispares dos clientes com patologia coronária e concomitantemente desenvolver competências no cuidar e na promoção do autocuidado em clientes com alterações ao nível da função respiratória, neurológica e motora. Seria expectável também neste contexto deparar-me com clientes na fase III do PRC uma vez que se preconiza a sua realização na comunidade, sendo integrada na rede de cuidados continuados (Gomes,2013). Todavia os Centro de Saúdes (CS) ainda não apresentam recursos nem se encontram preparados para a sua implementação, sendo que maioritariamente esta fase é realizada em exclusivo por centros privados (Silveira & Abreu, 2016). Deste modo, o percurso efetuado na ECCL foi desenvolvido quase exclusivamente no sentido de desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos na área da reabilitação motora, respiratória e neurológica.

Na descrição das atividades procuro realizar uma análise crítica baseada na melhor a evidência científica. Assim, e embora a concretização de determinadas atividades tenha permitido o desenvolvimento simultâneo competências de diferentes âmbitos, opto por dividir este capítulo de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER definidas pela OE.

1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências que são transversais a todas as áreas de especialização assim como a todos os contextos de prestação de cuidados especializados. Assim sendo e uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 3), define como enfermeiro especialista “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”, este grupo de competências salienta a “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, assim como um “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” por parte do enfermeiro especialista.

Deste modo, de seguida apresentam-se os quatro domínios de competências do enfermeiro especialista e as atividades desenvolvidas no estágio.

1.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Situações de natureza ético-legal ocorrem com frequência no desenvolvimento da atividade profissional do enfermeiro, cabendo ao mesmo um exercício seguro, profissional e ético. É preponderante os enfermeiros exercerem a sua profissão, com conhecimentos científicos e técnicos, apresentando respeito pela vida, dignidade humana, pela saúde e bem-estar (OE, 2015), todavia os enfermeiros especialistas, neste âmbito, são reconhecidos pela responsabilidade acrescida que têm na tomada de decisão face a situações complexas de cuidados, uma vez que são detentores de um nível de conhecimento mais aprofundado (OE, 2010b), apresentando flexibilidade, capacidade e habilidades que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde das pessoas de acordo com as expectativas das mesmas e os seus recursos físicos, sociais e emocionais.

Tendo por base o supracitado, os cuidados prestados em estágio tiveram como centro o cliente e a tomada de decisão partilhada com o mesmo e a família, acopladas às suas necessidades, preferências e valores, mantendo o seu sentido de autonomia e aumentando a adesão ao processo terapêutico.

No decorrer dos estágios integrei na minha prática de cuidados a individualidade da pessoa, as suas crenças e costumes, valorizando sempre a sua vontade e dignidade em parceria com a disponibilização dos cuidados aprimorados de acordo com as suas expectativas a curto e longo prazo. Para este efeito foi fundamental aplicar o processo de enfermagem, integrando uma colheita de dados rigorosa e adaptada ao contexto, com o intuito de conhecer o cliente, o seu ambiente, as suas necessidades de autocuidado e perante isto adequar as intervenções especializadas de enfermagem numa decisão partilhada, clara e baseada numa relação de confiança. Assim, e em conformidade com a carta de direitos do cliente internado e respeitando o sigilo profissional que se encontra integrado no artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) aprovado pela OE (2005), não serão expostas informações que identifiquem nenhum cliente nem instituição do local de

estágio prevalecendo assim a confidencialidade de toda a informação clínica. Simultaneamente no decorrer do estágio esta privacidade relativamente ao supracitado, assim como à intimidade do cliente/família no que diz respeito ao compromisso da funcionalidade, alterações da autoimagem ou de linguagem foi mantido.

No decorrer do estágio no primeiro contexto clínico (serviço de cardiologia e unidade de cuidados intensivos (UCI)), o papel do EEER era frequentemente associado a um papel de consultor pela restante equipe, essencialmente numa lógica de formação informal, ou seja, transmissão de informação por exemplo relativa à fase do programa de reabilitação em que o cliente se encontra. Todavia este esclarecimento face à equipa de cuidados gerais era importante, além do carácter informativo, também no propósito de continuidade de cuidados, que muitas vezes implica delegação, sendo exemplo disso o primeiro levante do cliente com EAM da cama para o cadeirão, assim como o início da marcha, entre outras. A partilha dos objetivos, estratégias e resultados importa para que na ausência do EEER, o processo de reabilitação se mantenha.

Neste mesmo contexto clínico, foi perceptível, durante a fase I e II do PRC, com a incrementação do exercício e a apresentação do plano de reabilitação em casa, após alta hospitalar, a vulnerabilidade do cliente e da família face à sua situação de saúde. Inevitavelmente é sentido pelo cliente e família uma descontinuidade no processo de vida, saúde e bem-estar, provocando uma transição no processo de saúde-doença. É igualmente evidente ao longo deste processo, as oscilações de necessidades de autocuidado, de capacidade da sua satisfação e de adaptação ao processo de transição saúde-doença (Queiros, 2010). Foi no decorrer deste estágio que tomei consciência que as intervenções de reabilitação por muitos distintas que sejam e com grau de exigência também diferente, implicam uma quantidade variável e recorrentemente significativa de desconforto e esforço por parte do cliente. Exemplo disso são as intervenções de reabilitação funcional respiratória, como a posição de descanso ou relaxamento, a consciencialização da respiração, o treino da respiração abdomino-diafragmática e as intervenções de reabilitação motora como os exercícios isométricos, as mobilizações das articulações (as primeiras mobilizações no leito, os exercícios de amplitude e reforço muscular), a marcha no serviço, o subir escadas, a implementação de dispositivos de ajuda na marcha, etc. Embora o cliente tenha a perceção da importância do processo de reabilitação, e conseqüentemente da

realização dos exercícios que englobam este processo, nem sempre apresenta condições emocionais, físicas e psicológicas para realizar o que lhe é proposto, todavia cabe ao EEER adaptar o plano de reabilitação previamente definido.

Em algumas situações deparei-me com a necessidade de alterar o exercício que seria expectável o cliente realizar naquele tempo, sendo a maioria das vezes o motivo a sensação de cansaço referida pelo mesmo, e conseqüentemente adaptar o PRC. Ou seja, ao invés de naquele dia o cliente iniciar a subida de escadas, foi necessário por exemplo reforçar os exercícios de reabilitação motora, incrementar mais tempo no treino de marcha e por vezes encurtar a sessão ou mesmo não a realizar.

No que diz respeito ao período de estágio na ECCI, embora no contexto hospitalar também tenha sido fundamental, tornou-se essencial estabelecer um ambiente seguro assente numa relação de confiança, através de uma abordagem empática, realista e positiva, parametrizando objetivos por etapas e alcançáveis. Neste caso, eu, enquanto profissional de saúde, seria alguém estranho a assumir a casa do cliente como ferramenta de trabalho, sendo necessário por vezes adaptar este ambiente, às condições atuais do cliente. Tornou-se, portanto, imprescindível estabelecer uma relação de parceria, conferindo ao cliente uma participação ativa nos seus cuidados, nas tomadas de decisão, fazendo-o sentir o centro dos cuidados (Tanner, 2006).

A responsabilidade e autonomia profissional tornaram-se mais evidentes neste ensino clínico, em que o EEER gere e organiza os seus cuidados de forma mais autónoma, embora houvesse articulação com os outros profissionais de saúde que compunham a equipa de ECCI, o EEER era o cuidador ativo do cliente. Assumi muitas vezes o papel de consultor na equipa de enfermagem, tendo oportunidade em participar em processos de tomada de decisão, em reuniões semanais compostas por toda a equipa multidisciplinar, onde se discutiram os casos, se melhoraram os planos de intervenção e se discutiu o que a longo prazo seria benéfico para o cliente (como unidades de cuidados de longa duração, a implementação de um cuidador informal..). Propus intervenções na minha área de competência ou a referenciação para profissionais de áreas específicas, de acordo com os problemas identificados.

No decorrer destas reuniões a equipa multidisciplinar potenciava e promovia o desenvolvimento profissional, pessoal e organizacional dos seus membros, em que o

conhecimento máximo e as competências de cada profissão contribuíam para a resolução dos problemas nos cuidados de saúde. Segundo Neves (2012) estes profissionais de saúde, onde se inclui o EEER, possuem a liberdade para atuarem de maneira autónoma, sendo as ações interligadas ao ponto de um profissional alterar o contexto para outros.

Em jeito de conclusão reforço a contante preocupação em estabelecer uma relação terapêutica com o cliente/família, adotando práticas à manutenção da dignidade do cliente. A minha intervenção assentava na disponibilização de toda a informação relativa ao seu estado de saúde, ajustando as expetativas e esclarecendo dúvidas. Incentivei a manutenção de comportamentos saudáveis, no sentido de minimizar as consequências inerentes ao seu estado de saúde fortalecendo a relação terapêutica, promovendo a sua autonomia, promovi o respeito pela intimidade, a excelência do exercício, a humanização da profissão (OE, 2005). Assim a minha intervenção assentou em princípios éticos de justiça, não maleficência, beneficência e autonomia.

1.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A definição de qualidade em saúde, segundo Reis et al.,(2013) diz respeito ao grau com que os serviços de saúde prestados aumentam a probabilidade dos resultados favoráveis e diminuem a probabilidade dos resultados desfavoráveis.

Para a DGS (2013), a qualidade em saúde define-se como sendo a prestação de cuidados de saúde, com um exercício profissional ótimo, tendo em conta a satisfação do cliente, a sua adesão e os recursos disponíveis.

De acordo com Ribeiro (2003), a melhoria da qualidade dos cuidados tem por base um suporte de conhecimentos científicos atualizados, motivo pelo qual, procurei inicialmente munir-me de conhecimento, pesquisando evidência científica sobre o PRC e as outras áreas de intervenção do EEER, sendo que o conhecimento só é útil quando é aplicado e divulgado. No Plano Nacional de Saúde com extensão a 2020, é expressa a importância do desenvolvimento tecnológico, de uma adaptação aos padrões epidemiológicos, à constante produção de evidência científica, à evolução da saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades. Todo este contexto faz referência à melhoria contínua da qualidade para todos os elementos que fazem uso do Sistema de Saúde (DGS, 2015). Neste

contexto, importa simultaneamente referir o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que serve como linha orientadora para gestores, profissionais de saúde na melhoria da gestão de risco associada à prestação de cuidados de saúde, mobilizando as competências individuais de cada participante, implicando a gestão de todas as atividades (Despacho nº1400-A/2015).

Segundo a OE (2010b), os enfermeiros especialistas apresentam funções específicas neste campo, apresentando competências no planeamento, na gestão e supervisão de cuidados seguros, isto é, o Enfermeiro Especialista (EE) é responsável não só pela prestação e supervisão dos cuidados de qualidade, mas também por garantir que entre a equipe multidisciplinar se encontram boas condições no ambiente que envolve as pessoas que necessitam destes cuidados. Para Orem (2001), o ambiente que envolve a pessoa é constituído por elementos externos como os fatores socioculturais e familiares, os aspetos relativos ao sistema de assistência à saúde, o padrão de vida e a disponibilidade de recursos, com os quais a pessoa está em constante interação, com o intuito de o mesmo desempenhar as suas ações de autocuidado, mantendo as suas funções.

De acordo com o exposto, foi fundamental nos diferentes contextos clínicos, começando por conhecer o espaço físico, as equipas, os recursos humanos disponíveis para os clientes e profissionais e a dinâmica do serviço. Identifiquei os procedimentos, normas e inteirei-me das especialidades existentes para possíveis articulações do EEER com as outras entidades. Tomei conhecimento e coloquei em prática a utilização de instrumentos de avaliação, sendo que, em concordância com o enfermeiro orientador, sentimos necessidade de atualização dos mesmos. Assim, disponibilizei-me para participar em projetos de melhoria da qualidade na prestação de cuidados e promoção de um ambiente seguro, tendo essencialmente desenvolvido atividades nesse sentido no contexto clínico hospitalar, realizando outra folha de registo de enfermagem de reabilitação (apêndice III), folha de registo de reabilitação cardíaca fase I e fase II (apêndice IV), no sentido de tornar os registos mais objetivos, claros e completos. Desenvolvi em simultâneo uma folha de registo da escala de Barthel e da escala de Borg modificada, instrumentos fundamentais utilizados no PRC. No decorrer do tempo foi perceptível, a dificuldade existente para envolver os clientes neste programa, sendo função do EEER esclarecer junto do cliente/família os princípios do programa, a finalidade das sessões de exercícios físico e a continuidade dos cuidados neste programa no pós-alta. Quando o cliente era transferido para a

enfermaria ainda durante a fase I, eram distribuídos folhetos informativos que abordavam o diagnóstico do cliente (maioritariamente EAM), a potencial intervenção realizada (angioplastia coronária), fatores de risco cardiovasculares, sintomatologia e sinais de alerta para possíveis recorrências, assim como acerca os objetivos e características do PRC desenvolvido naquele hospital. Neste âmbito não foi necessário desenvolver nenhum trabalho de atualização dos folhetos, uma vez que continham toda a informação essencial para os clientes de forma clara e concisa. Foi necessário apenas como EEER disponibilizar a informação e encorajá-los a integrar este programa.

No que concerne à segurança ambiental, a prestação de cuidados enquanto EEER mantem os mesmos padrões do enfermeiro generalista. É fundamental manter o brio profissional, não descurar os gestos simples, garantir a correta utilização dos dispositivos de ajuda, ou garantir o uso adequado do calçado, o pavimento plano e sem obstáculos, para por exemplo iniciar o treino de marcha, evitar obstáculos no circuito da marcha. No que diz respeito ao uso de cadeira de rodas, instrui o cliente a travar a cadeira quando está parada, a colocar as rodas dianteiras para a frente aquando da transferência. Quando o cliente utiliza dispositivos de apoio como o andarilho ou canadianas, foi importante instruir o mesmo para a remoção de tapetes na sala, quarto e cozinha, colocar estrategicamente o prolongamento num caso de um Sr. no domicílio que realizava oxigenoterapia de longa duração (OLD) para prevenir as quedas. Nestes casos foi essencial validar e supervisionar a utilização dos dispositivos de apoio nestes contextos, verificando se a altura do apoio da mão se encontrava ao nível dos trocânteres e fazia uma flexão de 30º na articulação do cotovelo, assim como sinalizei a importância de se verificar periodicamente as propriedades antiderrapantes das pegadas das mãos (OE, 2013).

Outra dimensão fundamental é a segurança na prestação de cuidados, que está diretamente relacionada com a postura dos enfermeiros durante os exercícios de transferência, as mobilizações ou posicionamentos integrando princípios da mecânica corporal. Foi minha preocupação adotar e alertar o cliente sobre a adoção de posturas ergonomicamente adequadas, instruindo sobre a importância da utilização dos grandes grupos musculares, principalmente dos membros inferiores e não dos membros superiores e ou costas para evitar posturas incorretas e viciosas. Estes ensinamentos, reforçando o que OE (2013) refere, previnem lesões músculo-esqueléticas,

portanto uma adoção de postura correta ao longo do dia tem um impacto positivo na saúde.

Outro veículo de continuidade de cuidados são os registos. Enquanto estudante primei sempre pela realização dos registos de ER de maneira individualizada nos instrumentos que eram disponibilizados em cada contexto de estágio, quer em folhas de registo em papel ou nos sistemas de informação informatizados, utilizando uma linguagem técnico-científica, dando visibilidade às intervenções do EEER e à continuidade das mesmas. Para isto foi destacado, protocolos e instrumentos de avaliação, adequando-os aos cuidados de reabilitação implementados. Em ambos os contextos senti a ausência de um plano de cuidados direcionado exclusivamente ao plano de reabilitação e respetivo planeamento de intervenções, sendo que no contexto hospitalar desenvolvi as folhas de registo supracitadas. Todavia esta ausência foi mais notória no contexto clínico de ECCI, uma vez que os registos eram realizados no SClinico e após os focos selecionados, eram selecionadas as intervenções e nessas intervenções eram registadas em texto descritivo as atividades de reabilitação realizadas assim como os resultados das mesmas. Relativamente ao plano de reabilitação realizado em contexto hospitalar senti necessidade de desenvolver uma grelha que contemplasse todo o PRC (apêndice IV). Pretende-se que a mesma sirva como instrumento de trabalho, de forma a ajudar na continuidade de cuidados prestados pela equipe de reabilitação, assim como na avaliação dos ganhos em saúde do cliente.

Ao longo do estágio procurei toda a informação atualizada sobre as melhores práticas de cuidados de reabilitação e simultaneamente observei a minhas orientadoras na sua prestação de cuidados, considerando as suas orientações e posteriormente as suas correções para que pudesse dar resposta às necessidades do cliente e estar em conformidade com a equipe, observando progressivamente um crescente aperfeiçoamento das minhas ações e técnicas, aumentando gradualmente a minha auto-confiança e autonomia enquanto EEER, culminando numa ótima integração nas equipas e autonomia completa no final do estágio em cada contexto clínico.

1.1.3 Competências do domínio da gestão de cuidados

Todo o enfermeiro é gestor, gestor de cuidados. Gere o tempo, recursos humanos e materiais, gere informação e expectativas no processo de reabilitação, assim como gere a articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, tendo em conta os princípios da justiça e equidade reservada aos clientes.

A gestão dos cuidados multidisciplinares é um dos maiores desafios com que o EEER se depara, uma vez que na maioria das vezes o enfermeiro é a ponte entre o cliente e a restante equipe, conseguindo o mesmo facilmente identificar o défice de autocuidado do cliente e conseqüentemente reconhecer os cuidados necessários para os colmatar. Posto isto, a posição que o enfermeiro ocupa no seio da equipe, tem um papel preponderante na articulação de todos os profissionais de saúde que se envolve direta ou indiretamente nos cuidados dos clientes.

Segundo a Association of Rehabilitation Nurses (ARN) (2007), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é facilmente acessível a famílias, indivíduos, membros da equipe e, devido à sua formação especializada, à sua experiência e motivação em cuidar de forma individual os clientes com limitações, doenças e deficiências crónicas, é consecutivamente considerado o líder da equipe e um elemento fundamental num programa de reabilitação bem-sucedido. Considera-se que os resultados de um programa de reabilitação são maximizados quando o EEER assume um papel de liderança e colabora com os membros da sua equipe, e simultaneamente com o cliente, cuidador/família (ARN, 2007). Todavia, no caso concreto da reabilitação, a interdisciplinaridade é ainda hoje um dos recursos mais difíceis de gerir. Para Hesbeen (2002), “é ainda demasiado frequente que a multidisciplinaridade se limite à sobreposição mais ou menos harmoniosa dos diferentes intervenientes” (p. 71), sendo que algumas vezes acabam por criar territórios próprios, defendendo-os, gerando conflitos e prejudicando o projeto de cuidados.

Em situações raras se verificou esta disparidade entre equipe e sempre fui incentivada pelas orientadoras a valorizar a contribuição dos diferentes elementos de equipe e das suas responsabilidades terapêuticas. Exemplo disso em contexto hospitalar, foi o caso de o cliente não aderir ao exercício de mobilização devido à existência de dor, sendo, portanto importante perceber se o mesmo apresentava medicação analgésica prescrita e se esta poderia ser administrada antes de se iniciar

a sessão de reabilitação, solicitando assim a cooperação dos enfermeiros generalistas. Para tal foi e é importante sensibilizar a equipe médica e de enfermeiros generalistas nesse sentido.

Ainda neste contexto tive oportunidade de acompanhar a enfermeira e enfermeiro pelas várias valências de cuidados no contexto hospitalar, não só em todos os momentos da prestação de cuidados direta, mas também pelas funções acrescidas de gestão, essencialmente de gestão de recursos humanos e materiais. De uma maneira geral e devido ao fato de este serviço ter integrado o PRC há alguns anos, é perceptível uma interação saudável e um respeito mútuo entre os profissionais de saúde, havendo uma coesão e confiança na equipe. Durante a fase I do PRC, tive oportunidade de interagir assiduamente com a equipe de cuidados gerais, questionando sobre as suas avaliações relativamente ao estado emocional do cliente, ao seu perfil hemodinâmico, a dor, analgesia, a presença da família e sobre o estado geral do cliente, elementos estes que serviam de complementação para a avaliação individualizada do cliente. Fui-lhes transmitindo diariamente as intervenções de reabilitação efetuadas, assim como o plano planeado para cada cliente e as suas alterações, instruindo-os e delegando algumas intervenções de continuidade de cuidados, como por exemplo as técnicas de posicionalmente e relaxamento. Simultaneamente foi estabelecida uma interação próxima com a equipe médica, podendo acompanhar de forma direta as visitas, onde se discutia o estado clínico do cliente e da sua evolução do programa de reabilitação. Frequentemente era solicitada pela parte médica uma intervenção precoce do EEER, uma vez que eram visíveis os ganhos de saúde, quando a intervenção era tão precoce quanto possível, como por exemplo ao nível das mobilizações passivas e posteriormente ativas no leito e da transferência da cama para o cadeirão.

Na fase II do PRC foi também possível, construir-se uma relação próxima com os vários elementos, como por exemplo com os técnicos de cardiopneumologia, através da partilha constante e pertinente da informação e monitorização do treino de exercício e com os fisioterapeutas que intervêm essencialmente nas fases de aquecimento e alongamentos numa articulação necessária na componente de treino de exercícios (ACSM, 2018).

Já na consulta de RC, foram também importantes os momentos de informação e tomada de decisão partilhada entre a equipe médica e a de enfermagem com os clientes e família. Estes momentos, eram maioritariamente momentos refletivos

acerca da manutenção do cliente no PRC, da continuação no domicílio dos exercícios recomendados e dos fatores de risco modificáveis - se houve alteração dos mesmos ou a identificação de algum que não foi identificado durante o internamento. Neste sentido, e de acordo com as necessidades individuais identificadas, os clientes eram referenciados para outros membros da equipe multidisciplinar, através da marcação de consultas de nutrição, cessação tabágica e psicologia.

Esta equipe multidisciplinar é composta por vários profissionais de saúde, uma vez que a mesma é centrada nas necessidades dos clientes e face às necessidades diagnosticadas, estes têm como objetivo satisfazer e promover uma recuperação positiva na transição do processo doença-saúde, proporcionando bem-estar da pessoa alvo de cuidados (Fossi e Guareschi, 2004). Inteirei-me assim, que o EEER é um importante motor que faz mover as peças que compõem a máquina dos cuidados de saúde, particularmente nas pessoas com DC, numa mobilização admirável de competências técnicas, humanas e científicas, na dinamização dos processos de decisão, nunca descurando a eficácia dos cuidados.

No que concerne ao contexto comunitário as intervenções do EEER como gestor e a sua articulação com os restantes membros da equipe multidisciplinar também se verificam uma mais-valia, embora a natureza do trabalho do EEER na ECCL, coloque o enfermeiro como um elemento isolado na casa dos clientes, afastando-o da restante equipe provocando menos interações entre a equipe. Todavia e como já foi referido anteriormente existe uma reunião semanal constituída pelo Enfermeiro Chefe, enfermeiros da ECCL, nutricionista, assistente social, médico e psicólogo, onde tive a oportunidade de participar, expondo os casos que acompanhávamos, mostrando os programas de reabilitação planeados/implementados e participando nas tomadas de decisão mais favoráveis aos clientes. Aqui, o EEER é responsável pela avaliação da necessidade de cuidados especializados ao cliente, posteriormente aceite na ECCL. É simultaneamente responsável por gerir a situação clínica e tem um papel fundamental nas reuniões semanais, uma vez que é o elo de ligação direto entre o cliente e os cuidados/família e os restantes elementos que constituem a equipe, sendo o elemento que apresenta uma visão mais global e realista dos recursos a utilizar, propondo visitas da assistente social, nutricionista, psicólogo e médico de acordo com as necessidades urgentes identificadas. Foi essencial a articulação com o médico relativamente ao ajuste terapêutico dos opiáceos num cliente com neoplasia óssea, assim como ajuste de

terapêutica inalatória em clientes com doença pulmonar obstrutiva (DPOC), com o psicólogo a intervir na gestão emocional no processo de saúde-doença e com a assistente social a proporcionar a aquisição de dispositivos de apoio num cliente com acidente vascular cerebral recente com hemiparesia do membro inferior direito.

De uma forma geral, neste contexto clínico, os clientes regressam a casa numa fase subaguda de internamento, portanto os recursos neste âmbito são mais limitados, sendo fundamental o EEER ter um conhecimento adequado sobre as condições físicas, sobre as dinâmicas familiares, as suas condições socioeconómicas, sendo necessário uma flexibilidade e criatividade no planeamento das intervenções de reabilitação. Foi frequente usarem-se objetos comuns das pessoas como acessórios no treino motor, para reforço muscular (garrafas de água, pacotes de arroz), no desenvolvimento da motricidade fina (como a utilização de grão de bico, de feijão seco), abrir ou fechar botões ou recipientes, apanhar objetos do chão para treinar o equilíbrio e a proprioção, utilizar as escadas do prédio para introduzir e posteriormente desenvolver a subida e descida de escada e ir para a rua e com os obstáculos naturais (como o relevo do piso), realizar o treino de marcha. Estes processos incluem-se na linha dos cuidados continuados integrados, que, segundo Duarte (2010), visam a reabilitação e a reinserção da pessoa na comunidade, sendo a pessoa responsável pela evolução favorável do seu estado de saúde.

Este sucesso só é possível com um envolvimento direto da família como membro fundamental da equipe de reabilitação. É necessário que o EEER ensine, treine e supervisione os cuidados delegados ao cuidador/família. Para Hoeman (2000, pág. 127) a “colaboração com os prestadores de cuidados em casa promove o envolvimento do utente e uma reintegração na comunidade bem-sucedida”.

1.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b, pág.2), o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto conhecimentos, habilidades de capacidades que põe em prática na sua intervenção, permitindo-lhe deduzir as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida do cliente, assim como a todos os níveis preventivos, dando ao EE a capacidade de tomada de decisão e julgamento clínico baseado em evidência científica, promovendo excelência no seu desempenho profissional e na prestação de

cuidados em enfermagem. Este julgamento clínico é um dos exercícios muitas vezes exigido ao EE, principalmente em situações clínicas indefinidas, recorrentemente envolvidas em conflito de interesses entre as partes pertencentes aos cuidados de saúde. Para Tanner (2006), um bom julgamento clínico engloba alguns requisitos fundamentais, como por exemplo uma compreensão global da situação no que refere à fisiopatologia, ao diagnóstico da doença, às suas necessidades e/ou limitações e à forma como o cliente/família experienciam este processo, contribuindo simultaneamente para um bom julgamento clínico e uma boa tomada de decisão a experiência, os conhecimentos e a reflexão na prática clínica do EE.

Benner (2001), refere-se à experiência clínica como “um processo muito ativo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade” (pág. 202), ou seja, para esta autora, a experiência clínica não se traduz no exercício da profissão, mas sim num ajuste da teoria à realidade. Além da aquisição do conhecimento promovido pela experiência clínica e pela partilha constante entre equipe, também a integração dos valores e preferências individuais dos clientes se mostrou um desafio essencial enquanto EE. Este processo conferiu um aumento na receptividade ao outro, permitindo a mobilização e assimilação dos diferentes saberes pela minha parte.

Outro aspeto importante é a experiência de trabalho que trouxe para este estágio, vinda de ambientes complexos como é o caso do Serviço de Urgência (SU), que me foi dando a capacidade de adaptação às diferentes circunstâncias, capacidade no julgamento clínico e tomada de decisão. Ao longo do estágio orientei as minhas intervenções com consciência das minhas capacidades pessoais e profissionais, mas também tendo conhecimento dos meus limites. A evolução foi efetuada de acordo com a confiança adquirida nas minhas ações, que inicialmente eram supervisionadas pelas enfermeiras orientadoras e posteriormente com autonomia na minha realização. Em situações mais complexas e geradoras de conflito, salvaguardei os interesses e necessidades da pessoa e família, demonstrando adaptabilidade, flexibilidade e criatividade.

Procurei organizar a minha aprendizagem de modo a estagiar num contexto especializado na vertente de RC, uma vez que sentia necessidade de acompanhamento profissional para desenvolver as competências que eu ambicionava na área cardíaca. Em complementação realizei pesquisa bibliográfica, sendo que este estudo inicial teve como objetivo aumentar e aprofundar o conhecimento sobre a DC

e o PRC, todavia ao longo do estágio o mesmo foi necessariamente alargado para outras áreas de reabilitação, de acordo com as alterações e limitações encontradas nos clientes. Os conhecimentos adquiridos foram mobilizados sempre que necessário para a realidade de cada contexto tendo em conta as normas e protocolos existentes nos locais de estágio. Outra componente essencial foi o recurso aos orientadores para esclarecimento de dúvidas, tirando partido do conhecimento e experiência das mesmas. Procurei ser um elemento com um papel facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, levando à discussão da equipe de enfermagem esclarecimento de conceitos e de prática de cuidados. Neste sentido e no que diz respeito aos momentos de reflexão e facilitação da aprendizagem foi realizada uma formação noserviço relativamente à utilização do instrumento *cough assist* no cliente com ventilação mecânica invasiva. Face ao exposto era pertinente não só ter conhecimento do seu manuseamento, mas termos simultaneamente evidência científica relativamente aos seus benefícios. Este instrumento quando utilizado aplica ciclos alternados de pressão positiva e negativa facilitando o desencadear da tosse e a eliminação das secreções (Vieira e Sousa, 2016). Os benefícios da sua utilização baseiam-se na otimização da *clearance* mucociliar, na prevenção da obstrução brônquica e acumulação de secreções, na otimização da ventilação pulmonar, melhorando a função pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012). Camillis et. al., (2018) num estudo experimental sobre a avaliação da eficácia da técnica de insuflação-exsuflação mecânica na limpeza das vias aéreas em cliente internados em UCI sob ventilação mecânica invasiva (VMI) demonstrou a eficácia da sua utilização. Este estudo era constituído por dois grupos escolhido aleatoriamente (grupo experimental e o grupo de controlo), com idade superior a 18 anos, internados há mais de 24 horas e com estabilidade hemodinâmica e respiratória. Após 5 minutos da aplicação da técnica, foi estudada a quantidade de secreções aspiradas da via aérea, assim como a variação da *compliance* pulmonar 5 minutos antes da aplicação e 5 minutos após o término do uso do dispositivo. Concluiu-se que a quantidade de secreções aspiradas foi superior no grupo de intervenção, sendo que os valores estatísticos da *compliance* pulmonar foram igualmente superiores no grupo de intervenção. Este estudo foi partilhado no final da formação com o orientado da unidade e com os presentes na formação e discutida a importância de uma utilização mais frequente deste dispositivo. Foi reconhecida também a sua utilização de forma individualizada, tendo em conta a patologia, a gravidade da situação clínica e os objetivos do programa de reabilitação.

Esta nova realidade e a complexidade das situações da prática clínica foram momentos de aprendizagem e construção de uma identidade profissional mais completa, exigindo diariamente uma reflexão na prática de cuidados. Esta prática desenvolveu-se inicialmente numa constante reflexão com as orientadoras de estágio e posteriormente numa adoção de estratégias de aprendizagem que permitissem integrar as experiências vivenciadas em estágio oferecendo um desenvolvimento profissional e pessoal. Este pensamento reflexivo promove a criação de uma ideia mais informada e uma ação mais consistente (Abreu, 2008).

1.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMEGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo a OMS (2011), a reabilitação é composta por um conjunto de ações que permitem auxiliar o cliente que apresenta limitações, ou risco de as desenvolver, ajudando-os a recuperar uma função ou capacidade perdida, a adquirirem, readquirirem ou manterem a funcionalidade e a sua interação no seu ambiente. Ou seja, na enfermagem de reabilitação, a sua prática é baseada numa filosofia com objetivos de maximizar as habilidades funcionais, otimizar a saúde e a adaptação às alterações no estilo de vida, sendo um conjunto de intervenções especializadas dirigidas aos intervenientes cliente e família, que se encontram temporária e progressivamente a viver em estado de saúde transitórias (doença-saúde). De forma a complementar a ER, é muitas vezes designada em complementação como um conjunto de conhecimentos, técnicas específicas que têm como foco a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida, promovendo a restauração da funcionalidade o quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando as capacidades. Estas intervenções especializadas de reabilitação são dirigidas ao cliente em todas fases da sua vida (OE, 2010a; St-Germain, 2014).

Tendo como base o regulamento de competências da OE (2010a), a descrição e análise das atividades realizadas relativas ao desenvolvimento das competências do EEER são apresentadas em três subcapítulos onde são enquadradas nos contextos clínicos onde decorreu o estágio e onde procuro demonstrar o processo de aquisição destas competências específicas nos diferentes domínios.

A intervenção do EEER junto do cliente e ou família é um processo contínuo, conjugando simultaneamente as diferentes dimensões inerentes ao processo de reabilitação: cuidar a pessoa com necessidades especiais, capacitar a pessoa com deficiência e maximizar a sua funcionalidade, pelo que as atividades realizadas no decorrer do estágio contribuíram para a aquisição de competências simultaneamente em diferentes domínios.

1.2.1 Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

As intervenções de enfermagem de reabilitação são processos de cuidar que se aplicam de forma precoce, completa e holística, em que através da sistematização de ações direcionadas aos problemas dos clientes, o EEER estabelece um plano de cuidados com o intuito de restaurar, recuperar e/ou manter os níveis de bem-estar na vida e evitar complicações (Leite & Faro, 2005).

O ponto de partida da minha intervenção em qualquer situação foi a realização de uma avaliação para reconhecimento de alterações, limitações na realização de atividades, défices funcionais e incapacidade de autocuidado. A recolha de informação foi fundamental, tendo recorrido ao processo clínico do cliente, dos seus exames complementares de diagnóstico, à informação oral transmitida na passagem de turno e ao registo de ocorrências na folha de ocorrências, onde era descrito diariamente as ocorrências ocorridas nos clientes internados. Com esta recolha de informação e interpelação da equipe multidisciplinar são fornecidos ao EEER os dados fulcrais para definir e planejar a sua intervenção, como por exemplo, o diagnóstico do cliente, as suas comorbilidades, os tratamentos invasivos realizados ou aguardados, o resultado de exames pertinentes (exemplo: a prova de esforço). A consulta Dos registos de evolução permitia-me ter a perceção do estado geral do cliente, seja ele a nível motor, respiratório ou neurológico, bem como das intercorrências ocorridas respetivas intervenções. Esta consulta permitia-me ter uma visão geral sobre o meu cliente, um planeamento adequado das minhas intervenções, tendo em conta a sua evolução clínica e as novas necessidades de cuidados do mesmo, privilegiando sempre a articulação com a restante equipe multidisciplinar. Com o intuito de sistematizar a informação pertinente, esta recolha de informação direta com o cliente foi realizada através de entrevista sendo os elementos constituintes da mesma: dados biográficos e antropométricos, história pregressa, história de doença atual, hábitos de vida (comportamentos aditivos- álcool, hábitos tabágicos; hábitos alimentares e atividade física) e a identificação de aspetos psicossociais que poderiam intervir no processo de adaptação de autocuidado. Esta recolha de dados era realizada de forma objetiva com o intuito de potenciar uma relação de confiança entre o EEER e o cliente, privilegiando a realização de perguntas abertas com a possibilidade de expressão mais alargada da vida do cliente, a exposição de dúvidas e preocupações. De maneira a corroborar esta ideia recorro a Hesbeen (2001) que refere que este primeiro contato

com o cliente tem um objetivo definido que consiste na criação de laços de confiança, sendo que isto é possível porque o cliente experimenta o sentimento de pessoa cuidada, uma vez que o EER declara a missão de assistir, ajudar na sua situação particular, cuidando o cliente de forma holística e não apenas olhando o mesmo como um corpo que sofre.

É também ao longo desta entrevista que o EER apresenta genericamente o PRC e assim o cliente se familiariza com o mesmo, promovendo desta forma a sua adesão ao mesmo. Simultaneamente é realizada a identificação dos conhecimentos de saúde do cliente, assim como do tratamento, fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e é apresentada a terapêutica farmacológica que terá de realizar futuramente. Nesta altura inicia-se também o processo de promoção e educação para a saúde, o esclarecimento sobre o que a DC poderá alterar na sua funcionalidade, permitindo ao cliente o traçar do seu percurso para a proteção da sua saúde. Importa nesta fase inicial o mesmo ter a perceção correta do acontecimento agudo que lhe aconteceu, uma vez que é determinante para o decorrer da sua DC. Muitas vezes, o sentimento exprimido é o de revolta e angústia, e o conhecimento pouco profundo sobre a sua condição de saúde, pode provocar mais receio e medo de um novo episódio de DC o que leva a uma renitência posterior na adoção de comportamentos saudáveis e na adesão das atividades do programa de exercício, com consequências adversas na sua recuperação e condição clínica.

Na DC, especificamente no EAM existe uma relação direta sobre os fatores psicossociais que importa examinar. Esta relação tem sido estudada ao longo dos anos por diversos autores (Nogueira 2010; European Society of Cardiology (ESC) 2012c; Almeida 2015), sendo relativamente claro que fatores psicossociais como o stress, a ansiedade, a depressão, a falta de apoio social, a hostilidade ou situações de tensão no trabalho influenciam de maneira independente o risco desenvolvimento e o curso da DC, podendo prever o aumento do seu risco bem como o agravamento do percurso clínico. Assim é essencial, que o cliente se sinta motivado, que acredite nas suas capacidades de autocontrolo adotando medidas de *coping*, para um estilo de vida saudável. O esclarecimento e a detenção de informação detalhada e pertinente relativa à sua DC, funciona muitas vezes como um mediador entre o bem-estar psicológico e as experiências adversas. Assim, e concordando com Foxweel, Morley & Frizelle (2013), que referem que os profissionais de saúde devem estar conscientes de que uma perceção realista da contextualização da doença, a perceção

da cronologia dos acontecimentos (doença, tratamento e reabilitação), e o autocontrolo, são componentes importantes de humor e qualidade de vida que devem funcionar como sinais de uma gestão adequada da gestão de sintomas e no decurso da DC.

Ainda relativamente à colheita de dados, outro método importante ao qual recorri, foi a utilização e aplicação de escalas e instrumentos de medidas (OE, 2010b), que são fundamentais para definir as necessidades de intervenção especializada, planejar um programa de reabilitação, registar os progressos e avaliar os resultados. Estes instrumentos de avaliação devem ser práticos, de simples utilização, válidos e eficientes de maneira a identificar resultados que orientem o programa de reabilitação (Hoeman, 2011). Para Hoeman (2011), a avaliação tradicional é muitas vezes pouco objetiva e muito qualitativa, sendo importante incorporar nos programas de reabilitação instrumentos viáveis, fiáveis e válidos, que demonstrem os resultados das intervenções do EEER. Deste modo, estes instrumentos devem ser capazes de avaliar a incapacidade, a eficácia das intervenções, assim como registar as mais valias dos cuidados de reabilitação. Neste caso, na prestação de cuidados de reabilitação, recorri a instrumentos de avaliação que determinassem o nível de autonomia na atividade de vida diária (AVD), no desempenho e défice de autocuidado, sendo que a natureza da incapacidade influenciou a escolha destes recursos de avaliação. Também o regulamento das competências específicas do EEER sugere o uso contínuo de escalas de avaliação como ferramentas de trabalho diário, uma vez que estas permitem uma avaliação e compreensão mais correta dos fatos relativos aos clientes que cuidamos (Regulamento nº125, 2011).

Neste caso e em contexto de ensino clínico hospitalar, as escalas utilizadas foram o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade. Esta escala permite avaliar o nível de independência do cliente na realização de 10 atividades básicas e diárias de vida, sendo um instrumento de avaliação utilizado mundialmente nos programas de reabilitação, recomendado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (Kelly-hays & Phipps, 2011; MCEER, 2016). Esta escala foi fundamental e regularmente utilizada ao longo dos ensinamentos clínicos, já que permite sistematizar a funcionalidade do cliente nas suas necessidades de autocuidado, identificando-se os fatores inibidores e facilitadores das mesmas no seu ato independente, para uma posterior conceção de diagnósticos de enfermagem de reabilitação de acordo com os objetivos e expectativas do cliente e família. Já no

modelo teórico de Orem (2001), a mesma salienta a importância desta avaliação, sendo que para esta autora após o enfermeiro avaliar o cliente, o mesmo determina as suas necessidades de autocuidado e implementa as suas intervenções baseadas através dos 5 métodos do sistema de enfermagem (total, parcialmente compensatório ou sistema de apoio-educação). Este método de avaliação foi adequado para a avaliação do grau de dependência funcional, uma vez que todos os clientes neste ensino clínico, à exceção do cliente em estado crítico na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), não apresentavam alterações cognitivas e neurológicas que pudessem comprometer a sua tomada de decisão. Assim, não sobrevalorizando o exame neurológico, este é importante na deteção precoce de complicações associadas à doença coronária, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) que pode ser consequência de fibrilhação auricular (Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SEC), 2016).

No que diz respeito à avaliação da tolerância ao esforço recorri à Escala de Borg que avalia a dispneia e dá-nos uma perceção subjetiva do esforço. A sua aplicabilidade é útil na determinação dos limites considerados seguros em cada sessão, já que avalia em tempo real o grau de esforço incrementado pelos clientes. Para Muela, Bassan e Serra (2011), a perceção subjetiva ao esforço já referida durante o programa de RC deverá permanecer entre 4 e 6 pontos. Os mesmos autores acrescentam também que a prescrição do exercício físico deve ser diretamente influenciada pela frequência cardíaca do cliente (60%-80% da reserva cardíaca) e pela pontuação da escala de Borg modificada. De forma a complementar esta escala, uma vez que é um instrumento essencial a ser utilizado em complementaridade ou isoladamente no decorrer de atividades com esforço físico, é importante a realização de uma avaliação da respiração em todos os seus aspetos, assim como da frequência cardíaca já que, para além de ser complementar aos parâmetros hemodinâmicos, fornece dados relativos à função cardiorrespiratória que é absolutamente essencial no âmbito da retoma da atividade e no esforço. Outro instrumento utilizado foi também o Teste de Marcha de 6 minutos que avalia e fornece dados acerca dos sintomas (fadiga e dispneia) e da capacidade que o cliente apresenta para realizar o exercício. A avaliação era efetuada pela equipa de cardiopneumologia antes de o cliente ser integrado na fase II do PRC.

Relativamente à avaliação do equilíbrio e marcha adotei a escala de Berg e escala de Tinetti que se complementam. A escala de Berg é utilizada na avaliação da

agilidade e segurança em determinadas tarefas que são realizadas pelo cliente ao longo do processo de reabilitação, já com a aplicação da escala de Tinetti consegue-se apurar medidas de equilíbrio dinâmico e estático, apresentando a mesma, uma componente de avaliação da marcha, que avalia a simetria da postura e passada, a eficácia da marcha no ambiente e a determinação de medidas de correção (OE, 2016). Recorri também à Medical Research Council para a avaliação da força muscular.

Em suma, a aplicação destes instrumentos de avaliação foi importante como ponto de partida para a conceção do plano de cuidados, sendo componentes essenciais na avaliação do potencial de recuperação. São simultaneamente essenciais, em termos de quantificação dos ganhos em saúde, quando se realiza uma comparação dos resultados numa fase inicial, ao longo do percurso de reabilitação e no final do programa (Sequeira, 2010). Saliento que outros instrumentos de avaliação foram utilizados e serão expostos posteriormente nas situações clínicas vivenciadas.

No ambiente hospitalar o percurso espectável para os clientes com DC, inicia-se de forma geral, pela sua admissão na UCIC, onde se dá início à fase I do PRC entre as 12 a 24 horas, caso o cliente se encontre hemodinamicamente estável sendo posteriormente transferidos para a enfermaria.

Ainda na UCIC, houve a oportunidade de desenvolver intervenções de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) em clientes com EAM ou Insuficiência Cardíaca (IC) com complicações respiratórias e em algumas situações com necessidade de ventilação mecânica invasiva e ventilação orotraqueal. Deste modo, foi crucial uma avaliação completa da função respiratória que incluía a observação do padrão respiratório, as respetivas características estáticas e dinâmicas através da inspeção, palpação e percussão, a observação da amplitude, do ritmo e da frequência respiratória e a observação da integridade e eficácia dos mecanismos de limpeza das vias aéreas (Cordeiro & Menoita, 2012). Após uma avaliação rigorosa com necessidade por vezes de recorrer e consultar as análises sanguíneas, concretamente a hemoglobina e a coagulação para identificar contraindicações às intervenções que podiam trazer risco acrescido de sobrecarga cardíaca e fadiga no caso da anemia, ou risco de hemorragia no caso de hipocoagulação, excluindo neste caso as manobras acessórias de limpeza das vias aéreas, concebi e implementei planos de cuidados, cujo o objetivo era a promoção e reeducação, acelerando o processo de recuperação e melhoria de qualidade de vida.

As sessões de RFR nestes clientes sob ventilação mecânica invasiva foram desenvolvidas com o objetivo de promover a sincronia ao ventilador, a sua adaptação ao mesmo, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas, mobilizar e eliminar secreções e impedir ou corrigir posições viciosas (Cordeiro & Menoita, 2012; MCEER, 2018). A maioria dos clientes encontravam-se sob sedoanalgesia ou em estado de instabilidade hemodinâmica com suporte de fármacos inotrópicos e/ou a vasopressores, para tratamento de choque cardiogénico secundário ao EAM ou IC (Amado et. al., 2016). Os efeitos secundários destes fármacos como as arritmias e o aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio foram tidos em conta na avaliação do cliente e na identificação de contraindicações de algumas intervenções da RFR, nomeadamente nas manobras acessórias de limpeza das vias aéreas-percussão, vibração e compressão, que podem provocar arritmia, na hiperinsuflação manual com o insuflador manual, que pode provocar um aumento da pressão intratorácica e conseqüente diminuição do retorno venoso com risco e hipotensão arterial, e por fim as mobilizações ativas e ativas resistidas que provocam o aumento da frequência cardíaca e do consumo de oxigénio (Pathmanathan, Beaumont & Gratrix 2015).

No que diz respeito às intervenções executadas relativamente à sincronia e adaptação ao ventilador, estas basearam-se nas técnicas de relaxamento e posicionamento de conforto, no ensino e controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração tendo em conta a modalidade ventilatória sincronizada com a dinâmica dorsal de maneira que o cliente adquirisse um ritmo respiratório eficaz em sincronização com o ventilador. Recorri e apliquei a técnica de ventilação dirigida para uma área pulmonar alvo, previamente identificada como hipoventilada através dos exames complementares já referidos, posicionando o cliente sobre o lado em que melhor ventilava, permitindo uma expansão do hemitórax contrário, promovendo uma melhoria das trocas gasosas e aumento do volume alveolar (Pathmanathan, Beaumont & Gratrix 2015). Outra técnica utilizada para promover o aumento do volume alveolar, melhorar a oxigenação, prevenir as atelectasias e promover a mobilização de secreções é a técnica de hiperinsuflação com insuflador manual, que consiste na insuflação inspiratória lenta, pausa de 2 a 5 segundos e uma desinsuflação rápida e ininterrupta que simule uma tosse forçada (Guilherme S. Nunes, Guilherme Varela Botelho, Camila Isabel Santos Schivinski, 2013).

Efetuei também uma adequada higiene brônquica, para uma limpeza eficaz das vias aéreas, que se realiza recorrendo à humidificação de secreções através da administração de terapêutica inalatória ou da administração de soro fisiológico pelo tubo endotraqueal, embora não exista evidência científica quanto ao benefício da instilação de soro fisiológico na aspiração de secreções brônquicas (Pedersen, Rosendahl-nielsen, Hjermind, & Egerod, 2009; Sharma, 2014) e posteriormente a aspiração de secreções, por vezes recorrendo à técnica de hiperinsuflação anteriormente referida. Outra técnica utilizada e que tive oportunidade de aplicar, ainda relativamente à limpeza das vias aéreas foi a utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico o *Cough Assist*. Este método foi aplicado num cliente de 80 anos que se encontrava sob entubação orotraqueal há cerca de um mês, com desenvolvimento posterior de pneumonia, com tentativas progressivas de desmame de ventilação sem sucesso, ventilado em contexto de paragem cardiopulmonar por EAM com supradesnivelamento de ST.

Este instrumento aplica ciclos alternados de pressão positiva e de pressão negativa promovendo o desencadear da tosse e a eliminação das secreções (Vieira e Sousa, 2016). A fraqueza muscular está muitas vezes associada à respiração superficial, com baixos volumes correntes, associada a uma capacidade vital pequena e uma tosse pouco eficaz, por redução da capacidade dos músculos inspiratórios e expiratórios (Mendes, Chorão, Martinho e Gabriel, 2013). Este dispositivo não invasivo promove a insuflação e de seguida a desinsuflação rápida, sendo que a transição rápida destas duas pressões proporciona um fluxo expiratório elevado, que pretende simular, de modo mais natural, a tosse, provocando assim uma mobilização de secreções facilitando a eliminação das mesmas nestes clientes com tosse ineficaz (Mendes, Chorão, Martinho e Gabriel, 2013). Esta técnica, potencia uma desobstrução das vias aéreas, assegurando a eliminação eficaz das secreções, melhorando a função pulmonar e impedindo a ocorrência de alterações fisiopatológicas que podem comprometer a eficácia da tosse e por consequência a ventilação pulmonar (Vieira e Sousa, 2016). Assim, a permeabilização das vias aéreas é uma área que requer muita atenção pelo EEER, sendo que o mesmo quando planeia estas intervenções deve fazê-lo de forma individualizada, tendo em conta fatores como a patologia do cliente, o grau de gravidade, a idade, os objetivos do programa entre outros (Cordeiro e Menoita, 2012). Foi também realizada drenagem postural modificada e aspiração de secreções, sendo que segundo os mesmos autores esta técnica não deve ultrapassar

os 15 segundos de duração, uma vez que a sua utilização pode provocar broncoespasmo, hipoxemia e traumatismo hemorrágico.

Após estabilidade hemodinâmica, como já referido os clientes são transferidos para a enfermaria, sendo que o PRC foi iniciado ainda com o cliente em UCIC. Este programa é aplicado de forma progressiva e contínua após a sua transferência para a enfermaria e posteriormente até à alta clínica, sendo o período médio de internamento de 5 a 6 dias.

Durante esta fase procurei planear e implementar planos de intervenção de reabilitação que promovessem as capacidades adaptativas do cliente com vista ao autocuidado. A mobilização precoce é um componente necessário e integrado na fase I do PRC, que maioritariamente envolve o treino de AVD. Este treino é parte integrante nos programas de Enfermagem de Reabilitação no sentido de proporcionar ao cliente a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após este evento agudo (OE, 2011).

Antes de se dar início às sessões de reabilitação da fase I, o EEER é responsável pela avaliação do cliente, a fim de concluir se o mesmo apresenta condições para integrar o programa. Nesta avaliação destacamos os seguintes componentes: o desconforto pré-cordial nas últimas 8 horas, valores de enzimas cardíacas (se encontram estáveis ou em decréscimo), sinais de insuficiência cardíaca (dispneia, uma auscultação pulmonar sem ferveores, edema dos membros inferiores) e eletrocardiograma (sem alterações nas últimas 8 horas) (ACSM, 2018). Esta avaliação é realizada de forma individualizada, de modo que os cuidados de reabilitação sejam centrados no cliente e nas necessidades que o mesmo apresenta. Durante este processo aprofundei o meu desenvolvimento de competências ao nível da interpretação da telerradiografia do tórax e da auscultação pulmonar.

O treino da auscultação pulmonar, que permite identificar os sons pulmonares, ao nível das grandes vias aéreas, foi um dos grandes desafios, todavia superado, uma vez que no final do ensino clínico conseguia distinguir sem dificuldade os diferentes ruídos adventícios (sibilos, crepitações, atrito pleural ou ronco). No PRC e no início de cada sessão em complementação com a avaliação dos sinais vitais que incluíam a pressão arterial, a frequência cardíaca e a oximetria era também realizada a auscultação pulmonar em paralelo com a interpretação da telerradiografia de tórax, uma vez que permitia o esclarecimento de alguma sintomatologia referida pelo cliente

e conseqüentemente um melhor planejamento, realização e avaliação das intervenções do programa (Menoita & Cordeiro, 2014). Numa fase inicial o EEER assumia um papel de assistência no autocuidado, progredindo para a supervisão e orientação da sua realização até à completa autonomia do cliente.

Preferencialmente as sessões diárias eram realizadas com uma duração 30 a 40 minutos, sendo que, como já foi referido, na pré sessão e pós sessão eram avaliados os sinais vitais e também a percepção subjetiva do esforço através da Escala de Borg. Ainda na unidade todos os clientes encontravam-se continuamente monitorizados e na enfermaria existia a monitorização cardíaca por telemetria e oximetria de pulso portátil que dávamos primazia à sua utilização aos clientes durante a sessão. Oportunamente, ao longo da sessão instruía-se o cliente sobre a autoavaliação do pulso radial.

Este programa é orientado por uma sequência de atividade programadas, baseado no protocolo do serviço, adaptado às limitações, necessidades e tolerância do cliente. Estas sessões incluíam também, técnicas de reabilitação funcional respiratória, como a dissociação dos tempos respiratórios, para uma consciencialização e controlo da respiração com o objetivo de uma coordenação eficaz dos músculos respiratórios, que se demonstra útil no levante, transferências e no autocontrolo das mobilizações. Os primeiros exercícios de mobilização articular ativa eram realizados no leito e simultaneamente o cliente era ensinado a expirar na fase concêntrica do movimento e a inspirar na fase excêntrica, sem sustentar a respiração na interfase (ACSM, 2018).

O primeiro exercício de autocuidado, neste caso a higiene pessoal, era realizado também no leito no primeiro dia. No segundo dia e após as primeiras mobilizações no leito e adquirido o conhecimento sobre o controlo da respiração, o cliente progredia para o treino de transferência e levante no cadeirão, sendo que no terceiro dia o plano de reabilitação evoluía para mobilizações ativas que envolviam os grandes grupos musculares do tronco e membros (exercícios de aquecimento na posição ortostática). Posteriormente, e sem sintomatologia referida, iniciava-se o treino de marcha com apoio, entre 5 e 10 minutos e a higiene pessoal seria realizada nas instalações sanitárias. No quarto ou quinto dia promovia-se a incrementação da intensidade das atividades através do treino de marcha que poderia progredir para 10 a 15 minutos e posteriormente da subida de escadas (12 degraus) com progressão gradual até 24 degraus. A sessão seria suspensa ou não se realizaria se os valores

de pressão arterial diastólica fossem superiores ou iguais a 110mm/hg, e de pressão arterial sistólica em superiores a 200mm/hg, o cliente apresentasse um aumento da frequência cardíaca superior a 20bat/min ou diminuição em 10bat/min (referentes à frequência cardíaca em repouso avaliada anteriormente) ou apresentasse arritmia auricular e/ou ventricular e sinais de intolerância ao esforço (ACSM, 2018).

O cliente e a família são esclarecidos de todo o processo de reabilitação assim como do treino precoce de AVD, sendo discutido com os mesmos as intervenções planeadas, numa estratégia de gestão de expectativas, objetivos, face à sua nova condição de saúde. É também no decorrer desta fase que os ensinamentos são introduzidos, ensinamentos esses acerca da identificação de sinais e sintomas de alarme, da gestão eficaz da fadiga, das técnicas de conservação de energia, assim como de estratégias aquando da sensação de fadiga (como o descansar entre os degraus na subida de escadas, adotar a posição de cocheiro de pé), um planeamento precoce das atividades a realizar e a adoção de posturas adequadas em cada tarefa (Velloso & Jardim, 2006).

Ao longo desta fase I, é fulcral a identificação dos fatores de risco cardiovasculares de maneira a implementar intervenções promotoras da modificação de comportamentos e a adoção por parte do cliente de um estilo de vida saudável. Para Piepoli et. al, (2106) a primeira abordagem sobre os fatores de risco cardiovascular deve ser realizada durante o internamento hospitalar, logo que o cliente reúna condições, físicas e psíquicas para tal. Assim e para além da identificação dos mesmos, o EEER deve definir o nível de conhecimento do cliente acerca destes, tendo consciência que a informação disponibilizada deve proporcionar aprendizagem e compreensão das recomendações do cliente e também da família (Carrá e Rauch, 2015). Outra componente a avaliar, a esclarecer e de uma importância extrema é a atividade sexual do cliente. É fundamental, explicar ao cliente as complicações sexuais frequentes após o acontecimento de um evento coronário. Estas complicações estão relacionadas com a redução da libido, a impotência e muitas vezes a cessação total da atividade sexual, sendo que esta alteração da vida sexual resulta muitas vezes em problemas psicológicos, como a ansiedade, a depressão e o medo de um novo evento coronário durante o ato sexual (Fuster, Walsh e Harrington, 2011). Importa referir que caso não haja contra-indicações o cliente pode iniciar a sua atividade sexual entre 14 e 28 dias após a alta hospitalar, sendo que estas datas são variáveis de acordo com a fração de ejeção, a presença de lesões nas coronárias não

tratadas, complicações ocorridas durante o internamento e tolerância e/ou intercorrências durante o programa de treino com exercício físico intra-hospitalar (Hernandez, 2009; Levine et al., 2012). Preferencialmente e numa perspetiva de poupança energética é aconselhável que no início da atividade sexual se deva incluir a masturbação, sexo oral e o aumento da duração da fase pré-orgásmica, não estando recomendadas posições que promovam um grande esforço físico, prevalecendo posições a um nível inferior e passivo, como decúbito lateral direito, posição deitado ou sentado numa cadeira com o parceiro na posição superior/ativa (Hernandez, 2009). Caso já exista previamente ao evento coronário disfunção sexual, o EEER pode referenciar o cliente para o médico (eventual prescrição do uso de inibidores da fosfodiesterase tipo 5). Reforçar que o uso constante desta medicação está contraindicado com a associação com nitratos, devido á hipotensão grave que pode provocar (Fuster, Walsh e Harrington, 2011; Mann, Zipes, Libby, Bonow e Braunwald, 2015). Outro ensino importante a instituir nesta etapa é a identificação dos sinais e alarme e estratégias de atuação do cliente. Nesta transmissão de informação estão incluídas a identificação de dor de características anginosa, o uso sublingual de nitratos, a autoavaliação do pulso radial como já foi referido entre outros (Hernández et al, 2017).

Outra avaliação a desenvolver nesta fase é a de identificação dos riscos psicossociais. Como já foi referido é um componente fundamental na prevenção de um novo evento coronário. Para Piepoli et. al., (2016a), o tratamento destes fatores pode contrariar o stress psicossocial, a depressão e a ansiedade, promovendo assim a alteração dos comportamentos e a melhoria da qualidade de vida. A minha intervenção primou predominantemente pela comunicação centrada no cliente, uma comunicação empática que ajuda a estabelecer e a manter uma relação de confiança, sendo uma fonte poderosa de apoio emocional. Deste modo, promovi uma escuta ativa e repetição das palavras-chave, disponibilizei tempo suficiente com o cliente, permiti que o mesmo se sentisse confortável para exprimir os seus medos e angústias, transmiti esperança, promovi pensamentos e ações adaptativas e sumariei os aspetos importantes da interação para o cliente confirmar que foi ouvido (Piepoli et. al., 2016a). Para este efeito e para o controlo de fatores psicológicos como o medo, a depressão e a ansiedade, foram também implementadas técnicas de relaxamento muscular.

Em clientes conscientes e ao longo do ensino clínico tanto a nível hospitalar como a nível da comunidade tive a oportunidade de diariamente realizar sessões de RFR, sendo que neste caso as intervenções realizadas eram com a participação ativa do cliente. Sumariamente estas sessões iniciavam-se com recurso a técnicas de relaxamento, com o cliente em posição dorsal com os membros inferiores semi-fletidos, o que reduzia a tensão psíquica e muscular, promovendo o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, cervical e membros superiores (MCEER, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012). Caso o cliente sentisse intolerância ao decúbito dorsal, por agravamento da dispneia ou desconforto, optava-se por técnicas de relaxamento em semi-Fowler e decúbito lateral com a cabeceira elevada. Realizei ensino para técnicas de expiração com os lábios semi-cerrados, com o intuito de prevenir e corrigir defeitos ventilatório, sendo a respiração diafragmática enfatizada no sentido de haver redução do trabalho respiratório e proporcionar uma maior excursão do diafragma. Realizei exercícios de reeducação diafragmática da porção anterior e posterior com e sem resistência, da hemicúpula direita e esquerda. A nível hospitalar a resistência foi aplicada manualmente, sendo que a nível da comunidade estas foram aplicadas com recurso a utensílios do domicílio. No contexto da comunidade e na enfermaria uma vez que a estabilidade hemodinâmica dos clientes era maior, apresentando menos dispneia e maior tolerância realizei exercícios de reeducação costal seletiva das porções posterior, anterior, inferior, lateral direito e esquerdo com abertura costal, terminando com a reeducação costal global com bastão (MCEER, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012).

A mobilização precoce, as intervenções que a promovem e a sua finalidade têm sido referidas ao longo do relatório e por esse motivo os planos de reabilitação desenvolvidos no ensino clínico em contexto hospitalar, têm o objetivo de prevenir a imobilidade, de promover o condicionamento físico, aumentar a força muscular, a amplitude muscular e a funcionalidade cardíaca do cliente. Nestas intervenções estão incluídas as técnicas passivas no cliente sob sedação com impossibilidade de colaborar, com o intuito de prevenir contraturas musculares, rigidez articular, compressão dos nervos periféricos, prevenção de úlceras de resão e prevenção de atelectasias e infeções do trato respiratório especificamente em cliente com tubo endotraqueal. Estas mobilizações foram realizadas com o objetivo de manter a amplitude articular e o comprimento das fibras musculares nos clientes com incapacidade de movimento voluntário. Assim torna-se imprescindível intervenções

nesta área uma vez que os efeitos da imobilidade têm consequências a nível dos vários sistemas corporais, cujos efeitos podem ser tão rápidos como a perda de 14 a 17% de fibras musculares nas primeiras 72 horas (Guedes, Oliveira & Carvalho, 2018).

Estes planos de intervenção foram também importantes na comunidade, especificamente num caso de um cliente de 76 anos do sexo feminino, previamente autónoma nas atividades de vida diária, que foi integrada na rede com o diagnóstico de AVC na artéria cerebral média (ACM) direita com quadro de hemiplégia à esquerda. Assim e neste contexto foram desenvolvidas e implementadas estratégias terapêuticas reforçando o posicionamento antiespástico, de maneira a facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade e prevenir a instalação do padrão espástico (Menoita, 2012). Foi também aplicado um programa de mobilização, que englobou todos os segmentos corporais, com exercícios passivos, ativos assistidos ou ativos livres a neuroplasticidade e reintegração do esquema corporal, sendo que durante estes exercícios o cliente foi incentivado a concentrar-se na sua execução promovendo a sua integração cortical. Com estes movimentos permitiu-se concomitantemente manter a amplitude articular, aumentar a força do hemicorpo esquerdo, normalizar o tónus muscular, manter a função e a integridade das estruturas articulares, manter a flexibilidade e melhorar a circulação de retorno (Hoeman et al, 2011). Foram promovidas automobilizações, como a ponte, o sentar, rolar na cama, a facilitação cruzada e a manutenção da posição ortostática, com o objetivo de reeducar o mecanismo de controlo postural.

Importa referir que nem sempre as estratégias foram realizadas no mesmo turno, uma vez que a cliente por vezes não se sentia capaz fisicamente para as realizar, sendo importante ao longo do estágio avaliar os planos de reabilitação, efetuando adaptações ao inicialmente previsto, de acordo com os resultados observados e condicionados à aplicação da estratégia. Estes planos de reabilitação foram traçados tendo em conta uma recuperação do cliente/família baseados no seu bem-estar e qualidade de vida fazem-se de avanços e recuos, sendo crucial o EEER ser detentor de competências humanas e técnicas para ajustar o plano aos objetivos definidos.

Estas intervenções de enfermagem de reabilitação produziram ganhos em saúde a vários os níveis, sendo perceptíveis e quase imediatos, aquando aplicadas as intervenções nas sessões de RFR, como por exemplo a otimização da função respiratória. As intervenções relativas às mobilizações precoces e treino de AVD

demonstraram ganhos na redução do risco associado à imobilidade e ganhos em conhecimento sobre estratégias de conservação de energia. No que diz respeito às intervenções de educação para a saúde houve ganhos na capacidade de o cliente e família se adaptarem à sua nova condição de saúde, sendo detentores de mais conhecimento sobre a sua doença, especificamente na DC, verificando-se um foco na alteração de comportamentos para um controlo não farmacológico dos FRCV modificáveis, promovendo uma dieta saudável, aumento do nível de exercício físico. Nas consultas de RC constatou-se que os clientes referiam mudanças significativas nos hábitos alimentares, que mantinham os exercícios realizados na fase I do PRC no domicílio e por vezes alguns casos de abstinência tabágica desde o evento coronário.

Saliento ainda que durante a fase I do PRC, é apresentada a fase II que se realiza no hospital. Uma vez que esta fase decorre no pós-alta quando o cliente se encontra no seu domicílio é fundamental o EEER aconselhar o cliente promovendo a motivação do cliente na participação das mesmas. Foi importante explicar que durante esta fase, o programa era desenvolvido em 2 dias da semana no horário compreendido entre as 16h-18h, sendo os participantes divididos em 2 grupos. Explicava-se que a fase II do programa era uma continuação das intervenções da fase I.

Posteriormente e de uma maneira mais detalhada abordaremos as mobilizações ativas resistidas e treino aeróbio que se desenvolvem na fase II do programa, que contribuíram para uma maximização da função cardiorrespiratória e motora.

1.2.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade ((CIF), 2004), a incapacidade é um termo tridimensional que engloba deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. Este termo é caracterizado como sendo a restrição na capacidade da pessoa em desempenhar determinada tarefa, de forma considerada normal para o ser humano.

Segundo a DGS (2004) existe uma diferença entre a deficiência, uma limitação de atividade e uma restrição da atividade, sendo que a deficiência segundo esta fonte

é um problema na função da estrutura do corpo, a limitação de atividade é a dificuldade que o cliente apresenta em enfrentar a atividade e a restrição de participação é o problema que a pessoa enfrenta quando está perante uma situação na vida real. Deste modo, a incapacidade não é só um problema de saúde, mas sim um fenômeno complexo que reflete as interações entre o meio ambiente, as suas características e as características da pessoa tendo em conta as limitações físicas e a sua atitude.

A doença coronária é um evento adverso de saúde que a longo prazo pode limitar o desempenho de funções no cliente, como por exemplo no desempenho das atividades do autocuidado (capacidade de andar, de se transferir de forma independente). Importa neste contexto salientar a diferença entre independência e autonomia, uma vez que independência traduz-se no ato e capacidade de executar o autocuidado, sem ajuda de terceiros, mas mais orientada para a capacidade funcional e autonomia traduz-se no ato e capacidade decisória no que diz respeito ao próprio e à sua vida, permitindo o favorecimento do bem-estar e participação social, sendo valorizada como direito e necessidade universal, proporcionando diminuição dos níveis de dependência e adesão do regime terapêutico implementado (Hain & Sandy, 2013). Para se ultrapassar as dificuldades apresentadas, as nossas intervenções enquanto EEER são muitas vezes realizadas no sentido de remover barreiras ambientais e sociais e também na promoção de autonomia, enquanto pré-requisito para uma participação efetiva no processo de reabilitação e na participação social sendo este último um dos últimos objetivos nos cuidados de reabilitação - a integração do cliente na sociedade independentemente das sequelas deixadas pela doença- (Cardol et. al., 2002b). Estas intervenções por parte do EEER, devem ser aplicadas junto do cliente e família, centrando-se primeiramente no cliente, no que o mesmo é capaz e não é capaz de fazer, procurando utilizar os seus próprios recursos, da família e da comunidade, de maneira ao cliente maximizar o seu potencial, seja ele pequeno ou grande, alcançando assim uma melhor qualidade de vida (OE, 2016a). Deste modo o EEER capacita o cliente, dando-lhe a oportunidade de comandar a sua vida, saúde e bem-estar, criando oportunidades de realização de atividades de autocuidado adequadas ao seu estado de saúde, sendo que estas têm de fazer sentido para o cliente “respeitando a sua vontade, os seus limites e os seus recursos” (Hesbeen, 2001, pág.35).

Ao longo estágio nos diferentes contextos clínicos e tendo sempre em conta os conceitos acima mobilizados, as atividades desenvolvidas foram essencialmente de encontro ao treino específico de AVD, promovendo a mobilidade, a acessibilidade a adaptação do cliente às suas limitações e simultaneamente a sua participação social (OE, 2010a). Deste modo, procurei implementar intervenções a vários níveis, com o objetivo de capacitar o cliente e família nesta fase de adaptação à sua condição de saúde, maximizando a sua autonomia, promovendo a sua qualidade de vida, uma educação para a saúde, uma gestão da doença crónica e a identificação de recursos familiares, comunitários e pessoais.

O treino de AVD, consistiu na progressão de exercícios cada vez mais complexos do ponto de vista neuro motor e cardiorrespiratório. Tendo em conta a capacidade do cliente, apresentada pela capacidade funcional e tolerância ao esforço, foi realizado treino de AVD e ações de autocuidado em contexto hospitalar que tentavam reproduzir as condições do ambiente domiciliar e envolvente. Assim o exercício de imaginação e reflexão, foi essencial no sentido de projetar cada ação para o contexto da pessoa, promovendo a reflexão da sua parte de como, quando, com o que, com quem e em que condições de segurança faria aquelas mesmas atividades no pós alta, permitindo-se antecipar dificuldades como, o subir e descer escadas, percorrer grandes distâncias, a necessidade de carregar pesos, assim como estratégias para superar essas limitações como as técnicas de conservação de energia, a monitorização do esforço através da escala de Borg modificada, ou a avaliação da FC através do pulso radial.

A gestão da doença cardíaca conduz necessariamente a alterações no estilo de vida do cliente (Bolas, 2017), sendo que evitar a repetição de novos eventos, evitar a progressão da doença e potenciais complicações, exige, para além do treino de AVD, a adoção de regimes terapêuticos que incluem o controlo de fatores de risco, a alteração de hábitos quotidianos, a inclusão da atividade física e da alimentação saudável (Bolas, 2017; DGS, 2017a, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE),(2017).

No decorrer do ensino clínico hospitalar, constatou-se que os clientes que se encontravam internados devido a eventos coronários súbitos, eram detentores de conhecimento relativamente aos seus comportamentos menos corretos decorrentes do seu estilo de vida (alimentação incorreta, inatividade física), que inevitavelmente conduziam aos seus fatores de risco cardiovasculares. Desta forma procurou-se a

transmissão de uma forma clara da informação correta, desmistificando crenças e capacitando a pessoa para assumir um controlo responsável sobre o seu processo de saúde e objetivos de vida, reforçando a autonomia.

A alteração do estilo de vida e a identificação dos comportamentos de autocuidado para uma gestão saudável do seu processo de saúde/doença é um processo com etapas e duração própria em que o tempo de internamento é claramente insuficiente. Neste sentido foram fornecidos folhetos informativos do serviço, relativamente a hábitos alimentares saudáveis, de exercício físico e fatores de risco cardiovascular. Simultaneamente e a todos os clientes que integravam a fase I do PRC era proposto a sua referência para uma consulta médica e de enfermagem de RC, para posteriormente, os mesmos serem integrados na fase II do PRC com agendamento das suas sessões. Esta consulta é o primeiro passo de integração da fase II do programa, e é realizada num período nunca superior a 15 dias, sendo que é composta por uma avaliação de enfermagem, que inclui a avaliação dos dados antropométricos (peso, altura e perímetro abdominal) e sinais vitais. Era avaliada a perceção do cliente sobre o seu estado geral e manutenção ou não da sintomatologia cardíaca, assim como aspetos psicossociais como sinais de depressão, ansiedade ou isolamento social. Eram identificados os FRCV que por algum motivo teriam sido ignorados no internamento e era validado o conhecimento sobre a medicação e adesão ao regime terapêutico. Eram reforçados os ensinamentos e esclarecimento relativamente à nutrição, cessação tabágica, atividade física e sexualidade, sendo que caso fosse pertinente os clientes eram referenciados para as respetivas consultas de nutrição, cessação tabágica ou psicologia de acordo com a avaliação feita pelo EEER. Uma das estratégias utilizadas para a manutenção da alteração do comportamento e manutenção de um estilo de vida saudável era convidar o parceiro ou familiar a envolver-se neste processo, aumentando o compromisso no sucesso do programa e potenciando os ganhos em saúde. Segundo vários autores os estudos que demonstram resultados mais duradouros na manutenção de comportamentos saudáveis são os que o parceiro ou parceira adotam o mesmo estilo de vida (Yates et. al., 2013; Richard et. al., 2017); Lampridou, 2019).

De uma maneira geral todos os clientes se mostraram bastante recetivos e participativos nos recursos que lhe foram fornecidos. Todavia as sessões da fase II do PRC eram muitas vezes iniciadas entre e 6ª e a 8ª semana após a alta hospitalar, sendo que a instituição disponibilizava uma consulta de seguimento, que era realizada

telefonicamente, o que permitia verificar (através do relato) o cumprimento terapêutico preconizado até ao início da fase II, assim como a continuidade na adoção de cuidados na prevenção e controlo dos fatores cardiovasculares identificados ao longo do internamento. Para além do citado, esta consulta tinha também como objetivos assegurar a segura transição do hospital para do domicílio, perceber a tolerância do cliente ao esforço no domicílio e validar a implementação de estratégias de mudança comportamental para controlo dos fatores de risco a longo prazo (Irwin & Tecklin, 2003).

No contexto domiciliário, as atividades desenvolvidas centraram-se, mais uma vez, predominantemente no treino de AVD. Neste contexto o cliente apresentava claramente a vantagem deste mesmo treino se efetuar no seu próprio ambiente, sendo que este facto permitia ao EEER trabalhar com o cliente e família, com um maior grau de adequação à sua realidade. A visita domiciliária, que no EC da comunidade era diariamente realizada, é um dos meios que o EEER pode usar para intervir. Através desta o EEER pode observar e registar o verdadeiro contexto e meio ambiente: as atividades da família, as relações afetivas, as condições habitacionais e posteriormente planear as atividades que promovem a maior independência no autocuidado tendo em conta a realidade do cliente e do seu cuidador. Assim, tive a oportunidade de avaliar as condições habitacionais, identificando as barreiras arquitetónicas de acordo com as limitações do cliente. Realizei o plano de intervenção individual, de acordo com as necessidades identificadas com o cliente e família, discuti com a orientadora e posteriormente implementei as intervenções planeadas, reeducando e otimizando funções ao nível, sensorial, motor, cardiorrespiratório, promovendo no cliente a utilização das suas capacidades em realizar o seu autocuidado e AVD de forma independente e mais autónoma possível.

Ao longo das visitas foi também importante conhecer as características socioeconómicas do cliente e família, assim como as suas características culturais e a nível da escolaridade, permitindo ao enfermeiro adequar o discurso ao interlocutor (Oliveira, 2008), de maneira que a transmissão da informação decorresse de forma objetiva e clara. De uma maneira geral as incapacidades encontradas foram relacionadas com a perda ou dificuldade na realização marcha, promovendo um treino de fortalecimento muscular, o treino de marcha e o treino de coordenação, sendo que a sua reeducação é um dos principais objetivos de reabilitação (Winstein et. al., 2016).

Esta incapacidade estava visivelmente presente numa cliente que teve a oportunidade de acompanhar no estágio em ECCI. Senhora de 89 anos, que foi referenciada para ECCI após episódio de AVC isquémico da Artéria Cerebral Média direita, com sequelas de hemiparesia do membro inferior esquerdo, com comprometimento de realização da marcha, em cliente que em fase prévia ao acidente vascular já apresentava dificuldade na marcha. Durante o internamento com relato de períodos de desorientação espaço-temporal, sendo diagnosticado à posteriori síndrome demencial.

Após a avaliação de enfermagem de reabilitação que inclui uma avaliação do estado mental que engloba a avaliação da consciência; orientação; atenção; memória; linguagem, uma avaliação neurológica através da avaliação dos pares cranianos, da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio da marcha, do assim como a alteração do padrão vesical e intestinal, da deglutição e da integridade cutânea, definimos como foco o comprometimento da marcha de acordo com os objetivos definidos pela família (promover o maior autocuidado nas AVD).

Assim e no que diz respeito ao treino de marcha este foi iniciado com ensino sobre a postura corporal e fases da passada. Foi também treinada a transferência da posição sentada para a posição ortostática com e sem auxílio das mãos, colocando os calcanhares atrás da linha dos joelhos e usando a musculatura glútea e abdominal. Foi realizado o treino de transferência da cama para de pé e vice-versa. Foi proporcionado produto de apoio para auxílio de marcha, sendo que neste caso a minha intervenção passou por fazer progredir a marcha auxiliada por andarilho para a marcha auxiliada por canadiana, com o devido ensino e uso correto, com o treino de mudança de direção, o transpor obstáculos, o treino de subir e descer escadas dos prédios, subir e descer rampas e caminhar em terreno irregular e arenoso. No que concerne ao treino da coordenação fina foram executadas ações como o apertar e desapertar botões da roupa, abrir e fechar frascos, separar feijão de grão-de-bico e pegar e utilizar os talheres.

No que diz respeito ao treino de fortalecimento muscular, foram incluídas as mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores, em toda a amplitude articular, frisando a aprendizagem sobre a execução destes exercícios. Este treino era efetuado mais assiduamente nos membros inferiores mais especificamente no membro inferior esquerdo, uma vez que aplicada a escala Medical Research Council Muscle Scale na avaliação de enfermagem de reabilitação da cliente todos os

membros apresentavam força 5/5 exceto o membro inferior esquerdo que apresentava força 4/5 segundo a escala descrita. Deste modo, a cliente era incentivada a manter as práticas realizadas durante a sessões várias vezes ao dia, como por exemplo as mobilizações ativas sem resistência deveriam ser realizadas entre 2 a 3 vezes por dia com 10 repetições em cada movimento articular, sendo que as mobilizações ativas resistidas, deveriam ser executadas entre 2 vezes por semana com 8 repetições e 1 a 3 séries envolvendo os grandes grupos musculares dos membros inferiores (flexores e extensores da coxa, flexores e extensores do joelho e flexores plantares do tornozelo) e dos membros superiores (flexores e extensores, abdutores e adutores, rotadores do ombro e flexores e extensores do cotovelo) (ACSM, 2018; Hendrey et. al., 2017). Estas intervenções para além de melhorarem a força muscular, contribuíram também para a melhoria da propriocepção, equilíbrio e o desenvolvimento da motricidade fina (Kwakkle et. al., 1999; Kligyte et. al., 2003; Canning et. al., 2004).

Assim, as intervenções desenvolvidas foram realizadas numa estratégia de aumento da complexidade e exigência dos exercícios e tarefas, com uma diminuição gradual da assistência e intervenção do EEER e desmame dos produtos de apoio, sendo que as mesmas contribuíram para uma favorável e positiva adaptação às novas condições de vida, capacitando o cliente a ser autónomo nas AVD e na mobilidade, permitindo desenvolver ações de autocuidado de forma independente e segura. Todas elas tiveram como objetivo capacitar o cliente com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação (OE, 2010a), sendo o meu papel compensar parcialmente e apoiar e educar (Orem, 2001) o cliente e família que se encontravam em processo de transição sem haver necessidade de substituição completa na execução das atividades do autocuidado, orientando, apoiando e educando o cliente e família numa distribuição de responsabilidade pela realização das tarefas de autocuidado (Petronilho, 2012).

1.2.3 Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O rendimento funcional de cada cliente, o seu desenvolvimento pessoal e o seu potencial para o rendimento funcional passam pela promoção, por parte do EEER, de atividades que maximizem o desempenho motor e cardiorrespiratório, através do planeamento, implementação e avaliação de planos de treino (OE, 2001a).

Importa assim, clarificar alguns conceitos relacionados com a atividade física, uma vez que as intervenções do EEER, no que diz respeito ao rendimento funcional, estão diretamente relacionadas com o treino em clientes com diferentes capacidades ou níveis de aptidão física.

A atividade física diz respeito a qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos com um gasto de energia superior ao do metabolismo basal (Caspersen et. Al., 1985). Segundo *American College of Sports Medicine* (2018) a atividade física é definida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração muscular esquelética que resulta num aumento substancial das necessidades calóricas sobre o gasto de energia em repouso. Todavia os termos exercício físico e aptidão física embora relacionados, são distintos de atividade física (World Health Organization (WHO), 2007). O exercício físico é classificado como uma subcategoria da atividade física e é definido como sendo um conjunto de atividades planeado, estruturado e com movimentos repetitivos, que são efetuados para melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Aptidão física é caracterizada como sendo um conjunto de atributos que incluem aptidão cardiorrespiratória (capacidade do sistema respiratório em fornecer a quantidade de oxigénio necessária durante a atividade física), resistência (capacidade de o músculo exercer a sua função sem presença de fadiga), força muscular (capacidade do músculos exercer a força necessária), composição corporal, flexibilidade (amplitude de movimento de cada articulação), equilíbrio (manutenção do equilíbrio estático e em movimento), agilidade (capacidade de transitar de posição com velocidade e precisão), coordenação (capacidade de usar os sentidos, como a visão e audição em simultâneo com a atividade) e o tempo de reação e vigor (tempo entre a estimulação e o início da reação) (ACSM,2018), que os clientes apresentam ou adquirem e estão relacionadas com a habilidade ou capacidade de desempenhar a atividade física assim como com a saúde.

Julgo ser pertinente uma reflexão acerca das intervenções do EEER nesta área, uma vez que embora o mesmo esteja numa posição autónoma, utilizando o exercício como medida terapêutica, a prescrição do mesmo é tradicionalmente uma competência atribuída ao fisiatra, cardiologista, fisiologista do exercício ou médico de medicina desportiva. Todavia, segundo a descrição da competência pela OE, o EEER tem como competência atribuída a maximização da função corporal, seja na sua componente cardiorrespiratória, motora ou outra, através do treino de exercício.

Assim, é imperativo o mesmo dominar princípios gerais da prescrição do exercício, para que, no planeamento, implementação, monitorização do exercício, assim como no seu aconselhamento, o realize com critérios cientificamente suportados.

Cada vez mais são visíveis e estão descritos na literatura nas mais diversas áreas os benefícios desta prática. A evidência científica demonstra uma relação inversa entre os níveis de atividade física e a prevalência de um grande número de doenças súbitas, crónicas e mortalidade, entre elas a diabetes *mellitus* tipo II, obesidade, osteoporose, depressão, disfuncionalidade cognitiva e motora, quedas, havendo uma forte evidência de dose-resposta com a atividade física nas DC (ACSM, 2018).

No que diz respeito à função cardiovascular e respiratória, os efeitos da atividade física são também evidentes. Quando executado, o exercício físico origina um aumento da capacidade de consumo máximo de oxigénio (VO_2 máx.), consequência de adaptações centrais e periféricas, o que permite um maior fornecimento de oxigénio muscular, diminuição da ventilação por minuto, diminuição do consumo de oxigénio pelo miocárdio, diminuição da PA e FC, aumento do limiar anaeróbio, aumento da densidade capilar do músculo esquelético, melhor perfusão, uma melhor tolerância ao esforço e um aumento do limiar de exercício para o aparecimento de sinais e sintomas de isquemia cardíaca (ACSM, 2018). Paralelamente a estes benefícios, os efeitos no controlo não farmacológico dos FRCV estão também correlacionados, já que o exercício provoca uma diminuição da PA diastólica e sistólica em repouso, aumenta os níveis séricos de colesterol LDL (Low Density Lipoprotein) e diminuição de triglicéridos, uma diminuição da adesividade e agregação plaquetária e uma diminuição da gordura corporal total e intra-abdominal. Outros benefícios estão relacionados com a redução da ansiedade e depressão, melhoria da condição física prevenindo e atenuando limitações funcionais, maior independência e redução do risco de lesão e quedas nos clientes idosos, melhoria no sentimento de bem-estar, no desempenho laboral e recreativo. Sendo uma terapêutica efetiva na gestão e melhoria da condição clínica em diversas doenças crónicas, estes efeitos conduzem a uma diminuição da mortalidade e morbilidade (ACSM, 2018).

Estão também registados os benefícios no que diz respeito ao reforço muscular - parâmetros funcionais de força, resistência e potência muscular. Uma maior força muscular está associada a um melhor perfil metabólico cardíaco, redução de episódios de DC e conseqüentemente menos risco de mortalidade. O treino resistido melhora a composição corporal, o nível de glicémia e a sensibilidade à insulina,

produzindo melhores resultados no controlo da hipertensão arterial, no perfil lipídico, potenciando o cliente a caminhar mais rápido e mais longe (ACSM, 2018).

É com base nesta evidencia que os PRC incorporam a componente de treino de exercício, sendo que a fase II deste programa seguem as normas estabelecidas para a DC – de acordo com as *guidelines* para a prescrição de exercício da American College of Sports Medicine (2018), quer na avaliação do cliente, quer na implementação do plano de exercício.

A primeira sessão desta fase é direcionada à avaliação funcional, baseada em dez exercícios da Escala Avançada de Equilíbrio de Fullerton (Rikli & Jones, 1999; Batista & Sardinha, 2005). A escala referida destina-se a identificar alterações do equilíbrio em adultos idosos ativos (funcionalmente independentes), e foi desenvolvida para colmatar algumas limitações da escala de Berg (mais apropriada para populações frágeis). O seu desenvolvimento teve em conta três componentes desta função (sensorial, musculoesquelética e neuro motora. Esta é uma medida baseada no desempenho do cliente que de uma forma geral aborda as várias dimensões do equilíbrio, através de atividades de equilíbrio estático e dinâmico, realizado em diferentes ambientes sensoriais (OE, 2016).

É, também, como já foi referido anteriormente avaliado o peso, altura e o perímetro abdominal. O Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro abdominal são indicadores de gordura abdominal com distribuição intra-abdominal, que comportam um maior risco cardiovascular, sendo o IMC alvo 20-25kg/m² e perímetro abdominal menos que 94cm nos homens e menos que 80 cm nas mulheres (Piepoli et. al., 2016). Assim nesta sessão, é aplicada a bateria de testes de Fullerton (Fullerton Funcional Fitness Test) composta por: o levantar e sentar de uma cadeira (avalia a força e resistência dos membros inferiores e integra a contagem do número máximo de vezes que o cliente consegue levantar-se para a posição ortostática a partir de uma posição sentado em 30 segundo), o fletir do cotovelo (avalia a força e resistência dos membros superiores contando o número de vezes que o cotovelo é fletido em toda a sua amplitude com um haltere num período de 30 segundos, sendo que o peso do haltere para o homem foi de 4kg e o da mulher de 3kg), o sentar e alcançar o pé (mede a distância percorrida pelas mãos em direção à ponta do pé e avalia a flexibilidade do tronco e dos membros inferiores), o sentar e caminhar 2,44m e voltar a sentar (avalia a velocidade, a agilidade e equilíbrio através da contagem do tempo que é necessário para realizar o teste), o sentar e alcançar as mãos atrás das costas (mede a distância

mínima entre as mãos e avalia a flexibilidade dos ombros) e por fim o teste de marcha de 6 minutos (que mede a distância máxima percorrida em ida e volta num espaço de 25m em 6 minutos e avalia a capacidade aeróbica para o exercício) (Rikli & Jones, 1999; Batista & Sardinha, 2005).

A seleção deste grupo de testes foi concebida tendo em conta a consideração, a validade, a fiabilidade, destacando a capacidade de ser reprodutível, representando a maioria das componentes da aptidão física funcional, isto é, os parâmetros físicos que suportam a execução das tarefas de vida diária de forma independente possível de aplicar em qualquer ambiente (Batista & Sardinha, 2005).

Nesta fase, as sessões têm a duração de até 60 minutos, tendo em conta a tolerância do cliente. São realizadas 2 vezes por semana num total de 18 sessões para cada cliente com baixo risco de estratificação e até 48 sessões para clientes com risco moderada a elevado. Os clientes considerados de baixo risco e moderado, realizam o treino de exercício no ginásio, nas instalações do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, sendo que os clientes com risco elevado realizam o treino em instalações adjacentes à UCI, sob monitorização contínua de eletrocardiografia (ECG), onde o EEER não integra a equipe motivo pelo qual a minha presença foi exclusivamente no ginásio com o orientador. Neste caso as sessões são supervisionadas pelo cardiologista com presença contínua do técnico de cardiopneumologia.

Este mesmo ginásio está dividido em duas salas que comunicam por um pequeno corredor. Uma sala é dedicada à avaliação inicial, aquecimento, treino de resistência e alongamentos e a outra sala dedicada à monitorização e treino aeróbio. No início da sessão é realizada a avaliação dos sinais vitais e colocada nos clientes a monitorização contínua. Nos clientes com baixo risco é colocada a banda torácica com cardiofrequencímetro, sendo que a FC era visível nos aparelhos de treino aeróbio (passadeira rolante e cicloergómetro), e os clientes com risco moderado é colocada monitorização ECG por telemetria cujo traçado é visível num monitor na sala de treino aeróbio. No final da sessão é realizada uma reavaliação dos mesmos parâmetros. No que diz respeito à intensidade do treino, esta é determinada através da fórmula de Karvonen, por limites de frequência cardíaca de reserva (FCR), sendo necessário ter conhecimento da FC máx., dado fornecido pela prova de esforço realizada antecipadamente, assim como a frequência cardíaca de repouso (FC rep.), ou seja: $FRC = FC \text{ máx.} - FC \text{ rep.}$. Importa referir que a zona de treino prevista para a DC é

entre 40% e 80% da FCR. Caso um cliente manifeste dor pré-cordial e/ou alterações eletrocardiográficas no segmento ST a partir de uma determinada FC, durante a prova de esforço (limiar isquêmico), o limite da FC para o treino de exercício deverá ser menos 10bat/min que este valor, e a prova é suspensa (ACSM, 2018).

Outro recurso de monitorização de intensidade do treino ao qual frequentemente se recorre durante as sessões é a escala de Borg modificada, que embora reflita uma percepção subjetiva, é orientadora já que o cliente consegue transmitir uma informação relativamente ao cansaço/esforço sentido, pretendendo-se uma intensidade de esforço que se situe entre 3 e 6.

O treino inicia-se com um período de aquecimento entre os 5 a 10 minutos, com exercícios que envolvem movimentos articulares ativos e resistidos de pé ou deitado. O treino resistido é preferencialmente executado antes do treino aeróbio, com o objetivo de potenciar os ganhos em força muscular. Idealmente o treino de força inicia-se com baixas resistências, de modo a permitir executar-se por parte do cliente 10 a 15 repetições sem grande esforço e posteriormente selecionar-se resistências que correspondem a aproximadamente 40% a 60% da resistência e 1 a 3 séries com exercícios dos membros superiores e membros inferiores. A progressão do trabalho é efetuada primeiro através do aumento do número de repetições e/ou séries, ou diminuindo-se os intervalos de repouso entre os diversos exercícios, aumentando-se posteriormente a resistência. Poder-se-á aumentar a resistência em 5% sempre que o cliente consiga executar o exercício de forma confortável (Cordeiro & Menoita, 2012).

Relativamente ao treino de resistência são utilizados 8 a 10 exercícios que favorecem os movimentos dos principais grupos musculares e propostos exercícios que abrangem diversas articulações. Recorria-se a halteres, caneleiras, elásticos, bolas medicinais e o próprio peso do corpo para um desenvolvimento neuromotor ou funcional. Os exercícios de aquecimento e resistidos são planeados e implementados juntamente com o fisioterapeuta da equipa multidisciplinar, sendo essencial a criatividade, a inovação, apresentando-se propostas variadas, aproveitando e utilizando todo o material. É importante o EEER ensinar sobre a técnica correta de cada exercício, tendo simultaneamente a função de ensino e supervisão sobre a correta técnica de respiração (inspirar na fase excêntrica e expirar na fase concêntrica), realizando o movimento articular em toda a sua amplitude (Weston et al., 2014; Ketevisian et al., 2014).

Por conseguinte seguia-se o treino aeróbio contínuo, que se realiza em uma bicicleta estática e/ou em passadeira rolante. A duração deste treino é aproximadamente 20 a 40 minutos, devido ao tempo dedicado ao treino das outras componentes de aptidão física (flexibilidade e resistência). Para clientes com menos capacidade funcional o exercício aeróbio poderá ter a duração de 5 a 10 minutos com um aumento gradual de 1 a 5 minutos por sessão ou aumento de 10 a 20% por semana. Para os clientes com maior capacidade funcional a progressão do treino é realizada de forma contínua, começando-se na zona de FCR 40% até chegar a 80%. Ao longo do tempo e face ao melhor desempenho gradual do cliente, aumenta-se paralelamente a autoconfiança e autocontrolo no treino, sendo proposto realizar sessões de treino intervalado de alta intensidade, normalmente a partir da quarta semana (para quem realizava 18 semanas), ou a metade do programa da Fase II (Piepoli et al., 2016a; ACSM, 2018).

A sessão de treino intervalado de alta intensidade iniciava-se com 5 patamares de 2 minutos a 80 a 90% da FCR, intervalando-se com 1 minuto de pausa ativa, preferencialmente abaixo dos 60% da FCR, aumentando-se progressivamente por semana 1 patamar. Para Weston et. al., (2014) e Ketevisian et. al., (2014) este tipo de treino é seguro e apresenta melhores resultados no rendimento aeróbio e na maximização da função cardiorrespiratória, quando comparado com o treino aeróbio contínuo de intensidade moderada, sendo perceptível pela resposta positiva do cliente relativamente a este mesmo rendimento, aumentando a sua resistência associada à maximização supracitada.

Finalizado o treino aeróbio na passadeira e/ou o cicloergómetro seguia-se o arrefecimento e alongamentos durante aproximadamente 10 minutos privilegiando-se novamente os grandes grupos musculares e as principais articulações da coluna lombar, membros superiores e membros inferiores. É aconselhável que se realizem alongamentos no seguimento da atividade física aeróbica e de resistência, prevalecendo os alongamentos do tipo estático e dinâmico, sendo que este deve ser mantido por 10 a 30 segundos até ao momento em que se sente tensão ligeira ou um discreto desconforto. Estes devem ser repetidos 2 a 4 vezes, perfazendo um total de 60 segundos por grupo muscular (Piepoli et. al., 2016aa; ACSM, 2018).

Nesta fase o EEER tem a autonomia para gerir o treino aeróbio dentro da zona de FCR prescrita, apresentado um papel fundamental na dinamização do treino, monitorizando o desempenho do cliente numa constante atenção aos sinais de alarme

e intolerância ao esforço, assegurando que os exercícios são realizados de forma progressiva, adequada e com o máximo de segurança. A relação terapêutica entre o EEER e o cliente permite-nos promover o reforço dos ensinamentos, esclarecer dúvidas, validar as medidas terapêuticas, motivar e encorajar que é determinante na maximização da função cardiorrespiratória.

No que diz respeito ao contexto comunitário tive a oportunidade de dar continuidade ao processo de reabilitação respiratória de uma cliente com 89 anos, que embora a referenciação para a ECCI, fosse a presença de um quadro de limitações funcionais após um AVC isquémico da Artéria Cerebral Média Direita (apêndice II), a mesma era portadora de enfisema pulmonar, com oxigénio de longa duração de 1l/min 16h. Procurando ver a cliente como um todo, as intervenções foram direcionadas igualmente para esta comorbidade, com o objetivo de prevenção da sua exacerbação e do ciclo de descondicionamento físico associado ao enfisema pulmonar, maximizando a sua função respiratória. Neste sentido, o planeamento seguiu-se tendo em conta a reabilitação respiratória que não se limita ao treino de exercício, mas sim na educação do cliente e familiares, nas intervenções de autocontrolo na gestão da doença, na otimização da terapêutica, alteração do comportamento, com o intuito de melhorar a condição física e psicológica do cliente (GOLD, 2019).

Paralelamente ao treino de exercício clarificado no apêndice II, foram implementadas intervenções de RFR e ensino de técnicas de conservação de energia. Durante estas sessões eram monitorizados os sinais vitais através da avaliação da PA, FC, SpO2 e dispneia através da aplicação da escala de Borg modificada. Segundo a GOLD (2019), a saturação de oxigénio periférica deverá manter-se acima de 90%, durante a atividade e o nível de dispneia entre o 4 e 6 na escala de Borg modificada. As sessões iniciaram-se pelas técnicas de RFR e de seguida o treino resistido, de acordo com a capacidade da cliente. Para ACSM (2019), o treino de resistência é mais importante que o treino aeróbio no condicionamento muscular desta doença. Realizou-se o treino 3 vezes por semana utilizando-se pesos livres de 1kg nos membros inferiores (caneleira), membros superiores (halteres) e quando necessário bastão. A cliente demonstrava colaboração na execução dos exercícios, todavia quando colocados os incrementos na carga, a mesma revelava desconforto e um esforço subjetivo que classificava de 7 (escala modificada de Borg). Assim, a resistência foi mantida no 1kg, sem se fazer progressões, por 2 séries de 5 a 10

repetições em cada exercício, com o objetivo de promover a resistência muscular ao invés da força e potência que se poderia alcançar com mais peso e menos repetições. Foram também implementados exercícios de flexibilidade estáticos e dinâmicos das articulações trabalhadas anteriormente, com alongamento mantido por 10 a 30 segundos (ACSM, 2018).

Estas intervenções permitiram o controlo de sintomas, a manutenção do desempenho das atividades de vida diária, a capacidade para o exercício, o condicionamento físico, resultados que foram ao encontro das expectativas da cliente. O plano de intervenção implementado foi de acordo com os objetivos preconizados pela Direção Geral de Saúde (2009), nomeadamente no que diz respeito ao aumento da capacidade de autocontrolo da doença e redução da dependência dos serviços de saúde.

AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO

Nesta fase, é fundamental fazer uma reflexão acerca do percurso realizado, identificando os aspetos positivos que contribuíram para a aplicação do projeto assim como os aspetos menos positivos e as dificuldades vivenciadas durante o estágio nos diferentes contextos, fazendo uma apreciação dos resultados obtidos tendo em conta os objetivos propostos inicialmente.

O planeamento e construção do projeto de formação foi o ponto de partida para o desenvolvimento das competências do EEER na área de RC no cliente com EAM. O projeto foi estruturado em torno desta temática, tendo a perceção que o estágio estaria dividido em dois contextos distintos, pelo que as intervenções planeadas teriam de ser adaptadas de acordo com os clientes que cuidei. Todavia e como complemento para a elaboração do projeto de formação foi necessária a procura de evidência científica acerca da RC assim como da importância do papel do EEER, procurando permanentemente identificar as melhores práticas, que me permitiram intervir de maneira rigorosa e segura.

Ao longo dos EC foi desenvolvida uma constante e profunda reflexão sobre o processo de enfermagem e a prática de cuidados, recorrendo sempre que necessário aos enfermeiros orientadores, com o objetivo de confrontar a evidência científica com os cuidados de enfermagem de reabilitação em prática. Foi visível que em ambos os contextos clínicos, as intervenções dos EEER baseavam-se em linhas orientadoras, principalmente no que diz respeito à componente do PRC e a maneira como é aplicado aos clientes e família.

O PRC no hospital onde estagiei, teve início em 2004, com um crescente gradual de número de clientes no PRC, sendo que é notório que atravessa um momento de melhoria e crescimento contínuo, como por exemplo no que diz respeito ao registo informático e à melhoria e aquisição de equipamentos de monitorização e melhoria das infraestruturas intra-hospitalares.

No que diz respeito aos registos de enfermagem, estes eram realizados nos sistemas de informação informatizada de cada serviço e em suporte de papel durante a Fase I do PRC, sendo a minha contribuição, neste âmbito, a revisão e atualização da folha de registo específica para a fase I deste programa.

Todas as intervenções de EEER, assim como o objetivo das mesmas eram transmitidas à equipe com o intuito de se dar continuidade aos cuidados de reabilitação. No que diz respeito aos registos de ER estes eram elementos cruciais uma vez que as nossas intervenções são muitas vezes “invisíveis”, pela ausência de um programa específico para as intervenções de ER, sendo que os mesmo são a maioria das vezes efetuados em texto livre, tornando-se muitas vezes de acesso difícil para efeitos de verificação da qualidade dos cuidados.

Embora existam focos de atenção e intervenções que são atribuídos ao EEER, não são exclusivos destes, sendo que a nível estatístico o tratamento destes dados não permite distinguir o que foi realizado especificamente pelo EEER e pelos enfermeiros de cuidados gerais, e consequentemente, o impacto das suas intervenções.

Como já foi referido, ao longo do trabalho, a promoção do autocuidado para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável foi a abordagem principal do trabalho realizado para e com os clientes, uma vez que a DC evolui pelo défice de ações promotoras de saúde, com hábitos nocivos mantidos ao longo da vida. O modelo de cuidados de enfermagem de Dorothea Orem, serviu de base à realização dos cuidados, sendo possível relacionar e perceber a abrangência do conceito de autocuidado, sendo uma base sólida e relevante para a reflexão sobre a prática clínica e os fenómenos de interação entre o enfermeiro e o cliente.

Utopicamente, a minha intervenção ao longos dos EC foi idealizada nas três fases da RC, seguindo a ordem preconizada: Fase I no intra-hospitalar, Fase II no ambulatório e Fase III na comunidade, todavia apenas as duas primeiras fases foram conseguidas, uma vez que a continuidade dos cuidados do PRC exige condições que não estão habitualmente, e infelizmente, disponíveis no contexto comunitário. Apesar dessa limitação, no contexto clínico da comunidade tive o privilégio de encontrar pontos comuns da intervenção do EEER na Fase III, não se limitando à componente do exercício físico, mas também à promoção e manutenção dos bons comportamentos que contribuem para a melhoria da sua adaptação às atividades de vida diária, promovendo a autonomia e a qualidade de vida. Considero, portanto, que a não realização da Fase III como preconizada habitualmente nos PRC, não trouxe nenhum prejuízo para os objetivos de estágio anteriormente planeados, tendo surgido oportunidades de aprendizagem de maior diversidade, como por exemplo na área de RFM e RFR, que por conseguinte, contribuiu para um desenvolvimento mais sólido

nas diferentes competências do EEER. Contudo, não restam dúvidas que esta fase deveria ser uma realidade efetiva e mais generalizada na comunidade, uma vez que existe uma procura sustentada da manutenção de um percurso de reabilitação do cliente no seu meio familiar e da sua integração na comunidade. Os processos de mudança de comportamento e a adesão a estilos de vida saudáveis e duradouros exigem continuidade e condições de acompanhamento e suporte na comunidade.

A integração no Serviço de Cardiologia e na equipa multidisciplinar foi facilitada, devido à minha experiência profissional ser inteiramente em contexto hospitalar, onde os recursos estão em regra disponíveis em tempo oportuno, e onde a interação com os pares e, com os outros membros da equipa, a manipulação de equipamentos e dispositivos médicos era semelhante ao serviço onde exerço. Todavia e apesar de alguma familiaridade, houve necessidade de uma adaptação que esteve diretamente relacionada com a condição de estagiário de especialidade de enfermagem de reabilitação, implicando uma observação tenta de prática diferente, intencional, especializada e crítica das dinâmicas, normas e procedimentos. Foi também notório o reconhecimento pela equipa e orientadora do trabalho desenvolvido pelo EEER.

Também em contexto comunitário este reconhecimento foi visível, sendo que o EEER é o gestor de caso de eleição e o elo entre os clientes e a equipa multidisciplinar. Apesar de o ritmo da tomada de decisão acontecer de forma menos imediata e evidente e os elementos da equipa estarem com frequência dispersos, a intervir no terreno, os processos desenvolvem-se de forma mais lenta e gradual, sendo responsabilidade do EEER a sua dinamização e agilização. O EEER trabalha frequentemente sozinho, sendo que, ao contrário do meio intra-hospitalar onde há sempre um elemento a quem se pode recorrer, na comunidade a responsabilidade na tomada de decisão assume um peso maior. Senti neste contexto que o processo de integração envolveu um esforço maior de adaptação, sendo mais moroso, ainda que em ambos os contextos me tenha sentido completamente integrada.

Ainda relativamente à tomada de decisão, independentemente dos recursos existentes em cada contexto e na maior ou menor facilidade na sua mobilização, esta foi sempre baseada no maior interesse do cliente e família, respeitando as suas crenças, valores morais e a sua vontade. Foram estabelecidas relações de confiança através de uma atitude empática, adotando uma comunicação adequada e clara. O planeamento dos cuidados de reabilitação foi sempre visto pelo cliente e pela família

como uma mais-valia no seu processo de recuperação e adaptação à sua nova condição de saúde.

Tive a oportunidade de identificar condições de incapacidade, limitação de atividades e restrição da participação através de uma avaliação rigorosa do cliente através do recurso aos instrumentos de medida adequados, sendo sempre pertinente a recolha de informação sobre as alterações da funcionalidade, identificando possíveis problemas suscetíveis de intervenção do EEER. Defini objetivos individuais para cada cliente, monitorizando regularmente a evolução da implementação dos planos de reabilitação e determinando os ganhos em saúde, reajustando sempre que necessário as intervenções.

No que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades predominantemente motoras, a execução e orientação correta das técnicas, exigiu treino da minha parte. A aplicação das técnicas de treino de realização de AVD, conservação de energia, posicionamentos, mobilizações, transferências, prescrição e utilização dos produtos de apoio e técnicas de RFR exigiu um desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo, promovendo a aquisição da destreza e sensibilidade, as quais só é possível ser detentor através da sua repetição e aplicação em diferentes cenários e clientes. Outro domínio grandemente desenvolvido foi ao nível da comunicação, pelo domínio necessário dos conceitos e procedimentos de reabilitação para ser transmitida confiança ao cliente e família alvos dos cuidados. A aquisição gradual de um elevado nível de competência humana, científica e técnica permitiu-me conquistar uma progressiva e crescente autonomia em ambos os contextos.

Ambos contextos clínicos permitiram a implementação de intervenções diversificadas, direcionadas a clientes com doenças crónicas, agudas, com sequelas, em todo o ciclo de vida, otimizando a sua função motora, sensorial, cardíaca, cognitiva, respiratória e da sexualidade. Durante a realização deste estágio, foi possível a conceção e implementação de planos de reabilitação ao cliente com DC e mais especificamente ao cliente com EAM, em todo o seu percurso hospitalar e ambulatório, com acompanhamento na consulta de RC e na fase de treino de exercício. Durante a fase mais aguda em UCI, intervimos igualmente em clientes com necessidades ao nível da função respiratória por se encontrarem sob ventilação mecânica invasiva. Foi essencial e gratificante o processo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação em clientes ventilados, já que pude “transportar”, o conhecimento adquirido para o meu local de trabalho, como, por exemplo, no que diz

respeito à interpretação da telerradiografia do tórax, à auscultação, nas diferentes técnicas promotoras de adaptação ao ventilador, da permeabilização das vias aéreas e otimização da relação perfusão/ventilação. Tive a oportunidade de acompanhar o percurso dos clientes com EAM, na UCI, na enfermaria e posteriormente em ambulatório, dando continuidade ao PRC, que nestes contextos se focava no ensino sobre as técnicas de conservação de energia, monitorização do esforço e FC, treino de marcha e subida e descida de escadas. A componente de educação para a saúde é uma constante ao longo deste percurso numa fase inicial para identificação dos FRCV e posteriormente num aconselhamento nutricional, na cessação tabágica na promoção da atividade física e no controlo não farmacológico dos fatores de risco.

Todas as atividades implementadas e executadas preveniram as complicações da imobilidade promovendo tão cedo quanto possível a independência e autonomia do cliente. A transmissão de informação acerca da DC e sinais de alarme contribuíram para o autocuidado mais efetivo, uma melhor gestão do esforço e maior qualidade de vida dos clientes e família.

Assim e em jeito de conclusão, devido às características dos clientes junto de quem intervimos e de acordo com as necessidades de reabilitação identificadas, sinto que as oportunidades que tive ao longo do percurso foram plenamente aproveitadas, o que me permitiu atingir as competências de EEER, alcançando os objetivos inicialmente planeados e superando-me enquanto pessoa e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências, aprendizagens, vivências e os resultados obtidos com a implementação deste projeto são descritos aqui da forma mais transparente possível, todavia não se esgotam neste relatório, sendo necessário uma reflexão contínua sobre a nossa prática, com uma atualização constante da informação acerca dos cuidados especializados.

Este percurso de valorização profissional, implicou a saída da minha zona de conforto, empenhando tempo e esforço na busca de conhecimento, na adaptação a uma nova realidade de cuidados, e ao domínio de habilidades muito específicas no contexto de enfermagem de reabilitação. Embora as oportunidades vivenciadas não tenham sido suficientes para a implementação de intervenções de reabilitação em determinadas áreas como a eliminação e a alimentação, penso, como já referi anteriormente ter concluído com sucesso o percurso de aquisição de competências técnicas, científicas e humanas a que me propus.

Ao longo deste caminho curricular, assim como atualmente, exerço funções no Serviço de Urgência Geral, junto de clientes que necessitam, entre outras áreas, intervenções ao nível da reabilitação da função neuromotora, cardíaca, mas essencialmente ao nível da função respiratória, sendo que através do conhecimento adquirido e das competências adquiridas tornou-se uma mais-valia na minha prática diária. Sou hoje uma enfermeira com uma prática profissional melhor e mais fundamentada numa base da evidência científica sólida, com um olhar mais crítico, com capacidade de tomada de decisão mais segura e clara e capaz de um exercício profissional especializado.

BIBLIOGRAFIA

- A. Abreu et al., (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Portuguese Journal of Cardiology*. 37(5): 363-373.
- ACCF/AHA. (2013). Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
- ACSM. (2014). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. In L. Armstrong, G. J. Balady, M. J. Berry, S. E. Davis, B. M. Davy, K. P. Davy, B. A. Franklin, N. F. Gordon, I.- M. Lee, T. McConnell, J. N. Myers, F. X. Pizza, T. W. Rowland, K. Stewart, P. D. Thompson & J. P. Wallace (Eds.).
- Almeida, J. A. S. P., & Salício, M. A. (2014). As repercussões da aspiração traqueal e da fisioterapia respiratória na hipertensão intracraniana: um estudo de revisão, 11, 73–84. Retirado de: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/37/326>.
- Amado, J., Gago, P., Santos, W., Mimoso, J., & Jesus, I. (2016). Choque cardiogénico – fármacos inotrópicos e vasopressores. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(12). Retirado de: <http://www.revportcardiol.org/pt-choque-cardiogenico-farmacosinotropicos-articulo-S0870255116301974>.
- American College of Sports Medicine (2018). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10^a Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Retirado de: <http://online.pubhtml5.com/swgc/ijvk/>.
- Association of Rehabilitation Nurses (ARN). (2007). Role of the nurse in the rehabilitation team – An ARN position statement. Chicago. Retirado de: <https://rehabnurse.org/about/position-statements/role-of-the-nurse>.
- Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association. Cardiac Rehabilitation Program Directories (2014). <http://www.acra.net.au/cardiac-rehabilitation-program/cardiac-rehabilitation-program-directories>.

- Babu, Abraham, Manjula Noone, Mohammed Haneef, and Shijoy Naryanan. "Protocol-guided phase-1 cardiac rehabilitation in patients with ST-Elevation myocardial infarction in a rural hospital." *Heart Views* 11, no. 2 (2010): 52. *Gale OneFile: Health and Medicine*.
- Batista, F. ; Sardinha, L. (2005). Avaliação da Aptidão Física e do Equilíbrio de Pessoas Idosas, Baterias de Fullerton, FMH Edições, Lisboa.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra. Quarteto Editora.
- Bento, J. (2004). Do Século do Idoso – verdade ou ficção? O Papel do Desporto. In: Bento, J.; Lebre, E. (Eds), *Professor de Educação Física Ofícios da Profissão. Homenagem ao Professor Alfredo Faria Júnior pelos 40 anos de docência*. FCDEF – UP.
- Bolas, R. (2017). Pessoa em programa de reabilitação cardíaca. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 381-392). Loures: Lusodidacta.
- Brown RA. Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases. Report of a Who Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1964;270:3-46.
- Brown TM, Hernandez AF, Bittner V, et al. Predictors of cardiac rehabilitation referral in coronary artery disease patients: findings from the American Heart Association's Get With The Guidelines Program. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54(6):515-2.
- Camillis, M., Savi, A., Rosa, R., Figueiredo, M., Wickert, R., Borges, Teixeira, C. (2018). Effects of Mechanical Insufflation-Exsufflation on Airway Mucus Clearance Among Mechanically Ventilated ICU Subjects. *Respiratory Care*, 63(12): 1471-1477. DOI: 10.4187/respcare.06253.
- Canadian Association of Rehabilitation Nurses (CARN). (2009). A by-law relating generally to the conduct of the affairs of: CARN Canadian Association of Rehabilitation Nurses and ACIIR Association canadienne des infirmières et infirmiers en réadaptation. Retirado de: <http://www.carn.ca>.
- Cardol, M., de Jong, B. A., van den Bos, G. A. M., Beelen, A., de Groot, I. J. M., & de Haan, R. J. (2002a). Beyond disability: Perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clinical Rehabilitation*, 16(1), 27–35. Retirado de: <https://doi.org/10.1191/0269215502cr464oa>.

- Cardol, M., Jong, B., Ward, C. (2002b). "On autonomy and participation in rehabilitation." *Disability and Rehabilitation*, 24(18), 992. Retirado de: <https://doi.org/10.1080/09638280210152067>
- Canning, C. G., Ada, L., Adams, R., & O'Dwyer, N. J. (2004). Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 300–308. Retirado de: <https://doi.org/10.1191/0269215504cr715oa>.
- Carrageta, M. (2015). Benefícios da reabilitação cardíaca em doentes coronários. *Revista Factores de Risco*, 35, 24-27.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 100 (2). 126-131. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares: Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Edtion ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2017) -.Programa Nacional para as Doenças Cerobrocardiovasculares. Lisboa.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei Nº 115/2013 (2013). Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário Da República*, I Série, Nº 151 (07-08-2013), 4749–4772. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/498487>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República*, 2ª Série – nº 28 (10-02-2015) 3882(2)-3882(10). Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>.
- Despacho nº 6401 – 2016 de 16 de maio (2016). Programas de saúde prioritários. *Diário da República* 2ª Série, Nº 94 (16-05-2016) 15239.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Retirado de:

<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacaointernacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 – Versão Resumo. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Retirado de: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Ministério da Saúde. Portugal. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/>.

Duarte, S. (2010). Continuidade em Cuidados Domiciliários: O papel do enfermeiro. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Retirado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/12423703.pdf>.

European Society of Cardiology. (2012). Recomendações europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (versão de 2012), *European Heart Journal*, 33 (6), 553.e1-553.e77.Corrà, U.

Ferreira, D. & Santos, A. (2017). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 167-180). Loures: Lusodidacta.

Figueiredo, N., Stipp, M. & Leite, J. (2009). *Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem* (2ª ed.). São Caetano do Sul: Yendis.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fossi, L.; Guareschi, N. (2004). A psicologia hospitalar e as equipas multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, (7) 1. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n1/v7n1a04.pdf>.

- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211–222. Retirado de: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.003>.
- Fuster V, Walsh R, Harrington R: *Hurst's the Heart* (13th ed). McGraw-Hill Professional. 2011.
- Fuster V, Walsh R, Harrington R: *Hurst's the Heart* (13th ed). McGraw-Hill Professional. 2012. ISBN: 9780071773157.
- García S, Oquendo J, Estany E. Hospitalization phase of cardiac rehabilitation; protocol for acute coronary syndrome. *CorSalud* 2014;6(1):97-104.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2019). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. 2019 Report*. Retirado de: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDEFINAL_WMS.pdf.
- Gomes, A. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca. In *Manual de reabilitação cardíaca* (Cap. 4, pp. 35-40). Lisboa. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Guedes, L., Oliveira, M. & Carvalho G. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Gerontologia*. Rio de Janeiro, 21(4): 516-523. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>.
- Hain, D. J. & Sandy, D. (2013). Partners in care: patient empowerment through shared decision-making. *Nephrology Nursing Journal*, 40(2), 193-197.
- Hatchett, R.; Thompson D. (2002). *Enfermagem cardíaca – Um Guia Polivalente*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 9728930- 12-7.
- Hendrey, G., Holland, A. E., Mentiplay, B. F., Clark, R. A., & Williams, G. (2018). Do Trials of Resistance Training to Improve Mobility After Stroke Adhere to the American College of Sports Medicine Guidelines? A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(3), 584-597.e13. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.021>.
- Hernández, P., Castellanos, T., Pardo, J., Maseda, T., Carbonell, M., García, A. (2017). *Proyecto Recabasic. Posicionamiento sobre los estándares básicos en recursos humanos, materiales y actividades de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca en España*. Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação 2ª Ed.* Lusociência. Loures.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (4ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Irwin, S. & Tecklin, J. S. (2003). *Fisioterapia cardiopulmonar (3.ª ed.)*. São Paulo: Manole.
- Ivo, R. M. (2012). *Cliente Coronário Agudo, um retrato global*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior, Faculdade Ciências da Saúde, Covilhã.
- Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Keteyian, S. J., Hibner, B. A., Bronsteen, K., Kerrigan, D., Aldred, H. A., Reasons, L. M., Ehrman, J. K. (2014). Greater improvement in cardiorespiratory fitness using higherintensity interval training in the standard cardiac rehabilitation setting. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 34(2), 98–105. Retirado de: <https://doi.org/10.1097/HCR.000000000000049>.
- Kligyte, I., Lundy-Ekman, L., & Medeiros, J. M. (2003). Relationship between lower extremity muscle strength and dynamic balance in people post-stroke. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 39(2), 122–128. Retirado de: <http://europepmc.org/abstract/med/12626864>.
- Kwakkel, G., Wagenaar, R. C., Twisk, J. W. R., Lankhorst, G. J., & Koetsier, J. C. (1999). Kwakkel_Lancet1999_Intensity of leg and arm training RT, 354, 191–196. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10421300>.
- Lampridou, S. & Jennings, C. (2019). Do married or co-habiting or significant others help or hinder cardiovascular patients in quitting smoking? *European Society of Cardiology: Congress EuroPrevent 2019. Preventive Cardiology/Tobacco - Poster (P572)*.
- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. e. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(1), 92–96. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000100012>.

- Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., Conti, J. B., Stewart, W. J. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(8), 1058–1072. Retirado de: <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787>.
- Magalhães, S., Viamonte, S., Ribeiro, M. M., Barreira, A., Fernandes, P., Torres, S. & Gomes, J. L. (2013). Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovascular. *Revista portuguesa de cardiologia*, 32(3), 191-199.
- Mann, D. L., Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., & Braunwald, E. (2015). *Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (Tenth edition.). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- MCEER (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Cadernos OE. Série 1 (10). Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o_respirat%C3%B3ria_mceer_final_para_divulga%C3%A7%C3%A3o_site.pdf
- Mendes, R., Chorão, R., Martinho, F., & Gabriel, J. (2013). In-exsuflação mecânica em cuidados intensivos a propósito de um caso clínico de atelectasia pulmonar. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 32, 47-51. Retrieved from: <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulscb/wp-content/uploads/sites/9/2017/02/Revista-32-1.trimestre-2013.pdf>.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Ministério da Saúde (2009). Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas. Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>.

- Muela, H. C. S., Bassan, R. & Serra, S. M. (2011). Avaliação dos benefícios funcionais de um programa de reabilitação cardíaca. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 24(4), 241-250.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(no 8), 125–134. Retirado de: <https://doi.org/10.12707/rriii11124>
- Nunes, Guilherme S; Botelho, Guilherme Varela; Schivinski, Camila Isabel Santos. Hiperinsuflação Manual: revisão de evidências técnicas e clínicas. *Fisioter. Mov.* Vol.26 no. 2 Curitiba Apr/June 2013.
- Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017). Portugal: perfil de saúde do país 2017, State of Health in the EU, Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Oliveira, A., Silva Neto, J., Machado, M., Souza, M., Feliciano, A., & Ogata, M. (2008). A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de sa-de da família de São Carlos, SP. *Interface: Communication, Health, Education*, 12(27), 749–762. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832008000400006>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011: sobre atividades de vida diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- OREM, Dorothea E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. Missouri: Mosby, 2001
- Organização Mundial de Saúde (2004). CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Physical activity (fact sheet)*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
- Pathmanathan, N., Beaumont, N., & Gratrix, A. (2015). Respiratory physiotherapy in the critical care unit. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 15(1), 20– 25. Retirado de: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku005>.
- Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen, M, Hjermind J and Egerod I (2009) Endotracheal suctioning of the adult intubated patient- *what is the evidence? Intensive nad Critical Care Nursing* 25: 21-30.
- Pescatello, L. S., Arena, R., Riebe, D. & Thompson, P. D. (Eds.) (2013). *The ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9th edition), Baltimore and Philadelphia: Wolters Kluwer Health and Lippincott Williams and Wilkins.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau. Coimbra.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: NP1–NP96.
- Piepoli, M. F., Carré, F., Heuschmann, P., Hoffmann, U., Verschuren, M., Reviewers, D. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*, 31(16), 1967-1974. doi: 10.1093/eurheartj/ehq236.

- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Gale, C. (2016a). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. Retirado de: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw10>.
- Piotrowicz, R., Wolszakiewicz, J. (2008). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 15 (5), 481-487.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21, 5-7. Retirado de: <https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinaisvitalis/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao>.
- Quinn, Tom; Webster, Rosemary ; Hatchett, Richard – Doença Coronária: angina e enfarte agudo do miocárdio. In: HATCHETT, Richard; THOMPSON, David – *Enfermagem Cardíaca*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-12-7. p.163-204.
- Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República 2ª Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.
- Regulamento n.º350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República 2ª Série*, Nº 116 (22-06-2015) 16655-16660.
- Reis, C., Martins, M., Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 18, n.º 7, p. 2029-2036. Rio de Janeiro. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
- Richards, E. A., Franks, M. M., McDonough, M. H., & Porter, K. (2018). ‘Let’s move: a systematic review of spouse-involved interventions to promote physical activity. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(1), 51–67. Retirado de: <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415160>.
- Rikli, R. & Jones, C. (1999): Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(2), 129-161.

- ROCHA, Evangelista & NOGUEIRA, Paulo - As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: Uma perspetiva epidemiológica. *Revista Factores de Risco*. [em linha]. 36 (2015) 35-44. Disponível na [www:<URL: http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/580.pdf](http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/580.pdf).
- Santa-Clara, H., & Pezarat-Correia, P. (2016). Treino de força muscular no doente cardíaco. In A. Abreu, C. Gil Araújo, M. Mendes & S. Serra (Eds). *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (pp. 183-196). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (ISBN 978-972-97099-4-4).
- SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
- SHARMA, A. e SINGH, T. Guidelines for Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences* [Em linha]. 100 2014, vol. 56, pp. 13-54. Disponível em: <http://medind.nic.in/iae/t14/s1/iaet14s1.pdf>.
- Silveira, C., & Abreu, A. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(12), 659–668. Retirado de: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.06.006>.
- Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) (2016). *Recomendações europeias para a fibrilhação auricular (versão portuguesa)*. Biot: ESC.
- St-Germain, D. (2014). The rehabilitation nurse then and now: From technical support to human potential catalyst by Caring- Disability Creation Process Model in an interprofessional team. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(7), 54–61. Retirado de: www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/download/4303/2715.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Retirado de: <https://www.ccdhb.org.nz/working-with-us/nursing-and-midwifery-workforcedevelopment/preceptorship-and-supervision/3-tanner-2006.pdf>.
- Thomas, R. J., Balady, G., Banka, G., Beckie, T. M., Chiu, J., Gokak, S., ... Wang, T. Y. (2018). 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(16), 1814–1837. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.01.004>.

- Urden, Linda D.; Stacy, Kathleen M.; Lough, Mary E. (2008) – *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.
- Velloso, M., & Jardim, J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques*. *Jornal de pneumologia* 32(6), 580–586. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000600017>.
- Weston, K. S., Wisløff, U., & Coombes, J. S. (2014). High-intensity interval training in patients with lifestyle-induced cardiometabolic disease: A systematic review and metaanalysis. *British Journal of Sports Medicine*, 48(16), 1227–1234. Retirado de: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092576>.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Zorowitz, R. D. (2016). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* (Vol. 47). Retirado de: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.
- World Health Organization. (2007). *A european framework to promote physical activity for health*. WHO, 1–39. Retirado de: www.euro.who.int/document/e90191.pdf.
- Yates, B. C., Norman, J., Meza, J., Krogstrand, K. S., Harrington, S., Shurmur, S., Schumacher, K. (2015). Effects of partners together in health intervention on physical activity and healthy eating behaviors: A pilot study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 109–120. Retirado de: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000127>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Estudo de caso hospitalar

**10º CURSO PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM
ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Estágio Com Relatório

Estudo de Caso

Hospital Santa Marta – Serviço de Cardiologia

Maria João Vinhas Fernandes

Docente Orientador: Professor José Carlos Pinto de Magalhães

Enfermeira Orientadora: Lina Aleixo

Lisboa

2019

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Enfarte Agudo do Miocárdio.....	4
2. Conhecer o Cliente	6
2.1 Identificação Pessoal.....	6
2.2 História Familiar e Social.....	6
3. História de saúde.....	6
3.1 Antecedentes Pessoais de Saúde.....	6
3.2 História da Doença Atual.....	6
3.3 Terapêutica de Internamento.....	8
4. Exame Físico e Avaliação Funcional.....	8
5. Programa de Reabilitação Cardíaca.....	22
6. Plano de Cuidados.....	25
Bibliografia	

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso surge no âmbito do percurso de estágio realizado na Unidade de Internamento de Cardiologia/ Unidade de Cuidados Intensivos Coronários onde a prestação de cuidados visa primeiramente dar resposta às necessidades da pessoa internada com patologia cardíaca.

Entendo-o, essencialmente, como um instrumento que sistematiza e reflete o meu pensamento de enfermagem no cuidar ao cliente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) no Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC), permitindo-me, positivamente, distanciar da minha realidade de exercício profissional. Contribui simultaneamente para definir prioridades de intervenção, aperfeiçoando o meu raciocínio clínico desenvolvendo assim competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A informação para o presente estudo de caso, foi obtida através do método entrevista, realizada com o cliente e esposa nos dias 09 e 10 de outubro. Para complementação de informação, senti necessidade de consultar o seu processo clínico, físico e informático, todavia durante a recolha de dados de maneira a cumprir os princípios éticos intrínsecos ao exercício profissional e para manter a confidencialidade não foi usado o nome ou qualquer outro dado que pudesse identificar o indivíduo.

O cliente escolhido foi um adulto de 65 anos, caucasiano, com diagnóstico de EAM, com capacidade de integrar o PRC, sendo o motivo da escolha direcionado ao tema do meu projeto. Assim, e de forma a elencar intervenções de enfermagem para dar resposta à situação identificada, foram propostas intervenções utilizando linguagem padronizada através da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®).

Este trabalho estrutura-se assim em seis capítulos. No capítulo um, julgo pertinente um breve enquadramento teórico sobre o EAM, para melhor compreensão do tema. No capítulo dois, será apresentado o cliente que é alvo de cuidados, bem como a história familiar e social que foi possível apurar. O capítulo três alude à história de saúde, contemplando os antecedentes pessoais e a história da doença atual. Já o quarto capítulo contempla a apreciação inicial do cliente por mim efetuada. O quinto capítulo apresenta, sob a forma de tabela, o Programa de Reabilitação Cardíaca Fase I implementado ao cliente e por fim o sexto capítulo apresenta, também sob a forma de tabela, os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções, de acordo com a CIPE®, Versão Beta 2.

1. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

A doença coronária é o termo utilizado para descrever os efeitos da redução ou obstrução completa do fluxo de sangue e transporte de oxigênio nas artérias coronárias resultante de aterosclerose e/ou trombo. As principais manifestações clínicas desta doença são a Angina e o EAM (Urde, Stacy M., & Lough, 2008).

O termo EAM é utilizado para descrever a necrose irreversível do miocárdio que deriva numa diminuição súbita ou mesmo numa interrupção total da corrente sanguínea a uma área do miocárdio. Segundo Urder et al., (2008) 95% dos casos de EAM são consequência de um processo aterosclerótico, sendo este um processo desencadeado pela formação de uma placa de ateroma que progride gradualmente ao longo da vida do cliente até que se manifesta em um evento coronário (Kumar A. & Cannon CP., 2009).

O seu diagnóstico é definido através da deteção e aumento dos biomarcadores cardíacos, preferivelmente a troponina, com pelo menos um dos valores acima do percentil 99. Este resultado é complementado quando, o eletrocardiograma apresenta elevação do segmento ST ou bloqueio do ramo esquerdo de novo, assim como, desenvolvimentos de onda Q patológica, sintomas sugestivos de isquemia cardíaca ou novas evidências imagiológicas de perda de viabilidade miocárdica (Thygesen K., et al., 2012).

Deste modo, esta doença coronária pode ser definida como EAM com ou sem supradesnivelamento de ST. Embora na patogenia de ambas as definições, exista uma trombose na placa de ateroma e vasoconstrição, no EAM com supra de ST, a oclusão coronária de um ramo epicárdico permanece durante um tempo prolongado o que resulta numa necrose extensa, de toda ou quase toda a espessura da parede ventricular. Já no EAM sem supra de ST, ocorre uma reperfusão espontânea e precoce, sendo que a necrose se localiza geralmente na região sub-endocárdica (European Society of Cardiology, 2016).

Relativamente à sintomatologia, o desconforto torácico é descrito como o sintoma mais frequente, estando presente em 70 a 80% destes clientes. Esta dor tem normalmente início em repouso, com uma duração de cerca de 30 minutos e pode irradiar para o pescoço, maxilares, e região dorsal. É caracterizada como uma dor constante e que não alivia com a administração de nitratos sublinguais (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

No que diz respeito ao tratamento, as orientações clínicas incluem as intervenções para permeabilização da artéria coronária, a anticoagulação, a prevenção das disritmias e a prevenção da remodelação ventricular após EAM com supra ST (Urden, Stacy M., & Lough, 2008). De acordo com Gallagher & Driscoll (2012) as terapias de reperfusão miocárdica, como a angioplastia primária e a trombólise são o método mais eficaz para restaurar o equilíbrio entre o aporte e a necessidade de oxigénio no miocárdico.

Todavia, as intervenções referidas não se revelam suficientes no controlo de progressão da doença, sendo necessário uma abordagem integrada que assenta essencialmente na prevenção secundária: os programas de reabilitação cardíaca (Direção Geral da Saúde (DGS), 2006). Estes definem-se como programas de prevenção secundária a longo prazo, desenvolvidos ao longo de três fases que incluem: avaliação médica, estratificação de risco cardiovascular, a supervisão do exercício físico, o aconselhamento nutricional, a modificação dos fatores de risco, o apoio psicossocial e a educação ao cliente/família/cuidador com vista á adoção de um estilo de vida saudável (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC), 2009).

2. CONHECER O CLIENTE

2.1 Identificação Pessoal

O Sr. R.M.G.C. nascido a 10/07/1954, com 65 anos de idade, do sexo masculino, caucasiano. De nacionalidade portuguesa, casado com a Sr^a M.C. Residente em Benfica, com profissão de técnico superior universitário, atualmente reformado. Segundo a sua esposa, o Sr. R.M.G.C. passava os seus dias, a “cuidar do terreno da casa” sic.

2.2 História Familiar e Social

Estrutura Interna

A Sr^aM.C. tem 55 anos de idade e é o seu suporte familiar do cliente. É professora de Biologia e Geologia em uma escola secundária no Cacém. A casa onde habitam é uma moradia T2 que segundo a Sr^aM.C. apresenta boas condições de saneamento e conforto. Maioritariamente com superfícies planas com apenas 2 degraus na porta de acesso á entrada. Por opção sem filhos e auto classificam-se como uma família com rendimentos médios altos.

Estrutura Externa

Foi possível compreender, pela entrevista e pelas visitas efetuadas pelos familiares ao Sr. R.M.G.C. que apresenta apoio do irmão, cunhada e sobrinho.

3. HISTÓRIA DE SAÚDE

3.1 Antecedentes Pessoais de Saúde

Sr.R.M.G.C. com antecedentes prévios de uma cirurgia a hérnia inguinal à direita em 2014, hiperplasia benigna da próstata e fumador desde os 28 anos, referindo fumar cerca de 20 cigarros por dia. Relativamente á medicação que realizava no domicílio era a alfuzosina 10mg (1 por dia ao jantar). No que diz respeito á alimentação o cliente e esposa referem terem poucos cuidados relativamente aos condimentos, à tipologia de alimentação e à frequência da ingestão da mesma e com pouca regularidade realizariam exercício físico com pouca periodicidade. Constatados como fatores de risco cardiovascular: fumador, sedentarismo.

3.2 História da Doença Atual

Sem alergias conhecidas, autónomo na atividade de vida diária. Com internamento entre o dia 08/10 e 14/10. Dia 08/10/2019 entra no serviço de urgência do Hospital S. José pelas 09h41, por quadro de dor torácica tipo opressiva com irradiação ao dorso com início desde as 07h45 do mesmo dia. Realiza eletrocardiograma, apresenta supra ST anterior e realiza-se 300mg de Ácido Acetilsalicílico, 600mg de Clopidogrel e 2 mg de Morfina em contexto da dor. Posteriormente transferido para o Hospital Santa Marta para realização de cateterismo cardíaco. Cateterismo realizado por via radial direita com resultado de lesão de 95% da artéria descendente anterior, 80% da primeira marginal, 30% da coronária direita e 70% da descendente posterior. Assume-se diagnóstico complementar de doença de 3 vasos.

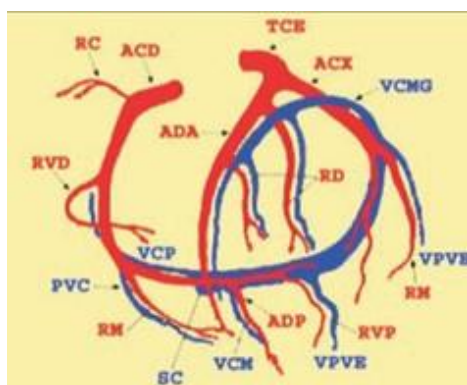


Figura 1: Artérias e Veias coronárias. O componente arterial coronário esquerdo consiste no tronco coronário esquerdo (TCE), na Artéria Descendente Anterior (ADA), na Artéria Circunflexa (ACX), nos Ramos Diagonais (RD) e nos Ramos Marginais (RM). O componente arterial coronário direito consiste na Artéria Coronária Direita (ACD), Ramo Conal (RC), Ramo Ventricular Direito (RVD), Ramo Marginal (RM), Artéria Descendente Posterior (ADP) e Ramo Ventricular Posterior (RVP).

Com indicação para angioplastia coronária percutânea de urgência que se efetiva a dia 08/10, com abordagem de:

- Primeira Marginal com colocação de stent;
- Tronco Comum com segmentos proximal e médio da descendente anterior com aspiração de trombos, com colocação de dois stents.

Por conseguinte, interna-se na UCIC, com posterior transferência a 09/10/2019 para Enfermaria de Cardiologia. Apresenta indicação de abordagem da artéria descendente posterior após 6 semanas desta abordagem.

Ao longo do internamento foram realizados exames complementares de diagnóstico, como colheita de sangue, eletrocardiograma e ecocardiograma.

Data	08/10	09/10	10/10	11/10	14/10
Troponina T < 200	10447,1	9077,1	6988,6	3766,7	649,1
Mioglobina < 90 ng/mL	185,7	-----	52,6	-----	-----
Eletrocardiograma	Supra ST	Ritmo Sinusal/ Inversão da onda T de localização anterior			
Ecocardiograma	Fração de Ejeção Ventrículo Esquerdo = 40-45%	Fração de Ejeção Ventrículo Esquerdo = 54%, com boa função sistólica global			

Tabela 1: Resultados de Exames Complementares de Diagnóstico

3.3. Terapêutica de Internamento

- Ticagrelol 90mg (1 comprimido: Pequeno-almoço e Jantar);
- Acido acetilsalicílico 100mg (1 comprimido: Pequeno-almoço);
- Atorvastatina 40mg (1 comprimido: Pequeno-almoço);
- Ramipril 2,5mg (1 comprimido: Pequeno-almoço);
- Bisoprolol 2,5mg (1 comprimido: Almoço);
- Pantoprazol 20mg (1 comprimido: Jejum);
- Alfuzosina 10mg (1 comprimido: Jantar).

4. EXAME FÍSICO

Sr. R.M.G.C. glasgow de 15, com abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada e obedece a ordens. Pupilas isocóricas, isométricas e fotoreativas.

Mucosas coradas e hidratadas, pele íntegra, sem zonas ruborizadas pela pressão. Tempo de preenchimento capilar normal (até 2 segundos). Pulsos radiais palpáveis, rítmicos e cheios.

Durante o internamento apresentou oximetrias periféricas entre valores de 95-99% a ar ambiente. Apresentava padrão ventilatório abdomino-diafragmático, de média amplitude, com expansão simétrica. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido a nível do terço superior, médio e inferior do hemitórax esquerdo e direito. Monitorização cardíaca continua por telemetria com traçado eletrocardiográfico de base sinusal, com valores compreendidos entre 65-86 bat/min. Normotenso com pressão arterial média entre 80-100mm/hg. Apirético. Dor segundo a Escala da dor 0.

Apresentava cateter venoso periférico obturado no antebraço esquerdo, permeável, com penso externamente limpo, seco e aderente. Apresentava penso compressivo ao nível do local onde foi realizada a intervenção cirúrgica (cateterismo com angioplastia), sem hemorragia ativa.

Abdómen depressível à palpação, sem alterações à percussão, com ruídos hidroaéreos à auscultação.

Continente de esfíncteres, com urina amarela sem sedimento macroscópico. Não apresentou dejeções.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

ÍNDICE DE BARTHEL			
(100 pontos-Autônomo; > 60 pontos-Dependente Leve; > 40 ≤ 60 pontos-Dependente Moderado; ≥ 20 e ≤ 40 pontos-Dependente Grave; < 20 pontos-Dependente Total)			
	09/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
<p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Independente (10pts) Precisa de alguma ajuda (ex. para cortar os alimentos) (5pts) Dependente (0pts)</p>	10	10	10
<p><u>TRANSFERÊNCIA</u> Independente (15pts) Precisa de alguma ajuda (verbal ou física) (10pts) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se (5pts) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0pts)</p>	10	15	15
<p><u>HIGIENE PESSOAL</u> Independente (fazer a barba , lavar a cara, lavar os dentes) (5pts) Dependente, necessita de ajuda (0pts)</p>	5	5	5
<p><u>USO DO WC</u> Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo) (10pts) Precisa de alguma ajuda (5pts) Dependente (0pts)</p>	0	10	10
<p><u>BANHO</u> Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (5pts) Dependente, necessita de ajuda (0pts)</p>	0	5	5
<p><u>MOBILIDADE</u> Independente (pode usar ajudas técnicas) (15pts) Alguma ajuda (verbal ou física) (10pts) Independente em cadeira de rodas (5pts) Dependente (0pts)</p>	10	15	15
<p><u>SUBIR/DESCER ESCADAS</u> Independente (10pts) Precisa de ajuda (verbal, física ou com ajudas técnicas) (5pts) Dependente (0pts)</p>	0	5	10
<p><u>VESTIR</u> Independente (incluindo botões, atacadores) (10pts)</p>	10	10	10

Com ajuda (5pts) Dependente (0pts)			
<u>CONTROLO INTESTINAL</u> Continente, podendo fazer uso de supositórios ou similares (10pts) Acidente ocasional (5pts) Incontinente ou necessita de uso de clisteres (0pts)	10	10	10
<u>CONTROLO URINÁRIO</u> Continente, autoalgaliação (10pts) Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) (5pts) Incontinente ou algaliado, incapaz de manusear a algália sozinho (0pts)	10	10	10
TOTAL	60	95	100

Tabela 2: Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado segundo a Escala de Barthel

A dependência do cliente após o evento coronário e caso não apresente nenhuma condicionante motora, como neste caso, vai diminuindo, uma vez que o uso do wc, o banho e o descer/subir escadas estão condicionados pelas horas de evolução do Enfarte agudo do Miocárdio. Assim, no presente caso , avaliei segundo esta escala as capacidades do cliente no autocuidado, implementando intervenções, integradas no Programa de Reabilitação Cardíaca Fase I para gradualmente o mesmo adquirir a máxima independência e funcionalidade, de acordo com o Modelo modelo teórico de Dorothea Orem para o autocuidado (Orem, 2001).

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

ESCALA DE BERG

(0-36pts: Elevado Risco de Queda; **37-44pts:** Locomoção segura, mas aconselha-se assistência ou auxiliar de marcha;

45-56pts: Não existe risco de queda. Locomoção segura)

1. Posição sentada para posição em pé

Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente (4pts)		X	X
Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (3pts)	X		
Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (2pts)			
Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se (1pts)			
Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se (0pts)			

2. Permanecer em pé sem apoio

Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (4pts)		X	X
Capaz de permanecer em pé 2 minutos sob supervisão (3pts)	X		
Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (2pts)			
Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1pts)			
Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0pts)			

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão

Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de permanecer sentado com segurança e firmeza por 1 minuto (4pts)	X	X	X
Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (3pts)			

Capaz de permanecer sentado por 30 segundos (2pts)			
Capaz de permanecer sentado por 10 segundos (1pts)			
Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos (0pts)			
4. Posição em pé para posição sentada			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos (4pts)		X	X
Controla a descida utilizando as mãos (3pts)	X		
Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (2pts)			
Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle (1pts)			
Necessita de ajuda para sentar-se (0pts)			
5. Transferências			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos (4pts)		X	X
Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (3pts)	X		
Capaz de se transferir seguindo orientações verbais c/ou supervisão (2pts)			
Necessita de uma pessoa para ajudar (1pts)			
Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança (0pts)			
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (4pts)		X	X
Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (3pts)	X		

Capaz de permanecer em pé por 3 segundos (2pts)			
Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (1pts)			
Necessita de ajuda para não cair (0pts)			
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança (4pts)		X	X
Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão (3pts)	X		
Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos (2pts)			
Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (1pts)			
Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos (0pts)			
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (4pts)		X	X
Capaz de alcançar acima de 12,5cm (3pts)	X		
Capaz de alcançar acima de 5cm (2 pts)			
Capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão (1pts)			
Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo (0pts)			
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019

Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança (4pts)		X	X
Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão (3pts)	X		
Incapaz de pegá-lo, mas estica-se até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente (2pts)			
Incapaz de pegá-lo e necessita de supervisão enquanto está a tentar (1pts)			
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair (0pts)			
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2109
Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (4pts)	X	X	X
Olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso (3pts)			
Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (2pts)			
Necessita de supervisão para virar (1pts)			
Necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair (0pts)			
11. Girar 360 graus			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mãos (4pts)		X	X
Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (3pts)			
Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente (2pts)	X		
Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (1pts)			

Necessita de ajuda enquanto gira (0pts)			
12. Posicionar os pés alternadamente ao banco enquanto permanece em pé sem apoio			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (4pts)		X	X
Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos (3pts)	X		
Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (2pts)			
Capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda (1pts)			
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair (0pts)			
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos (4pts)	X	X	X
Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos (3pts)			
Capaz de dar um pequeno passo, independentemente e permanecer por 30 segundos (2pts)			
Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (1pts)			
Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé (0pts)			

14. Permanecer em pé sobre uma perna			
Pontuação	10/10/2019	12/10/2019	14/10/2019
Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos (4pts)	X	X	X
Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos (3pts)			
Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos (2pts)			
Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente (1pts)			
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair (0pts)			
TOTAL	45	56	56

Tabela 3: Avaliação do Equilíbrio segundo a Escala de Berg

Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, concluindo-se que o Sr. R.M.G.C. ao longo do período em que se encontrou hospitalizado apresentou sempre uma locomoção segura, sem risco de queda por apresentar valores totais entre 45-56 pontos segundo a Escala de Berg.

AVALIAÇÃO DA MARCHA

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN

(0-Marcha Ineficaz; 1-Marcha Dependente Nível II; 2-Marcha Dependente Nível I; 3-Marcha Dependente com Supervisão; 4-Marcha Independente(Superfície Plana); 5-Marcha Independente)

Avaliação em contexto hospitalar	11/10/2019	14/10/2019
0- O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.		
1- O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.		
2- O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.		
3- O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.	X	
4- O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.		
5- O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.		X

Tabela 4: Avaliação da Marcha segundo a Classificação Funcional da Marcha de Holden

Inicia treino de marcha dia 11/10 de 5 minutos, todavia apenas dia 12/10 executa subida de lanço de escadas (12degraus) motivo pelo qual a minha avaliação dia 11/10 lhe atribui uma marcha dependente com supervisão. Dia 14/10 e após a subida do último lanço de escadas (24 degraus), constato que embora não seja recomendado numa fase inicial, nestes casos superfícies inclinadas, apresenta uma marcha independente em superfícies, planas e escadas.

5. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Programa de Reabilitação Cardíaca - Fase 1

Registos de Enfermagem

Nome: R.M.G.C

Diagnóstico: Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST

Data de Admissão: 08/10/2019 **Data de Alta:** 14/10/2019

Data de Inclusão no Programa RC- Fase I: 09/10/2019

Data de Consulta de RC para o Programa de RC- Fase II: 06/12/2019

Sinais Vitais / Escala de Borg Modificada		1ª Sessão 09/10/2019	2ª Sessão 10/10/2019	3ª Sessão 11/10/2019	4ª Sessão 12/10/2019	5ª Sessão 14/10/2019	
Início	Tensão Arterial	123/67	118/56	128/77	135/89	111/70	
	Frequência Cardíaca	72	69	65	70	75	
	Saturações de O2	C/ Oxigénio	_____	_____	_____	_____	_____
		S/ Oxigénio	95	96	95	97	99
	Escala de Borg Modificada	1	1	1	1	1	
Pico	Tensão Arterial	129/65	123/54	132/67	139/80	112/61	
	Frequência Cardíaca	77	78	82	85	80	
	Saturações de O2	C/ Oxigénio	_____	_____	_____	_____	_____
		S/ Oxigénio	96	96	97	99	99
	Escala de Borg Modificada	5	5	3	3	3	
Final	Tensão Arterial	134/82	129/73	138/84	141/80	121/69	
	Frequência Cardíaca	79	80	86	85	85	
	Saturações de O2	C/ Oxigénio	_____	_____	_____	_____	_____
		S/ Oxigénio	98	98	99	99	99
	Escala de Borg Modificada	7	7	5	4	4	
Duração do exercício		30	40	45	65	65	

		1ª Sessão S/R		2ª Sessão S/R		3ª Sessão S/R		4ª Sessão S/R		5ª Sessão S/R	
Dissociação/Consciencialização dos tempos respiratórios		1	4	1	4	1	6	1	6	1	5
Exercícios Isométricos	Abdominais	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
	Glúteos	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
	Quadricípites	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Mobilizações das articulações: Passivas (P), Assistidas (A), Ativas (AT)		A/Leito		AT/Apoiado no Leito		AT		AT		AT	
Escapulo-Umeral (Direita/Esquerda)	Extensão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Flexão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Abdução	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Adução	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Rotação Interna	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Rotação Externa	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Cotovelo (Direito/Esquerdo)	Flexão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Extensão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Antebraço (Direito/Esquerdo)	Pronação	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Supinação	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Punho (Direito/Esquerdo)	Flexão Plantar	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Dorsi Flexão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Desvio Cubital	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Desvio Radial	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Circundação	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Coxo-Femural (Direito/Esquerdo)	Extensão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Flexão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Abdução	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Adução	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Rotação Interna	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Rotação Externa	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Joelho (Direito/Esquerdo)	Flexão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Extensão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Tibio-Társica (Direito/Esquerdo)	Flexão Plantar	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Flexão Dorsal	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Inversão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
	Eversão	1	4	1	6	1	8	1	8	2	5
Higiene pessoal no leito		X									
Transferência e levante para o cadeirão		X									
Higiene pessoal no wc com Supervisão				X							

Marcha de 5-10 min com Supervisão			X		
Marcha de 15 min com Supervisão				X	
1 Lance de escadas / Número de Degraus				X/12 degraus	
2 Lances de escadas/ Número de Degraus					X/24 degraus
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação					

Legenda: S-Série/R-Repetições; P-Passivas/A-Assistidas/AT-Ativas

A British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (2017) refere que os PRC são a soma de um conjunto de atividades coordenadas que favorecem positivamente o cliente com doença cardiovascular, neste caso com Enfarte Agudo do Miocárdio, fornecendo as melhores condições mentais, sociais e físicas, promovendo o seu lugar na comunidade, através do seu próprio esforço, retardando o desenvolvimento da doença. Estes programas são constituídos por um conjunto de componentes bases, que em conjunto promovem a diminuição do risco cardiovascular, a adoção de estilos de vida saudáveis e a redução da incapacidade física favorecendo um estilo de vida ativo (Leon et al., 2005). Este encontra-se estruturado em três fases: fase intra-hospitalar (fase I), fase extra-hospitalar (fase II) e por fim fase extra-hospitalar a longo prazo (fase III).

Após uma avaliação e exame físico do Dr. R.M.G.C., recorrendo a instrumentos de recolha de dados como as escalas acima referidas, foi iniciado o programa de reabilitação cardíaca fase I.

No caso do Sr. R.M.G.C o programa de reabilitação cardíaca inicia-se na enfermaria de cardiologia (09/10/2019), sendo que numa fase inicial o pretendido é, para além de prevenir as consequências da imobilidade promovendo a autonomia e o autocuidado é fundamental intervir-se também a nível educacional, fornecendo ao cliente informação relativa ao Enfarte Agudo do Miocárdio, aos fatores de risco, a importância do exercício físico e de ser integrado no programa de reabilitação cardíaca (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009).

Avalia-se inicialmente, no pico e no fim da sessão os parâmetros tensionais, frequência cardíaca e oximetria periférica, aplicando-se a escala de borg modifica (0-10). Todos os exercícios foram realizados em coordenação com a respiração.

1. PLANO DE CUIDADOS

Será apresentado o plano de cuidados de enfermagem elaborado no período compreendido entre dia 09/10/2019 e 14/10/2019.

Os registos foram efetuados com linguagem CIPE.

Foco: Movimento Articular (comprometido ou não comprometido)		
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>-Evitar o descondicionamento imposto pela imobilidade;</p> <p>-Retomar a atividades de forma segura.</p>	<p>- Avaliar score neurológico do doente através da Escala de Glasgow 1 x turno, ou sempre que assim se justifique;</p> <p>- Avaliar os parâmetros vitais (Tensão Arterial; Frequência Cardíaca; saturações com ou sem aporte de oxigénio e dor através da escala da dor no início, pico e final da sessão);</p> <p>- Avaliar a dispneia no início, pico e final da sessão (Escala de Borg Modificada);</p> <p>- Executar técnica de movimentos articulares assistidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1º Dia: Realizados exercícios isométricos assistidos no leito (abdominais, glúteos, quadríceps), 1 sessão/3 repetições; ✓ 1º Dia: Realizadas mobilizações assistidas dos membros superiores no leito (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa da articulação escapulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão plantar/dorsi flexão, desvio cubital/desvio radial e circundação do punho) e membros inferiores no leito (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação 	<p>Foram efetuadas todas as intervenções elencadas, com visível melhoria do estado geral do cliente, uma vez que gradualmente foi-se aumentando o número de séries e repetições.</p> <p>Inicialmente o Sr. R.M.G.C. apresentava grau de</p>

	<p>externa da articulação coxo-femural, flexão/extensão do joelho, flexão plantar/flexão dorsal, inversão/eversão da articulação tibiotársica) 1 série/4repetições;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1º Dia: Assistir e realizar treino de transferência e levante para o cadeirão; <p>- Vigiar técnica de movimentos articulares ativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2º Dia: Realizados exercícios isométricos ativos, apoiado ao leito (abdominais, glúteos, quadríceps), 1 sessão/3 repetições; ✓ 2º Dia: Realizadas mobilizações ativas dos membros superiores apoiado ao leito (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa da articulação escapulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão plantar/dorsi flexão, desvio cubital/desvio radial e circundação do punho) e membros inferiores apoiado ao leito (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa da articulação coxo-femural, flexão/extensão do joelho, flexão plantar/flexão dorsal, inversão/eversão da articulação tibiotársica) 1 série/6repetições; ✓ 3º Dia: Realizadas mobilizações ativas dos membros superiores sem apoio (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa da articulação escapulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão plantar/dorsi flexão, desvio cubital/desvio radial e circundação do punho) e membros inferiores sem apoio (flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa da articulação coxo-femural, flexão/extensão do joelho, flexão plantar/flexão dorsal, inversão/eversão da articulação tibiotársica) 1 série/8repetições; 	<p>dispneia (segundo a escala de borg modificada) 7 no final das duas primeiras sessões, na 5º sessão apresentava de 4, com treino de marcha e subida de lance de escadas incluído, concluindo-se assim que apresentava uma maior resistência ao esforço realizado. (Tabela do Programa de Reabilitação Cardíaca Fase I). Não apresenta alterações da marcha e sem</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">✓ 3º Dia: Treino de marcha no corredor 5 min sob supervisão;✓ 4º Dia e 5º Dia: Mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores sem apoio- 1 série/8repetições e no 5º Dia 2 séries/5repetições;✓ 4º Dia: Treino de marcha no corredor de 15 min sob supervisão;✓ 4º Dia e 5º Dia: Inicia subida de 12 degraus e 24 Degraus respetivamente. <p>- Instruir sobre auto mobilizações.</p>	necessidade de apoio lateral.
--	--	-------------------------------

Foco: Intolerância á atividade (presente ou ausente)

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>- Iniciar um programa de atividade física uma vez que o mesmo refere ser pouco ativo e nesse contexto apresentar pouca tolerância à atividade.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar a Escala da Dor;- Incentivar hábitos de exercício:<ul style="list-style-type: none">✓ Realização de exercícios aeróbicos (marcha no solo);✓ Exercícios que foram realizados durante o internamento pode realizar no domicílio;- Instruir sobre estratégias de conservação de energia;<ul style="list-style-type: none">✓ Adoção de posturas que promovam a diminuição de gasto energético durante a atividade física;✓ Alternar períodos de repouso com períodos de atividade;✓ Usar equipamento adaptado á atividade;- Planejar a atividade física:<ul style="list-style-type: none">✓ Aumento gradual da distância e do tempo;✓ Adequar o exercício físico de acordo com sua tolerância.	<p>No início do internamento demonstrava alguma relutância face á atividade física.</p>

Foco: Autocuidado

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>- Retomar as suas atividades de vida diária de forma progressiva e com segurança.</p>	<p>- Avaliar o autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar a Escala de Barthel. <p>- Executar técnicas de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Alimentar-se;✓ Transferir-se;✓ Higiene pessoal;✓ Uso do WC;✓ Banho;✓ Mobilidade;✓ Subir/descer escadas;✓ Vestir;✓ Controlo Intestinal;✓ Controlo Urinário.	<p>De forma gradual o cliente adquiriu independência nas AVD. Inicialmente (avaliação a 09/10/2019 – Pontuação de 60 segundo a Escala de Barthel)com necessidade de ajuda verbal nas transferências, ajuda parcial nos cuidados de higiene e com incapacidade de realizar subida de escadas. Inicia-se de forma progressiva as sessões de reabilitação cardíaca promovendo a máxima autonomia do cliente, a promoção do autocuidado, capacitando o cliente a atingir a sua capacidade funcional máxima, oferecendo ao Sr. R.M.G.C o seu suporte, perícia e prática. Posteriores avaliações a 12 com pontuação de 90 e 14 de outubro de 2019 com pontuação de 100.</p>

Foco: Gestão do Regime Terapêutico		
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>- Adquirir conhecimentos sobre o regime medicamentoso, hábitos alimentares saudáveis e a importância do exercício físico;</p> <p>- Adquirir conhecimento sobre o Programa de Reabilitação Cardíaca fase II.</p>	<p>- Instruir sobre o regime medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clarificado ao Sr. R.M.G.C que aquando a sua alta clínica, que iriam ser prescritos para auto administração no domicílio 5 comprimidos que previnem um novo evento coronário: 2 comprimidos antiagregantes (ticagrelol 90mg e acido acetilsalicílico 100mg), 1 comprimido betabloquante (bisoprolol 2,5mg), 1 comprimidos estatina (atorvastatina 40mg) e 1 comprimido inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ramipril 2,5mg); ✓ Instruído o cliente sobre o nome de cada medicamento, dosagem, ação, efeitos secundários e horário dos fármacos prescritos; ✓ Instruído sobre a importância do cumprimento terapêutico e do risco de suspensão dos mesmos; ✓ Avaliado e informado sobre os fatores de risco cardiovasculares (fatores não modificáveis: idade, sexo e genética; fatores modificáveis: hipertensão arterial; diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, obesidade e stress); <p>- Instruir sobre os hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salientada a importância de uma confeção dos alimentos com pouco sal e baixo teor em gordura; 	<p>O Sr. R.M.G.C. demonstrou, falta de conhecimento relativo ao regime medicamentoso, assim como salientou a sua pouca atividade física, o seu pouco cuidado com a alimentação e a inexistência de informação sobre o programa de reabilitação cardíaca fase II. Na 5ª sessão do programa fase II foi realizada marcação</p>

	<ul style="list-style-type: none">✓ Reforçada a importância da realização de 4/6 refeições diárias, com alto teor em frutas, cereais integrais, vegetais, peixe e carne magra e gorduras polinsaturadas como o azeite;✓ Realizado reforço hídrico. <p>- Instruir sobre os hábitos de exercício:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Demonstração e posterior realização por parte do Sr. R.M.G.C. da auto avaliação do pulso radial antes, durante e após o exercício físico (colocar o dedo indicador e médio a nível do punho na zona da artéria radial, sentir o seu pulso e durante 15 segundos contabilizar a frequência e no final multiplicar por 4);✓ Informado sobre a possibilidade de sentir náuseas, sudorese, palidez cutânea, torcalgia, sensação de lipotimia assim como se a sua frequência cardíaca for superior a 95bat/min ou 100bat/min e indicado imediatamente suspender o exercício físico.✓ Informado sobre os benefícios da prática de exercício físico (marcha), horário adequado, duração do exercício físico (3 a 5 x por semana) aumentando de forma gradual o tempo e a distância- por exemplo: na primeira semana andar 1000 m em 20 minutos, na segunda semana andar 2000 em 40 min e assim sucessivamente;✓ Referido que só após 4 semanas do evento coronário poderá iniciar treino de bicicleta, e que no primeiro mês é recomendado apenas marcha e de preferência acompanhado.✓ Instruído sobre o Programa de Reabilitação Cardíaca Fase II (em que é que consistia, os exames que irá realizar para ingressar no programa- Ecocardiograma e Prova de	<p>de consulta de reabilitação cardíaca para a fase II para o dia 06/12/2019. Demonstrou motivação em integrar-se e melhorar os seus hábitos de vida.</p>
--	---	---

Esforço Cardiorespiratória e a sua utilidade, os componentes do programa, assim como os seus benefícios, a duração (12 a 14 semanas) e os seus horário (3ª feira e 5ª feira das 16h-17h ou das 17h:30 min ás 18h:30 min). Explicado essas sessões decorrem na presença de enfermeiros, fisiatra, fisioterapeuta e cardiopneumologistas, com início da sessão com o fisioterapeuta com alongamentos e posteriormente sob a supervisão de enfermeiros e cardiopneumologistas inicia bicicleta estática e passadeira com monitorização cardíaca contínua, com aumento gradual da intensidade do exercício de acordo com o resultado dos exames referido anteriormente);

- Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico:

- ✓ Entregue ao Sr.R.M.G.C. folhetos informativos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio, fatores de risco cardiovascular, alimentação saudável, reabilitação cardíaca e programa de reabilitação cardíaca fase II.

- Validada a informação transmitida.

Foco: Uso do Tabaco		
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
- Iniciar ou desenvolver estratégias para deixar de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover estratégias para deixar de fumar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ver entrevistas motivacionais; ✓ Informado sobre a consulta existente no hospital de cessação tabágica; - Vigiar uso de tabaco: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de privação (irritabilidade, ansiedade, agitação, agressividade). 	Demonstra preocupação e motivação para deixar de fumar. Refere que desde o primeiro dia de internamento não ter fumado mais (11/10).

BIBLIOGRAFIA

- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. (2017) The BACPR standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. 3rd edn. London: BACPR, 2017.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009) -Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (DGS) (fevereiro de 2016). Portugal Doenças Cerebro-Cardiovasculares em Números - 2015. (DGS, Ed.) Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares.
- European Society of Cardiology. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.
- Gallagher, R., & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. Elsevier- Mosby Critical Care nursing, 215-250.
- Kumar, A. & Cannon, C. (2009). Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I. Mayo Clinic Proceedings, 84(11), 917-938.
- Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S, Simoons M.L., Chaitman B.R., & White H.D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. Journal of the American College of Cardiology. Oct 16;60(16):1581-98.
- Urden, Linda D.; Stacy, Kathleen M.; Lough, Mary E. (2008) – Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

APÊNDICE II

Estudo de caso na Comunidade



**10º CURSO PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM
ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Estágio Com Relatório

Estudo de Caso

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras – ECCI Oeiras Ocidental

Maria João Vinhas Fernandes

Docente Orientador: Professor José Carlos Pinto de Magalhães

Enfermeira Orientadora: Marisa Bárbara

Lisboa

2019

ÍNDICE

1. Conhecer o cliente.....	3
1.1. Avaliação Inicial.....	3
2. História Pessoal.....	5
3. História de Doença Atual.....	7
4. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	8
5. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	17
6. Avaliação do Programa de Reabilitação.....	32

Bibliografia

ANEXO I – Pares Cranianos

ANEXO II – Escala Medical Research Council Muscle Scale

ANEXO III – Escala de Barthel

1. CONHECER O CLIENTE

1.1 Avaliação Inicial

Nome: J.M.C.

Data de Nascimento: 03/02/1930

Idade: 89 anos

Sexo: Feminino

Etnia: Leucodérmica

Naturalidade: Alentejo

Residência: Lisboa

Profissão: Reformada (Doméstica)

Estado Civil: Casada

Condições de habitação e acessibilidade: vive numa habitação social num apartamento no 1º andar, sem elevador, com 3 lanços de escadas com 15 degraus de acesso. A casa apresenta 6 divisões planas, sem carpetes nem tapetes na sala, nos quartos, corredor e cozinha. A casa é arejada, e não apresenta humidade excessiva.

Habilitações Literárias: 4ª classe.

Antecedentes Pessoais: Trombocitose essencial, Hipertensão Arterial, Doença Renal Crónica, Pneumonite de hipersensibilidade aos pombos, Paquipleurite esquerda, Hipertensão Pulmunar, Tromboembolismo Pulmunar, Fibrilhação Auricular, Pacemaker Definitivo, Aterosclerose Aórtica e Mesentérica Superior, Hipertiroidismo, Patologia Hemorroidária, Cefaleias Crónicas, Status pós-apendicectomia, Histerectomia, Obstipação, Oxigénio de Longa Duração 1l/min 16h por PO2 57mm/hg e Síndrome Demencial em estudo.

Agregado familiar: A.C. (marido-90 anos), J.C. (filho) e R.C. (filha)

Prestador de Cuidados: Filho J.C. (64 anos); R.C. (filha) 52 anos

Profissão: A.C. (marido)- Reformado - Agricultor; J.C.(filho)- Reformado-Empresário; R.C.- Funcionária Pública na Câmara Municipal de Oeiras

TERAPÊUTICA DE AMBULATÓRIO

Medicamentos	Jejum	Pequeno-almoço (PA)	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Pantopazol 20 mg	1cp					
Furosemida 40 mg	1cp					
Perindopril 8 mg		1cp				
Miflonide 400 µg		1cp				
Oladoterol + brometo de tiotropio		1puff				
Alprazolam 1 mg					1cp	
Queatipina 25 mg					1cp	
Tapentadol 50 mg		1cp			1cp	
AAS 100 mg			1cp			
Ácido fólico 5mg			1cp			
Rosuvastatina 10 mg					1cp	
Apixabano 2,5mg		1cp			1cp	
Beta Histina 16 mg		1cp	1cp		1cp	
Hidroxiureia 500mg (pausa ao fim-de-semana)			1cp			
Lactulose		30ml			15ml	
Nitradisc 5 mhh/24h Mudança diária						
OLD 1l/min – 16h/dia						
Nitromint sub-lingual SOS						

Alergias: Desconhece

Hábitos aditivos: Nega

Diagnóstico Médico: AVC isquémico ACM direita a 10/10/2019

2. HISTÓRIA PESSOAL

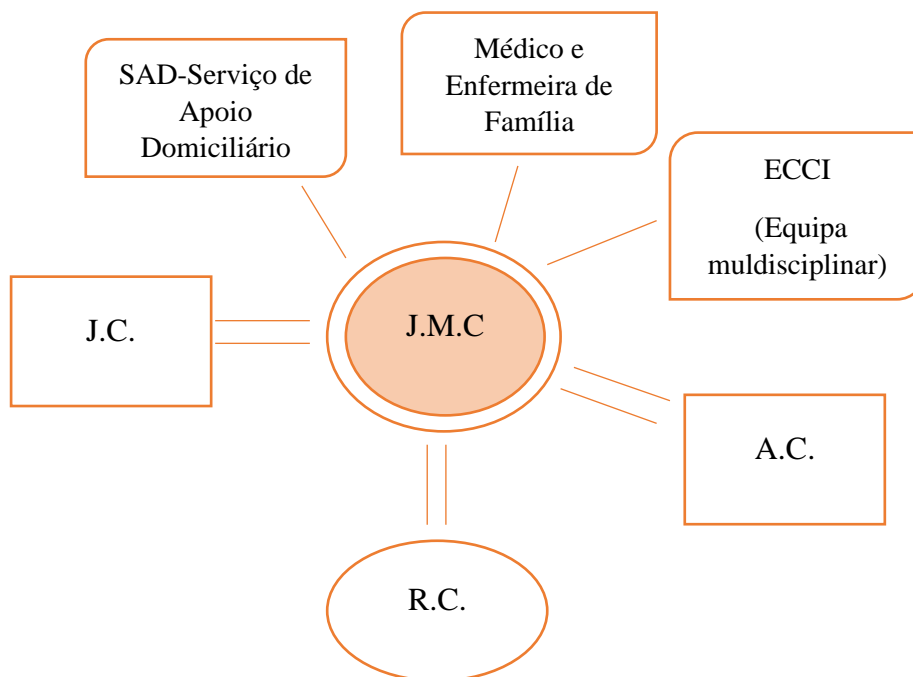
J.M.C. de 89 anos, de raça caucasiana, casada, de estatura média (altura 1,57m), obesa (peso: 65 Kg).

Reside num bairro social com o A.C. que apresenta ligeiro comprometimento na autonomia das AVD, devido a episódio prévio de AVC isquémico submetido anteriormente a plano de reabilitação. Com presença diária dos filhos, sendo dois cuidadores, uma vez que o filho J.C. encontra-se presente das 7h da manhã às 17h tarde e a filha R.C., aquando da saída do trabalho dirige-se igualmente para casa dos pais. Durante o período noturno permanecem sozinhos.

A Sr^a. J.M.C. está vígil, bem-disposta e colaborante, com períodos de desorientação espaço-temporal. Passa maior tempo do dia no cadeirão da sala. Apresenta fâcies expressivo, sorrindo e interagindo connosco, mantendo o humor. Eupneica em repouso com aporte de oxigénio a 1l/min durante 16h, com cansaço a moderados esforços. Filhos referem que preferencialmente o oxigénio é mantido durante o período diurno. Apresenta pele friável e hidratada com mucosas coradas. Com bom estado geral, com dieta hipossalina, alimenta-se com autonomia (garfo), com supervisão dos filhos. Dependente grave nos cuidados de higiene, dispendo de tábua de duche para banheira. Filhos referem dependência moderada nas AVD prévia ao AVC. Dispõem de apoio da SAD para higiene pessoal (3x/semana) e alimentação (diário).

No que diz respeito a eliminação, com trânsito intestinal mantido no WC, com episódios de obstipação com necessidade de estimulação farmacológica. Faz uso de dispositivo descartável para perdas de urina ocasionais. Com hábitos de sono e repouso mantido. Dorme em cama articulada própria com grades protegidas e períodos de descanso diurno no cadeirão. Dependente na gestão do regime terapêutico, sendo a filha R.C. quem prepara a medicação semanalmente garantindo a administração da mesma. A utente não pratica exercício e tem uma vida sedentária. Com acompanhamento frequente no médico de família, sendo assídua nas consultas. A utente, assim como o seu marido mantêm desejo de permanecer no domicílio e embora se verifique um ótimo suporte familiar não há referência de visitas de outros familiares, nem vizinhos.

Ecomapa:



Legenda

Género:

□ - Masculino

○ - Feminino

◉ - Utente em estudo

Intensidade de relação:

== - Muito Forte

— - Casual

3. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Sr^a J.M.C. deu entrada no serviço de urgência de um Hospital Central a 10 de Outubro de 2019, com quadro de disartria, discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, visão turva, hemiparésida do membro inferior esquerdo e vômitos incoeresíveis. Realizou TAC CE que revelou AVC isquémico da ACM direita. Ficou internada na unidade de AVC com ECGlasgow de 15, com alguns períodos de desorientação espaço-temporal. Repetiu TAC CE após 24horas e 72horas que se mantinha sobreponível ao realizado a 10/10. Manteve-se internada durante 8 dias e durante o internamento sem intercorrências a declarar. No momento da alta clínica, segundo informação dos filhos, a utente apresentava lentificação da fala, força diminuída a nível do membro inferior esquerdo, com marcha e equilíbrio comprometido.

Referenciada a 07/12/2019 pelo médico de família para integrar a equipa ECCI para PII e de Reabilitação. Até então realizava fisioterapia em contexto privado no domicílio (2x por semana/3 semanas). Dia 08/12, utente na sequência de tentativa de levantar com episódio de trauma da face lateral externa do terço inferior do membro inferior à esquerda no sofá com ferida incisa suturada com 17 pontos com comprimento de 10cm.

Exames complementares de diagnóstico

TAC CE (10/10/2019-Relatório): "...leucoencefalopatia isquémica no hemisfério direito. Conclusão: AVC isquémico da Artéria Cerebral média direita".

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

(realizada a 09/12/2019)

Estado de Consciência:

Vigil, orientada na esfera pessoa, tempo e espaço. Com alguns períodos de desorientação espaço-temporal de predomínio noturno. Pupilas isoreativas e isocóricas.

Atenção e Memória:

Na avaliação da memória recente, recorreu-se a exercícios de pesquisa do que aconteceu no dia anterior, como por exemplo, relativamente o que comeu nas refeições, se recebeu visitas e se realizou alguma tarefa. Verificou-se alguns lapsos de memória. No que diz respeito a memória a longo prazo, constata-se a conservação da mesma, uma vez que os filhos referem que a utente recorda corretamente eventos da sua infância, juventude, vida adulta e familiar. Memória declarativa comprometida, memória não declarativa mantida para as AVD.

Linguagem:

Discurso verbal lenificado com redução do débito de palavras e com alguma dificuldade em completar frases completas. Cumpre ordens simples, identifica objetos por confrontação visual. Apresenta dificuldade em cumprir ordens complexas. Agrafia. Acuidade auditiva diminuída bilateralmente, com utilização de aparelho auditivo e acuidade visual diminuída á direita por apresentar cataratas.

Pares Cranianos:

Na avaliação dos pares cranianos verifica-se alterações ao nível do Nervo III – Nervo Acústico com equilíbrio dinâmico e estático comprometido, com tonturas e/ou vertigens presentes (anexo I).

Sensibilidade:

Superficial: Mantida

Profunda: Mantida

Motricidade:

- ✓ Hipocinésia (movimentos de pequena amplitude);

Força muscular:

Força muscular diminuída ao nível do membro inferior esquerdo (anexo II).

Amplitude articular:

Devido às comorbilidades pré-existentes, a utente já apresenta diminuição da amplitude articular os segmentos do corpo, motivo pelo qual não foi avaliada com goniómetro.

Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada):

Escala de Ashworth Modificada			
Membro Superior		Membro Inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerda
0	0	0	0

Coordenação dos Movimentos:

- ✓ Membros Superiores: Prova dedo-nariz com decomposição do movimento, mas toca no nariz. Apresenta disdiadococinesia (dificuldade em realizar movimentos rápidos e alternados);
- ✓ Membros Inferiores: Prova calcunar Joelho no membro inferior direito sem alterações. Relativamente ao membro inferior esquerdo apresenta decomposição do movimento.

Equilíbrio:

- ✓ Sentado: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico conservado. No leito e no cadeirão consegue mobilizar-se sem ajuda alternando pressões dos diferentes segmentos anatómicos;
- ✓ De Pé: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico comprometido. Apresenta estabilidade postural com andarilho, com necessidade de supervisão constante.

Segundo aplicação da escala de Berg e após avaliação de determinados itens da mesma, conclui-se que a Sr^a J.M.C não consegue permanecer em pé sem apoio por 30 segundos, apresenta capacidade em permanecer sentada com segurança por 2 minutos, não consegue girar sobre si contudo consegue alcançar objetos sentada quando se inclina para a frente. Verifica-se que necessita de ajuda para erguer-se na posição vertical e controla a descida ao sentar-se. Os outros itens da escala de berg não foram avaliados uma vez que não eram aplicáveis.

Marcha:

Deambula com pouca frequência, com apoio bilateral (andarilho com rodas). Apresenta cifose e muita dificuldade para movimentar-se. Apresenta cansaço a moderados esforços e necessita de pausas no decorrer do percurso. Aparentemente sem desvio da linha de marcha. Tipo de marcha: atáxica. Não sobe nem desce degraus.

Avaliação do Nível de Independência no Autocuidado:

Esta escala permite que seja avaliado o nível de independência da pessoa recorrendo a dados numéricos baseados nas 10 atividades de Autocuidado, seguindo o modelo teórico de Dorothea Orem (1980). Quando aplicada, neste caso clínico, constata-se 35/100 de pontos, o que corresponde a dependência grave (anexo III).

Avaliação da deglutição:

- ✓ Peças dentárias: Faz uso de prótese dentária;
- ✓ Local: Realiza as refeições na cozinha;
- ✓ Posição corporal durante as refeições: Posição de sentada em cadeira com apoio de braços.

Pares Cranianos:

V- Trigêmeo: contração bilateral dos maceteres mantida;

VII- Nervos Faciais: Simetria facial e laial;



IX- Nervos Glossofaríngeos: Reconhece doce e salgado, apresenta reflexo de vômito e sem sialorreia;

X- Nervos Vagos: Diz "Ahah", apresenta simetria do palato mole e sem presença de rouquidão ou disfonia.

XII- Nervos Hipoglossos: Apresenta simetria nos movimentos da língua com e sem resistência.

Pele, mucosas e tegumentos:

Coras e hidratadas, com equimoses dispersas mais acentuadas a nível da face anterior dos membros superiores (trauma nas grades da cama). Com ferida incisa na face lateral externa do terço inferior do membro inferior à esquerda suturada com 17 pontos com comprimento de 10cm. Tratamento 3 x semana com material absorvente com propriedades antibacterianas, sob antibiótico oral empírico. Pele circundante ruborizada e hidratada. Verifica-se edema (godet +) no membro inferior esquerdo e má perfusão periférica bilateralmente (membros inferiores).

Escala de Braden				
Percepção sensorial	1)Completament e limitada	2)Muito limitada 	3)Ligeiramente limitada	4)Nenhuma limitação
Humidade	1)Pele constantemente húmida	2)Pele muito húmida 	3)Pele ocasionalmente húmida	4)Pele raramente húmida
Atividade	1)Acamado	2)Sentado	3)Anda por vezes	4)Anda

		<u>X</u>		
Mobilidade	1) Completamente imobilizado	2) Muito limitado	3) Ligeiramente limitado	4) Nenhuma limitação
Nutrição	1) Muito pobre	2) Inadequada	3) Adequada	4) Excelente
Fricção e deslizamento	1) Problema	2) Problema potencial	3) Nenhum problema	

Score de 12- alto risco para desenvolvimento de úlcera de pressão

Dados objetivos:

- ✓ Inspeção estática: tipo de toráx: normal;
- ✓ Inspeção dinâmica: Frequência respiratória em repouso entre 14 a 16rpm, com ritmo regular, com respiração de padrão misto, com predominância torácica, com amplitude diminuída a nível bilateral, sem utilização de músculos acessórios;
- ✓ Palpação: Tórax equiexpansível. Não se observam massas palpáveis, pontos dolorosos, enfisema cutâneo e alterações na transmissibilidade das vibrações vocais;
- ✓ Percussão: Som pulmonar claro;
- ✓ Auscultação pulmonar:

M-Mantido; D-Diminuído; A-Ausente		Direito	Esquerdo
Murmúrio vesicular	1/3 superior	M	M
	1/3 médio	M	M
	1/3 inferior	M	M
Ruídos Adventícios (roncos, síbilos, ferveores crepitantes, ferveores sub-crepitantes, crepitações. atritos pleurais)	1/3 superior	---	---
	1/3 médio	---	---
	1/3 inferior	---	---

- ✓ Sinais Vitais: TA-129/82mm/hg, FC-57bat/min; Sat-95% (aporte de O2 a 1l/min);

✓ **Avaliação da dispneia a esforços** (Escala de Borg Modificada):

Esforços	Score
Repouso	0
Após esforços	2-5

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os enfermeiros na sua prática de cuidados, procuram ao longo do ciclo de vida das pessoas prevenir a doença e promover processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na atividade de vida diária, assim como a adaptação funcional aos défices e múltiplos fatores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), a cada ano, 15 milhões de pessoas sofrem Acidentes Vasculares Cerebrais. Do número supracitado, 5 milhões morrem e 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. Assim este diagnóstico continua a ser a principal causa de dependência física, sendo apenas precedida pelas doenças cardiovasculares e cancerígenas (Roger, 2004).

Numa primeira linha e numa fase aguda desta doença, os enfermeiros debruçam-se sobre avaliação de sinais vitais, vigilância do estado neurológico, avaliação de défices motores e sensitivos dos doentes, efetuando posicionamentos terapêuticos e mobilizações no leito de modo a prevenir o padrão espástico. Após essa fase o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação atribui à pessoa e família competências que lhe permitam readaptar ao seu estado prévio ao acidente vascular cerebral.

Assim, é fundamental e determinante a elaboração de um programa de reabilitação, de forma a perspetivar ganhos ao nível da autonomia no autocuidado, no fortalecimento muscular de todos os segmentos anatómicos com predominância dos lesados e na reintegração das atividades de vida diárias o mais precocemente possível (NICE, 2011).

Neste âmbito e atendendo à Teoria do Défice do Autocuidado proposto por Dorothea Orem (2001) as recuperações destes utentes podem ser medidas pelo grau de assistência nas respetivas atividades de vida diária. Outras orientações devem incluir, produtos de apoio existentes, o envolvimento do cuidador principal, a definição de objetivos e metas pessoais/familiares, a avaliação do grau de motivação do utente e o estabelecimento de relação terapêutica com utente/família.

Uma vez que a reabilitação é uma especialidade interdisciplinar, permitindo ajudar as pessoas com compromisso no autocuidado resultante de doenças agudas, e sendo a maximização do potencial funcional e independência uma competência do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este assume-se na linha da frente para cuidar de pessoas com este tipo de doença, seja intra hospitalar ou no domicílio. Neste contexto (domicílio) e como cuidamos do utente/família, o plano de intervenção interdisciplinar planeado para a Sr^a.J.M.C. baseia-se, na gestão do regime terapêutico, controlo da dor, vigilância do comportamento, reabilitação funcional motora, vigilância de parâmetros vitais, gestão de expectativas utente/família, ensinamentos ao utente/família sobre gestão do regime terapêutico, plano alimentar, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão e medidas não farmacológicas de evicção da dor.

PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>09/12/2019 / 16/12/2019</p>	<p>- Cansaço a médios esforços na atividades de vida diárias; - Limpeza das vias aéreas (eficaz ou ineficaz);</p>	<p>- Corrigir possíveis defeitos ventilatório, com finalidade de melhorar a ventilação alveolar;</p>	<p>09/12/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar performance respiratória: cansaço, dispneia, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão e auscultação pulmonar; - Avaliar parâmetros vitais: tensão arterial, frequência cardíaca, oximetrias periféricas, frequência respiratória e temperatura; - Executar cinesioterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> • Instruir e treinar correção postural e posições de relaxamento; • Instruir e treinar sobre dissociação dos tempos respiratórios (lábios semicerrados- na inspiração como se estivesse a cheirar uma flor e na expiração como se estivesse a apagar uma vela); • Instruir sobre exercícios de reeducação diafragmática e costais; - Incentivar o reforço hídrico para prevenção de mucosas; - Otimizar sobre técnica de tosse dirigida. <p><u>16/12/2020 acrescenta-se e ajusta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdução de moinho de vento multicolor para estimulação sensorial promovendo em simultâneo o prolongamento do tempo expiratório. <p><u>09/12/2019</u></p>

<p>09/12/2019 /</p>			<p>- Gerir as expetativas da utente/família para adequar o nosso plano de cuidados;</p>
<p>16/12/2019 /</p>	<p>-Dependência no Autocuidado:</p>	<p>- Conservar a amplitude articular dos segmentos</p>	<p>- Avaliar o nível de dependência da Srª.J.M.C. nas AVD, aplicando a Escala de Barthel;</p>
<p>6/01/2010 /</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene pessoal; 	<p>anatômicos;</p>	<p>- Vigiar o estado de consciência da utente e vigilância do comportamento;</p>
<p>08/01/2020 /</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vestir/despir; 	<p>- Melhorar a força muscular dos segmentos corporais</p>	<p>- Vigiar integridade cutânea-realização de penso de ferida traumática no membro inferior esquerdo;</p>
<p>13/01/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentar-se; • Marcha; • Transferir-se/Posicionar-se; 	<p>(Membros superiores e inferiores);</p>	<p>- Adequar o plano alimentar (história de obstipação-dieta rica em fibras e introdução de farinha de linhaça);</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Uso do sanitário. 	<p>- Promover a resiliência e a motivação para aquisição de maior autonomia nas AVD, nomeadamente no andar;</p>	<p>- Ensinar, instruir e treinar sobre correção de postura corporal;</p>
	<p>- Risco de rigidez articular (presente);</p>	<p>- Promover a melhoria do controlo e</p>	<p>- Planear atividade física;</p>
			<p>- Ensinar e instruir técnica de levante de cadeirão para posição vertical e posteriormente de posição vertical para posição de sentada (com apoio de mão direita no braço do cadeirão controlando a descida);</p>
			<p>- Avaliar o equilíbrio corporal- aplicação da escala de berg;</p>
			<p>- Executar treino de equilíbrio corporal de pé (estático e dinâmico);</p>
			<p>- Ensinar filhos sobre gestão de regime terapêutico;</p>
			<p>- Ensinar filhos sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para utente retomar marcha (remover tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda, instruir sobre calçado adequado e antiderrapante);</p>

	<p>- Equilíbrio corporal comprometido;</p> <p>- Risco de queda-Elevado.</p>	<p>coordenação dos membros superiores e inferiores;</p> <p>- Identificar estratégias que promovam a realização das AVD por parte da Srª. J.M.C;</p> <p>-Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico.</p>	<p><u>16/12/2019 e 06/01/2020</u></p> <p>- Executar exercícios de fortalecimento muscular ativas/assistidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ativas dos Membros Superiores Bilateralmente e Membro Inferior direito: flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão; flexão/extensão, rotação e oponência do polegar; desvio/cubital e flexão/ extensão do punho; pronação e supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução, flexão/extensão, elevação/depressão, rotação interna e externa da articulação do ombro; • Assistidas do Membro Inferior Esquerdo (devido a ferida traumática): flexão/extensão dos dedos do pé; eversão/inversão tibiotársica; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão da articulação do joelho; flexão/extensão, abdução/adução e circundação da articulação coxofemoral). <p>- Promover técnica de espelho, reforço positivo, escuta ativa;</p> <p><u>08/01/2010 ajusta-se as seguintes intervenções:</u></p> <p>- Introdução de bola de dimensões pequenas, com relevo colorida para mobilizações ativas dos dedos das mãos e mãos a nível bilateral promovendo estimulação cognitiva e sensorial;</p>
--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Instruir e treinar motricidade fina: separar feijão de grão de bico, dobrar roupa interior;- Executar mobilizações ativas do membro inferior esquerdo.- Ensinar e treinar técnicas de alívio de pressão (<i>push-up</i>) na posição de sentada;- Ensinar, instruir e treinar a Sr^a.J.M.C. na técnica de marcha, com apoio bilateral, apoio unilateral (andarelo/bengala) em piso estável e plano; <p><u>13/01/2020 ajusta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Executar mobilizações ativas-resistidas dos membros inferiores bilateralmente com peso de 1kg: flexão/extensão dos dedos do pé; eversão/inversão tibiotársica; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão da articulação do joelho;- Ensinar, instruir e treinar sobre automobilizações.

Avaliação:

09/12/2019: Sr^a.J.M.C. encontra-se vigil, orientada, colaborante, motivada. Não cumpre ordens complexas, contudo executa ordens simples. Não consegue inspirar pelo nariz, todavia expira pela boca com os lábios semi-cerrados. Após exercícios de cinesioterapia respiratória sob OLD 1l/min por hipoxemia crónica, utente refere cansaço de 4 segundo escalada de Borg modificada. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada mantido, mas comprometido em pé (estático e dinâmico). Relativamente às expectativas da utente/família incidem sobre a sua autonomia nas AVD, com planeamento aceite pelos supra-citados do plano de exercício físico. Filhos recetivos às adaptações necessárias no domicílio para treino de marcha com a utente (remoção de tapete na cozinha, nos quartos, calçado com velcro e antiderrapante). Sr^a.J.M.C. mostra-se recetiva na instrução da técnica de levante do cadeirão para posição vertical e posteriormente para posição de sentada.

Refere ingerir 0,75cl de água por dia.

Autónoma ao alimentar-se. História de obstipação, reforçada dieta em fibras e introdução de farinha de linhaça. Reforçada componente farmacológica (30ml de latulose ao pequeno almoço e 15ml de lactulose ao jantar).

Refere dor 2 segundo escala análogica da dor durante a realização do penso da ferida traumática, solicitado aos filhos administração de 1g de paracetamol 1h antes da visita ao domicílio.

16/12/2019 e 06/01/2020: Utente, vigil, orientada, colaborante. Demonstra pouca recetividade às atividades propostas. Mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios. Introduzido moinho de vento, colorido, para promover a estimulação cognitiva e solicitado á utente para expirar com os lábios semi-cerrados de modo a movimentar as hélices (2 séries/ 3 repetições), com prolongamento do tempo expiratório. Realizou mobilizações ativas dos membros superiores e membro inferior direito (2séries/8repetições) e assistidas do membro inferior esquerdo (2séries/8repetições). Mantém cansaço a moderados esforços- 4 segundo escala de Borg modificada-após

mobilizações. Equilíbrio sentado (estático e dinâmico) mantido, mas comprometido em pé (estático). Refere que ao longo do dia faz alguns exercícios, contudo preferencialmente opta pelo moinho de vento para dissociação dos tempos respiratórios. Realizado reforço positivo, técnica de espelho promovendo a motivação.

08/01/2020: Utente, vígil, orientada, colaborante, com motivação para atividades propostas. Introdução de bola de pequenas dimensões, com relevo e colorida, com que realizou mobilizações ativas das mãos e dedos bilateralmente e posteriormente executou mobilizações ativas dos membros superiores ao mobilizar (atirar) a bola para mim que me encontrava em frente da utente (2 séries/10repetições). Executou exercícios ativos do membro inferior esquerdo (2séries/8repetições), sem dor referida. Posteriormente realizou treino de marcha com apoio bilateral (andarilho) em piso estável e plano. No treino de marcha percorreu sala-cozinha-sala. Mantém domicílio sem obstáculos. Segundo escala de Borg modificada e após realização de exercícios apresenta 4. Procedeu á separação de leguminosas (feijão e grão de bico) e dobrou roupa interior, promovendo a estimulação sensorial, cognitiva e a otimização da motricidade fina. Reforçou-se a importância da prática regular destes exercícios. Refere realizar 1x por dia mobilizações ativas dos membros superiores. Executou transferência da posição de sentada para posição vertical. Refere manter ingestão hídrica.

13/01/2020: Utente vigil, orientada. Pouco colaborante nas ordens solicitadas. Mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios, contudo continua a fazer uso do moinho de vento para prolongamento do tempo expiratório. Tolerou o incremento de resistência (1kg) nos exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores (mobilizações ativas resistidas) 2séries/8repetições, sem dor associada e com cansaço avaliado em 5 segundo escala de Borg modificada. Planeia-se aumento das repetições para 10 e posteriormente a subida e descida de degraus. Mantém transferências da posição de sentada para posição vertical e posteriormente para a posição de sentada controlando a descida com os membros superiores. Treino de marcha sala-cozinha-hall de entrada-sala com

andarrilho e supervisão, decorreu sem intercorrências. Executa exercícios de alívio de pressão quando sentada. Escuta ativa e realizado reforço positivo. Refere sentir-se com “mais força” SIC utente, nos membros inferiores.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>09/12/2019 / 20/12/2019 / 06/01/2020</p>	<p>Ferida traumática</p>	<p>- Vigiar penso de ferida traumática; -Vigiar sinais inflamatórios; - Controlo da dor.</p>	<p><u>09/12/2019</u> - Executar penso a ferida traumática- 10cmx2cm, 17 pontos (tecido de granulação, com exsudado sero-hemático em moderada quantidade- sob antibioterapia); - Penso realizado com apósito de carboximetilcelulose sódica com prata iónica;</p> <p><u>20/12/2019</u> - Retirados pontos (verifica-se deiscência de sutura); - Executar penso com apósito de carboximetilcelulose sódica com prata iónica;</p> <p><u>06/01/2020</u> - Executar penso- apósito de Inadie; - Ferida com boa evolução cicatrical; - Dimensões 4 cm.</p>

Avaliação:

09/12/2019: Utente refere dor 2 segundo escala análoga da dor na realização do penso. Ferida traumática na face anterior lateral externa do terço inferior do membro inferior esquerdo, suturada 17 pontos, com dimensões de 10cm de comprimento com 2cm de largura. Apresenta tecido de granulação, com exsudado em quantidade moderada sero-hemático. Penso moderadamente repassado. Pele circundante ruborizada. Encontra-se sob antibioterapia. Sr^a J.M.C refere só apresentar dor na realização do penso da ferida. Solicitada a administração por parte dos filhos de 1g de paracetamol PO 1h antes da realização do penso. Apresenta edema (godet +) no membro supracitado.

20/12/2019: Remoção de pontos e consta-se deiscência de sutura, com dor 4 segundo escala análoga da dor. Mantém exsudado sero-hemático em moderada quantidade e o penso mantém tratamento anterior (carboximetilcelulose sódica com prata iónica). Penso com repasse moderado.

06/01/2020: Cicatrização por segunda intenção. Penso limpo e seco externamente. Ferida com 4cm de comprimento e 1cm de largura. Executa-se penso com apósito de Inadine. Refere dor 1 segundo escala análoga da dor na realização do penso.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>09/12/2019 / 16/12/2019 / 08/01/2020 / 13/01/2020</p>	<p>- Potencial para melhorar o conhecimento dos prestadores de cuidados;</p>	<p>- Otimizar os conhecimentos do J.C., R.C., sobre as estratégias de autonomia e promoção do autocuidado da Srª.J.M.C. na: higiene pessoal, marcha e no transferir-se/posicionar-se; - Prevenir o stress dos cuidadores, assim como lesões musculoesqueléticas. - Promover estimulação cognitivo/sensotial.</p>	<p><u>09/12/2019</u> - Avaliar quais os conhecimentos e capacidade dos filhos nas tarefas de autocuidado descritas; - Ter conhecimento de quais recursos estão a ser mobilizados e utilizados referente á alimentação e higiene (SAD); - Instruir sobre alimentação (dieta rica em fibras e introdução de farinha de linhaça por história de obstipação); - Informar os cuidadores principais sobre a gestão de riscos: adaptação do domicílio para marcha (remover tapetes e outros obstáculos que potenciem o risco de queda); - Ensinar, instruir sobre gestão do regime terapêutico; - Ensinar e instruir sobre o controlo da dor (devido a ferida incisa-administrar 1g de paracetamol PO); - Ensinar e instruir sobre sinais de dispneia, polipneia, bradipneia, sibilância. - Ensinar e instruir sobre sinais de infeção da ferida incisa (calor, rubor, dor e exsudado).</p>

		<p><u>16/12/2019 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar, instruir os cuidadores principais para a estimulação da execução por parte da Sr^a.J.M.C. de mobilizações ativas dos membros superiores e membro inferior direito;- Ensinar, instruir sobre a colocação dos membros inferiores elevados (para prevenir e/ou diminuir o edema);- Ensinar, instruir sobre a importância de prevenir carga excessiva no membro inferior esquerdo por apresentar ferida incisa suturada;- Informar sobre estratégias de <i>coping</i>; <p><u>08/01/2020 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar, instruir e treinar os cuidadores na transferência do cadeirão para a posição vertical, com apoio das mãos nos braços do cadeirão;- Ensinar, instruir e treinar os cuidadores principais (filhos) sobre exercícios de motricidade fina, assim como controlo e coordenação de movimentos;- Ensinar, instruir os cuidadores principais para estimular a realização por parte da Sr^a.J.M.C. mobilizações ativas do membro inferior esquerdo;- Ensinar, instruir os cuidadores, sobre a marcha com andarilho (correção postural da Sr^a.J.M.C adequada, colocação correta das mãos no andarilho);
--	--	--

			<p>- Ensinar e instruir os mesmos, sobre a importância da promoção da mobilidade e estimulação cognitiva e sensorial (exemplo: pedir á Srª.J.M.C. para dobrar roupa);</p> <p><u>13/01/2020 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <p>- Ensinar, instruir e treinar os cuidadores principais sobre exercícios musculares ativos resistidos dos membros inferiores;</p> <p>- Elogiar o desempenho dos mesmos.</p>
--	--	--	--

Avaliação:

09/12/2019: Os dois filhos da Srª J.M.C. demonstram-se interessados e participativos nos cuidados. Demonstram interesse em cuidar da mãe. Negam stress ou cansaço extremo, no entanto reconhecem que cuidar de uma pessoa com dependência grave é desgastante. Os mesmo concordaram com a otimização da dieta. Demonstraram-se recetivos a mobilizar possíveis obstáculos existentes no domicílio que poderiam promover o risco de queda. Demonstraram-se desperto para a deteção de possíveis sinais inflamatórios da ferida traumática e para alterações da componente respiratória. Assumem-se gestores no controlo sintomático da dor.

16/12/2019: O mesmo mantém interesse na participação dos cuidados e negam stress ou cansaço extremo. Referem que uma vez que se intercalam para dar assistência aos pais que no restante tempo aproveitam para estar com os seus filhos, conjugue e amigos no café. Os mesmos estimulam a Srª.J.M.C. a executar corretamente as mobilizações ativas dos membros superiores e inferior direito. Demonstram conhecimento sobre a não realização de carga excessiva do membro inferior esquerda devido á ferida traumática e da importância da elevação dos membros inferiores.

08/01/2020: Reforçada a importância da manutenção destas estratégias de coping. Os filhos da Sr^a.J.M.C. referem que incentivam a utente a realizar corretamente a transferência da posição de sentada para a posição vertical, exercícios de motricidade fina e controlo e coordenação de movimento ao longo do dia. cOs mesmo demonstram capacidade e conhecimento da posição corporal correta no andarilho e de quais as mobilizações ativas do membro inferior esquerdo. Negam stress.

13/01/2020: Mantém interesse e participação nos cuidados. Apresentam capacidade e conhecimento do programa de exercícios ativos resistidos, referindo a importância da mobilidade e da execução dos mesmos. Referem que incentivam a mãe na sua realização. Reforçadas medidas de coping.

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Ao dia 13/01/2020, constata-se que o programa de reabilitação negociado teve impacto positivo nas AVD da Sr^a.J.M.C.. Este, foi planeado segundo as expetativas e objetivos da utente/família. O mesmo incide sobre a recuperação da força do membro inferior esquerdo, assim como máxima independência da Sr^a.J.M.C., na marcha.

É perceptível o ganho de capacidades da utente. Neste momento de avaliação a utente consegue andar de forma indepedente com andarilho de rodas, permitindo-se deslocar a todos os compartimentos do domicílio embora que ainda com supervisão. No que diz respeito ao equilíbrio, apresenta moderada melhoria do equilíbrio na posição de pé, assim como se verifica moderada melhoria da força muscular a nível do membro inferior esquerdo. Mantem cansaço a moderados esforços, todavia refere melhoria do cansaço segundo a escala de borg modificada.

Destaca-se que o programa implementado, permitiu á utente, melhorar o Autocuidado a nível da transferência, marcha, alimentação, ida ao wc, segundo Escala de Barthel. Este instrumento de avaliação realça o ganho em saúde, a nível da mobilidade, da ida ao wc, das transferências, uma vez que a utente apenas necessita de supervisão conseguindo-se mobilizar-se de forma independente através do andarilho. Com as intervenções implementadas e aos ganhos efetivados, adquiriu-se em simultâneo um baixo risco de ulcera de pressão, segundo Escala de Braden, devido á maximização da mobilidade da utente, e á execução das mobilizações de todos os segmentos anatómicos, incluindo exercícios de alternar pressão (push-up).


Por conseguinte, os prestadores de cuidados integraram novos conhecimentos, adquirindo capacidades para responder ás necessidades da Sr^a.J.M.C.. Com a aquisição dos mesmos os efeitos adversos de cuidar de pessoa de dependência grave, como o stress, síndrome de burnout, podem ser minimizados. Os dois filhos continuam a ter uma vida ativa, a preservar tempo com filhos e cônjuge, assim como amigos.

Posteriormente demonstra-se os ganhos em saúde com impacto nas AVD da Sr^a.J.M.C, segundo Escala de Barthel.

Escala de Barthel-13/01/2020	
<p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Independente 10 Precisa de alguma ajuda (ex. para cortar os alimentos) 5 Dependente 0</p>	5
<p><u>TRANSFERÊNCIA</u> Independente 15 Precisa de alguma ajuda (verbal ou física) 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado 0</p>	10
<p><u>HIGIENE PESSOAL</u> Independente (fazer a barba , lavar a cara, lavar os dentes) 5 Dependente, necessita de ajuda 0</p>	0
<p><u>USO DO WC</u> Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo) 10 Precisa de alguma ajuda 5 Dependente 0</p>	10
<p><u>BANHO</u> Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 5 Dependente, necessita de ajuda 0</p>	0
<p><u>MOBILIDADE</u> Independente (pode usar ajudas técnicas) 15 Alguma ajuda (verbal ou física) 10 Independente em cadeira de rodas 5 Dependente 0</p>	15
<p><u>SUBIR/DESCER ESCADAS</u> Independente 10 Precisa de ajuda (verbal, física ou com ajudas técnicas) 5 Dependente 0</p>	0
<p><u>VESTIR</u></p>	5

Independente (incluindo botões, atacadores) 10 Com ajuda 5 Dependente 0	
<u>CONTROLO INTESTINAL</u> Continente, podendo fazer uso de supositórios ou similares 10 Acidente ocasional 5 Incontinente ou necessita de uso de clisteres 0	10
<u>CONTROLO URINÁRIO</u> Continente, autoalgiação 10 Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) 5 Incontinente ou algaliado, incapaz de manusear a algália sozinho 0	10
TOTAL 65/100 (Dependência Leve)	

Escala de Braden-13/01/2020				
Percepção sensorial	1) Completament e limitada	2) Muito limitada	3) Ligeiramente limitada <u>x</u>	4) Nenhuma limitação
Humidade	1) Pele constantemente húmida	2) Pele muito húmida	3) Pele ocasionalmente húmida <u>x</u>	4) Pele raramente húmida
Atividade	1) Acamado	2) Sentado	3) Anda por vezes	4) Anda <u>x</u>
Mobilidade	1) Completament e imobilizado	2) Muito limitado	3) Ligeiramente limitado <u>x</u>	4) Nenhuma limitação
Nutrição	1) Muito pobre	2) Inadequada	3) Adequada <u>x</u>	4) Excelente

Fricção e deslizamento	1)Problema	2)Problema potencial 	3)Nenhum problema	
-------------------------------	------------	--	-------------------	--

Score de 18- baixo risco para desenvolvimento de úlcera de pressão

BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011: sobre atividades de vida diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf.
- Orem, D. (2001). Nursing concepts of practice (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2004). CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

ANEXO I

Pares Cranianos

M-Mantido; D-Diminuído; A-Ausente; NA- Não Avaliável		
I-Olfativo	Fechar os olhos e encerrar uma narina e identificar o odor do álcool, bilateralmente.	M
II- Nervó Ótico	Perguntar quantos dedos eu lhe apresentei. Posteriormente mover lentamente o dedo desde a periferia do campo visual e solicitar a identificação do momento em que consegue identificar o dedo.	M
III- Nervó Oculomotor IV- Troclear VI- Abducente	Incidir um feixe luminoso sobre as pupilas, avaliando o diâmetro da pupila, a simetria e a sua reatividade á luz. Pedir á Sr ^a . J.M.C. com a cabeça imóvel seguir os movimentos do meu dedo (cima, abaixo, direita, esquerda, aproximar e afastar).	M
V- Trigémeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. Verificar contração bilateral dos maceteres.	M M
VII- Nervó Facial	Pedir para fechar os olhos e identificar o sabor do iogurte com a parte anterior da língua. Solicitar a realização de alguns movimentos faciais, como sorrir e fechar os olhos de uma forma vigorosa.	M M
VIII- Nervó Acústico	Solicitar o fechar de olhos e identificar de qual dos lados era emitido o som realizado por mim. Equilíbrio dinâmico e estático Tonturas e ou vertigens	M D D
IX- Nervó Glossofaríngeo X- Nervó Vago	Reconhecer doce e salgado, verificar o reflexo de vômito e a presença de sielorreia. Pedir para abrir a boca e dizer “Ahahah” para observar a simetria do palato mole, alterações da voz ou rouquidão.	M M
XI- Nervó Espinhal	Avaliar bilateralmente força muscular dos ombros e cabeça.	M
XII- Nervó Hipoglosso	Colocar resistência (exemplo: espátula) em cima da língua e pedir à utente para contrariar o movimento e para posteriormente realizar movimentos rápidos com a língua.	M

ANEXO II

Escala Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale			
Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
Cabeça e pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerda	5	
	Flexão lateral direita	5	
	Rotação	5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-Umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação Interna	5	5
	Rotação Externa	5	5
	Circundação	5	5
	Elevação	5	5
Depressão	5	5	
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
Punho	Flexão palmar	5	5
	Dorsi flexão	5	5
	Desvio radial	5	5
	Desvio cubital	5	5
	Circundação	5	5
Dedos da Mão	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação do polegar	5	5
	Oponência do polegar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4

Coxofemoral	Abdução	5	4
	Rotação Interna	5	4
	Rotação Externa	5	4
	Circundação	5	4
Joelho	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
Tibio-társica	Flexão plantar	5	4
	Flexão dorsal	5	4
	Inversão	5	4
	Eversão	5	4
Dedos do Pé	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4
	Abdução	5	4

ANEXO III

Escala de Barthel

Escala de Barthel		
<u>ALIMENTAÇÃO</u>		5
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda (ex. para cortar os alimentos)	5	
Dependente	0	
<u>TRANSFERÊNCIA</u>		5
Independente	15	
Precisa de alguma ajuda (verbal ou física)	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
<u>HIGIENE PESSOAL</u>		0
Independente (fazer a barba , lavar a cara, lavar os dentes)	5	
Dependente, necessita de ajuda	0	
<u>USO DO WC</u>		5
Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo)	10	
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
<u>BANHO</u>		0
Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	
Dependente, necessita de ajuda	0	
<u>MOBILIDADE</u>		0
Independente (pode usar ajudas técnicas)	15	
Alguma ajuda (verbal ou física)	10	
Independente em cadeira de rodas	5	
Dependente	0	
<u>SUBIR/DESCER ESCADAS</u>		0
Independente	10	
Precisa de ajuda (verbal, física ou com ajudas técnicas)	5	
Dependente	0	
<u>VESTIR</u>		5
Independente (incluindo botões, atacadores)	10	
Com ajuda	5	
Dependente	0	
<u>CONTROLO INTESTINAL</u>		5
Continente, podendo fazer uso de supositórios ou similares	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou necessita de uso de clisteres	0	
<u>CONTROLO URINÁRIO</u>		10
Continente, autoalgaliação	10	
Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana)	5	
Incontinente ou algaliado, incapaz de manusear a algália sozinho	0	
TOTAL		
35/100 (Dependência Grave)		

APÊNDICE III

Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação

Cama 11 Nome/Idade:								
Cama 12 Nome/Idade:								
Cama 13 Nome/Idade:								
Cama 14 Nome/Idade:								
Cama 15 Nome/Idade:								
Cama 19 Nome/Idade:								
Cama 20 Nome/Idade:								
Cama 21 Nome/Idade:								
Cama 22 Nome/Idade:								
Cama 23 Nome/Idade:								
Cama 24 Nome/Idade:								
Cama 25 Nome/Idade:								
Cama 26 Nome/Idade:								

Nome/Idade: Cama 41 Nome/Idade:								
Cama 42 Nome/Idade:								
Cama 43 Nome/Idade:								
Cama 44 Nome/Idade:								
Cama 45 Nome/Idade:								
Cama 46 Nome/Idade:								

APÊNDICE IV

Folha de Registo do programa de Reabilitação Cardíaca Fase I e Fase II

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__

CARDIOLOGIA - INTERNAMENTO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

FOLHA DE REGISTO

Data de admissão: __/__/__

Data de Alta: __/__/__

Diagnóstico: _____ Cama: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Fatores de Risco Cardiovascular

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Dislipidemia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | |

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

EAM	
ICC	
Pré-Operatório	
Tavi	
Outros	

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

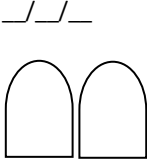
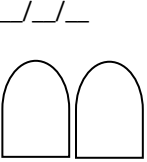
1ª Sessão 2ª Sessão 3ª Sessão 4ª Sessão 5ª Sessão
__/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão
Estado de consciência	Consciente (C) / Orientado (O) / Confuso (Conf) / Prostrado (Prost)					
	Colaborante (Colab) / Não Colaborante (NColab)					
Pele e Mucosas	Coradas (C) /Pálidas (P) / Cianosadas (Cian) / Ictéricas (I)					
	Hidratadas (H) /Desidratadas (D)					

Padrão Respiratório	Secreções	Não												
		Quantidade	Abundantes (A)/											
			Moderadas (M)/											
			Escassas (E)											
Viscosidade	Fluidas (F)/													
	Espessas (Ep)													
	Caraterísticas	Mucosas (M)/												
Purulentas (P)/														
Hemáticas (H)														

Auscultação	Hemitoráx Direito (D)/ Hemitoráx Esquerdo (E)		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
	Murmúrio Vesicular: Mantido (M)/ Diminuído (D)/ Ausente (A)	1/3 Superior											
		1/3 Médio											
		1/3 Inferior											
	Ruídos Adventícios: Roncos (R) , Crepitações (Cp) , Sibilos (S) , Fervores (F)	1/3 Superior											
		1/3 Médio											
		1/3 Inferior											

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Radiografia Torácica	 <input type="checkbox"/> Hipotransparência <input type="checkbox"/> Hipertransparência <input type="checkbox"/> Derrame Pleural <input type="checkbox"/> Sem alterações	 <input type="checkbox"/> Hipotransparência <input type="checkbox"/> Hipertransparência <input type="checkbox"/> Derrame Pleural <input type="checkbox"/> Sem alterações
	Outras alterações: _____	Outras alterações: _____

REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão		
		___	___	___	___	___		
Posições de descanso e relaxamento								
Consciencialização e controlo da respiração								
Reeducação Abdomino-Diafragmática	Global							
	Anterior	Com resistência						
		Sem resistência						
	Posterior	Com resistência						
		Sem resistência						
	Seletiva - Hemicúpula Direita							
Seletiva - Hemicúpula Esquerda								
Reeducação Costal	Global	Com Bastão						
		Sem Bastão						
	Lateral direita com abdução dos MS's	Com resistência						
		Sem resistência						
	Lateral esquerda com abdução dos MS's	Com resistência						
		Sem resistência						
Drenagem Postural Modificada	Hemitoráx Direito (D)/ Hemitoráx Esquerdo (E)	D	E	D	E	D	E	
	Lobo Superior							
	Lobo Médio							
	Lobo Inferior							
Manobras Acessórias	Vibrações							
	Percussões							
	Compressões							
Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias [Tosse Dirigida (TD)/ Tosse Assistida (TA)/ Técnica de Expiração Forçada e Huff (TEF)/ Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral (ETGOL)]								
Terapêutica de Posição								
Espirómetro de Incentivo								
Cough Assist								
Correção Postural	Com espelho quadriculado							

ENSINOS

Utente <input type="checkbox"/>	Cuidador <input type="checkbox"/>	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão
Utente e Cuidador <input type="checkbox"/>		_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Doença Cardíaca						
Sinais e Sintomas						
Fatores de Risco Cardiovascular						
Regime medicamentoso						
Auto-Avaliação de pulso radial						
Alternância de posicionamento no leito com contenção de ferida operatória						
Levante com contenção da ferida operatória						
Tosse com contenção de ferida operatória						
Entrega de folhetos (FRCV/EAM/ Pré Op./ RC)						
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação						