

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa com patologia cerebrovascular geradora de dependência: desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Autor

Diana Luisa Martins Oliveira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa com patologia cerebrovascular geradora de dependência: desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Orientador(es)

António Carlos Lopes Vilela
Professor Adjunto, Doutor

Paulo José Parente Gonçalves
Professor Coordenador, Doutor

Autor

Diana Luisa Martins Oliveira

Porto, 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Mãe, ao João, à Francisca e ao Guilherme.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, os agradecimentos vão para os orientadores na pessoa do Professor Doutor Carlos Vilela e do Professor Doutor Paulo Parente, pelas palavras de incentivo e disponibilidade, em todos os momentos de orientação e partilha de conhecimento.

À minha Mãe que sempre acreditou em mim e lutou por estarmos juntas.

Aos amigos de sempre e para sempre, em especial ao Amílcar, à Céu, à Cláudia, à Elisabete, à Maria de Jesus e à Tanya, pelas ausências e cabeça cheia, mas também pela palavras de incentivo e amizade. Obrigada pela partilha de angústias, conselhos e conhecimento!

À Amélia, à Manu e à Milena, que tanto me ajudam e substituem.

Aos meus filhos e ao meu marido, por serem porto de abrigo, fonte de energia e amor, melhor companhia e razão de tudo!

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

As doenças crónicas, doenças de longa duração e progressão lenta, não curáveis mas potencialmente controláveis, tais como as doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as doenças osteoarticulares e as doenças cerebrovasculares, entre outras, implicam uma autogestão eficaz do regime terapêutico medicamentoso, dietético e de exercício físico, um autocuidado responsável com mudanças de comportamento e estilos de vida, e o desenvolvimento de habilidades que permitam o seu controlo e a prevenção de complicações. No caso concreto dos Acidentes Vasculares Cerebrais, várias são as doenças crónicas que se constituem como fatores de risco modificáveis para a sua ocorrência. Os enfermeiros devem desenvolver competências especializadas, de modo a auxiliar as pessoas: no processo de reconstrução de autonomia no autocuidado, após evento agudo gerador de dependência; na facilitação da transição saúde/doença, independência/dependência e na transição situacional do familiar cuidador; e na prevenção secundária deste tipo de eventos e futuras complicações. Desta forma, irão ao encontro do mandato social da profissão, contribuindo também, para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, baseados na melhor evidência.

O presente relatório documenta o processo de execução de um projeto centrado no desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, no âmbito da pessoa com patologia cerebrovascular geradora de dependência, acompanhado de um processo de reflexão crítica, ancorado em referenciais teóricos como a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, em torno da experiência da prática clínica desenvolvida nos contextos onde decorreram os estágios. Este documento insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, com relatório - Módulo II, que integra o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O seu grande propósito consiste em evidenciar a aquisição de competências especializadas no âmbito do processo de reconstrução da autonomia e da facilitação do processo de transição da pessoa com patologia cerebrovascular, geradora de dependência, e do seu familiar cuidador, norteando-nos pelas competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Assim, optou-se pelo seu desdobramento em seis objetivos e pela definição de atividades que permitissem atingi-los.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Dependência Funcional; Autocuidado; Acidente Vascular Cerebral; Continuidade da Assistência ao Paciente

ABSTRACT

Chronic diseases, long-term, slow-progressing, non-curable but potentially controllable diseases such as cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, osteoarticular diseases, oncological and cerebrovascular diseases require effective self-management of the therapeutic regime of medication, diet and physical exercise, responsible self-care with changes in behaviour and lifestyles, and the development of skills to control them and prevent complications. In the specific case of strokes, several chronic diseases are modifiable risk factors for their occurrence. Nurses must develop specialised skills in order to help people: in the process of rebuilding autonomy in self-care after an acute event that generates dependence; in facilitating the health/illness, independence/dependence transition and the family carer's situational transition; and in the secondary prevention of this type of event and future complications. In this way, they will fulfil the profession's social mandate and also contribute to the provision of safe, quality care based on the best evidence.

This report documents the process of carrying out a project centred on the development of specialised clinical skills in medical-surgical nursing, in the area of nursing the chronically ill person, in the context of the person with cerebrovascular pathology that generates dependency, accompanied by a process of critical reflection, anchored in theoretical references such as Afaf Meleis' Transitions Theory and Dorothea Orem's Self-Care Theory, around the experience of clinical practice developed in the contexts where the internships took place. This document is part of the curricular unit Professional Internship, with report - Module II, which is part of the Master's programme in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The main purpose of this report is to highlight the acquisition of specialised skills in the process of rebuilding autonomy and facilitating the transition process of people with cerebrovascular pathology, which creates dependency, and their family carers, guided by the transversal skills expressed in the Regulation of the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations. In order to realise this purpose, it was decided to break it down into objectives and define activities that would enable them to be achieved.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Functional Status; Self-Care; Stroke; Continuity of Patient Care

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

GLR – Gestor Local de Risco

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEI - Microrganismos Epidemiologicamente Importantes

MEMCPSCR – Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UL-PPCIRA - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. PESSOA COM PATOLOGIA CEREBROVASCULAR COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS - CASO CLÍNICO	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	48
3.3. Medicação	48
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	49
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	53
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	56
3.5. Domínios	59
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	60
3.6. Conceção de Cuidados	64
3.7. Especificação das intervenções	76
3.8. Síntese relativa ao caso	79
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	85
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	113
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	129

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de Quadros

Quadro 1 – Territórios vasculares afetados e respetivas manifestações clínicas

Quadro 2 – Complicações associadas ao Acidente Vascular Cerebral isquémico (Fase Aguda)

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma da via verde do Acidente Vascular Cerebral

Figura 2 - Representação esquemática do processo de reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência

Figura 3- Representação esquemática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Figura 4- Representação esquemática do processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Figura 5 - Diagrama Espinha de Peixe relativo às principais causas de quedas

Figura 6 – Fluxograma das estratégias de prevenção de quedas

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Em Portugal, face ao aumento da esperança média de vida, com consequente envelhecimento da população, e ao aumento da incidência de doenças crónicas geradoras de complicações, incapacidade funcional e deficiência, emergiram novas e distintas necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos. De acordo com o inquérito EU-SILC, em 2019, 41 % dos portugueses - uma proporção superior à da união europeia (36%) -, com idade igual ou superior a 16 anos, referem sofrer de, pelo menos, uma doença crónica verificando-se uma disparidade na prevalência por escalão de rendimentos: 48 % dos adultos portugueses no escalão de rendimentos mais baixos afirmaram sofrer de, pelo menos, uma doença crónica, em comparação com 35 % no escalão mais alto (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento [OCDE], 2021). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2020, esta condição afetava mais mulheres (47,0%) do que homens (40,4%) e, em especial, a população com 65 ou mais anos (71,4%, em comparação com a população com menos de 65 anos, que é de 34,1%). Também o indicador de morbilidade crónica, da população com 16 anos ou mais, registou, pelo segundo ano consecutivo, o valor mais elevado dos últimos seis anos em ambos os sexos (Instituto Nacional de Estatística, 2022). De salientar ainda que mais de 80 % das mortes em Portugal resultam de doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro e as doenças respiratórias crónicas.

A doença crónica é, assim, responsável por elevadas taxas de morbilidade, mortalidade, incapacidade funcional e sobrecarga dos sistemas de saúde e sociais. O seu controlo depende de comportamentos de autocuidado e autogestão do regime terapêutico, implicando um processo de adaptação a múltiplos níveis (físico, mental, social, familiar, laboral, psicológico, emocional e espiritual), surgindo, deste modo, a necessidade de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica. A este nível, uma autogestão eficaz da doença poderá reduzir a sintomatologia; diminuir as complicações decorrentes da doença; diminuir a taxa de internamento/hospitalização; reduzir a mortalidade e a morbilidade; diminuir as resistências à medicação e diminuir os custos relacionados com os cuidados de saúde (Schulman-Green et al., 2012).

Face à incidência e prevalência das patologias cerebrovasculares na população, em termos mundiais e nacionais, à taxa de mortalidade e morbilidade, aos elevados custos que lhes estão associados, a par do seu impacto para a pessoa, para a família e para a sociedade, pensamos que esta é uma área de interesse, em que se justifica o aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de competências especializadas, para uma intervenção mais efetiva do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O AVC é a principal causa de morte e

de incapacidade permanente em Portugal, tendo um importante impacto social e económico. O risco de recorrência é de 25% aos cinco anos e de 40% aos dez anos. Acresce que 90% dos AVC podem ser explicados por dez fatores de risco modificáveis incluindo tabagismo, sedentarismo, má alimentação e consumo de álcool. Entre as principais causas destes eventos agudos salientamos a hipertensão arterial, a diabetes Mellitus e a dislipidemia – doenças crónicas – resultando, portanto, em mais comorbilidades pela sua ineficaz autogestão. Assim, de acordo com vários autores, a abordagem nestas pessoas deve ser integrada, mobilizar todos os recursos disponíveis, considerando não apenas as especificidades dessas doenças, mas também a forma como cada pessoa é (ou não) capaz de as integrar na sua vida, readaptando-se e reinventando-se, de acordo com os seus recursos internos, as suas redes de apoio e as suas circunstâncias (Sousa et al., 2022; Vilar, 2009).

A classificação dos AVC's não é unânime. Segundo a *American Stroke Association* (2015) existem dois tipos: o AVC isquémico (87% dos casos), que ocorre quando um coágulo ou trombo obstrói um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo sanguíneo para as células cerebrais, podendo ser lacunar; trombótico ou embólico, e o AVC hemorrágico (13% dos casos) que ocorre quando existe a rotura de um vaso sanguíneo, levando à formação de hematoma no parênquima cerebral (Tamburri et al., 2020). As possíveis sequelas deste evento agudo dependem da localização do AVC no cérebro, da extensão das lesões e do período decorrente entre os primeiros défices neurológicos e a implementação de cuidados, na fase aguda. Estas sequelas podem ser mais ou menos graves, limitadas no tempo ou permanecer para o resto da vida, comprometendo a autonomia da pessoa. Entre as principais sequelas salientamos: afasia/disartria; disfagia; hemiparesia/hemiplegia; ataxia/desequilíbrio da marcha; incontinência urinária e/ou fecal; alterações sensoriais; alterações cognitivas/demência e epilepsia (Hoeman, 2008; Portugal *Angels Nurse Task Force*, 2025; Ribeiro et al., 2014; Silva, 2010).

Os quadros demenciais são doenças crónicas, com evolução progressiva, caracterizados por um declínio neurocognitivo significativo das funções mentais ao nível da memória, pensamento, orientação, linguagem, cálculo e julgamento. Tais alterações são geradoras de perda de autonomia, sendo uma importante causa de incapacidade; estão relacionadas com a idade acima dos 65 anos a sua prevalência duplica a cada cinco anos - são mais frequentes em mulheres e a incidência é cada vez maior, especialmente nos países desenvolvidos. Estima-se que, em 2080, a demência afetará 450 mil portugueses, 5% da população (Alves et al., 2024). As demências vasculares, segundo tipo de demências mais frequentes, são causadas por patologias cerebrovasculares, sendo fundamental o controlo dos fatores de risco para o desenvolvimento das mesmas, o seu diagnóstico precoce e a prevenção primária.

Assim, pensamos que esta é uma área de interesse, em que se justifica o aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de competências especializadas, para uma intervenção mais efetiva do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O papel dos enfermeiros, junto das pessoas com doença crónica, deverá ter como foco a facilitação da transição saúde-

doença, a reconstrução da autonomia, a capacitação para a autogestão e para o autocuidado controlando a doença e a maximização dos ambientes terapêuticos, nunca esquecendo a capacitação da pessoa e do familiar cuidador, numa perspetiva de desenvolvimento da autonomia para a autogestão e para o autocuidado, transferindo, por conseguinte, uma grande parte da responsabilidade do profissional para a pessoa e sua família (Sousa et al., 2022). Entre as patologias cerebrovasculares, focamo-nos no Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico e hemorrágico.

Neste enquadramento, consideramos, portanto, fundamental desenvolver competências especializadas em torno de dois eixos principais: processo de reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência, devido a patologia cerebrovascular, e facilitação da vivência das transições da pessoa e família, tendo como matriz conceptual a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem (2001) e a teoria das transições de Afaf Meleis (2010).

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, cujo desenvolvimento esteve sempre no cerne de todo este percurso académico e profissional, o Regulamento nº 429/2018 especifica o cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e a maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores, sendo que por cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica se entende "(...) cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma" (Regulamento n.º 429/2018, p. 19368).

Deste modo, consideramos que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica se reveste, na nossa ótica, de primordial importância no processo de reconstrução da autonomia das pessoas dependentes após AVC; na promoção da prevenção primária, secundária e terciária do AVC, identificando as variáveis que interferem na gestão das doenças crónicas e que são fatores de risco para estes eventos e na promoção de um autocuidado responsável e autogestão eficaz do regime terapêutico medicamentoso, dietético e de exercício físico. Pensamos que, desta forma, estaremos a ir ao encontro do mandato social da profissão, aprofundando conhecimentos centrais da disciplina de Enfermagem, como o autocuidado e a autogestão, em linha com referenciais teóricos anteriormente referidos, produzindo cuidados de enfermagem especializados, diferenciados, seguros e de qualidade, baseados sempre na melhor evidência disponível, e privilegiando a dimensão autónoma da prática da enfermagem.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica visam fornecer um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos

cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados (Regulamento n.º 429/2018):

1. Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
2. Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Pela natureza académica e de desenvolvimento de competências de que este projeto está imbuído tivemos, também, em conta o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), desenvolvido a partir do Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus, que identifica cinco níveis de competência na prática de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Para nortear este desenvolvimento de competências, no contexto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), definimos como propósito essencial: desenvolver competências especializadas no âmbito do processo de reconstrução da autonomia e da facilitação do processo de transição da pessoa com patologia cerebrovascular, geradora de dependência, e seu familiar cuidador. Com este intuito definimos seis objetivos orientados pelas competências transversais patentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

1. Melhorar competências de identificação das necessidades das pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores, após evento agudo gerador de dependência, no domínio dos processos corporais, autocuidado e autogestão do regime terapêutico;
2. Desenvolver competências na comunicação clínica com pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores;
3. Desenvolver competências de intervenção especializada no domínio dos processos corporais, do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico da pessoa com patologia cerebrovascular, após evento agudo gerador de dependência, e do familiar/cuidador;
4. Desenvolver competências na preparação e planificação da alta hospitalar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular;
5. Melhorar competências na área da prevenção da infeção e contaminação associadas aos cuidados de saúde por microrganismos epidemiologicamente significativos, resistentes aos antimicrobianos;
6. Desenvolver competências no âmbito da gestão do risco clínico e risco não clínico, visando uma cultura de segurança nos vários contextos de atuação.

A escolha da área de desenvolvimento de competências e a definição dos objetivos está relacionada com a nossa prática profissional, de há já vários anos, com a vasta formação realizada neste âmbito, com os dados sociodemográficos e epidemiológicos de prevalência/incidência destas patologias, com o seu impacto nefasto para a pessoa/família e sociedade e com o que julgamos ser o âmbito de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Desde 2015 que desempenhamos funções numa Unidade de Reabilitação de AVC e deparamo-nos, diariamente, com pessoas que, na maior parte das vezes, devido a uma autogestão ineficaz das suas patologias crónicas, tiveram um evento agudo, gerador de dependência, passando, subitamente, de uma situação de autonomia para uma situação de dependência. Nesta fase, pretendemos articular os projetos profissionais, as preferências pessoais e o percurso académico, de forma a desenvolver competências especializadas, ampliando o conhecimento e adotando comportamentos profissionais que promovam uma prática diferenciada e avançada, baseada sempre na melhor evidência científica.

De forma a atingir os objetivos propostos, definiram-se atividades que foram implementadas durante 360 horas de estágio (180h em cada contexto, interligados entre si) da UC Estágio Clínico - Módulo II, tal como está definido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), norteadas pelo projeto profissional na área da Enfermagem, assente nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019) e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018), realizado no âmbito da UC Estágio Clínico - Módulo I.

Os dois períodos de estágio, correspondentes à UC Estágio Clínico - Módulo II, decorreram em duas unidades de cuidados/serviços distintos, no período entre 16 de setembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025. O primeiro momento do estágio decorreu na Equipa de Gestão de Altas (EGA) e o segundo momento decorreu no serviço de Neurologia. Em ambos os contextos de estágio, foi possível desenvolver e aprofundar as competências especializadas definidas no projeto profissional anteriormente concebido, em linha com os objetivos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, preferências pessoais e experiência profissional prévia, sendo que as oportunidades de aprendizagem foram múltiplas e variadas. A pesquisa da melhor evidência, a par da consulta das normas, dos procedimentos e das instruções de trabalho e da realização de estudos de caso foram aspetos facilitadores para o desenvolvimento de competências, permitindo dar resposta aos objetivos definidos, bem como o debate com as tutoras e orientadores, pautado pela partilha de conhecimento, reflexão sobre a prática e perícia profissional (Benner, 2001).

Este relatório está estruturado em cinco partes. A primeira diz respeito à presente introdução, em que optámos por contextualizar a temática a desenvolver enquadrando-a nos objetivos do

mestrado e no desenvolvimento de competências com vista à obtenção do título de especialista. Numa segunda parte, apresentamos a caracterização dos contextos clínicos em que decorreram os estágios. A terceira parte corresponde à apresentação de um dos estudos de caso realizados num dos módulos do estágio clínico com recurso à plataforma e4Nursing® que, no seu *backend*, tem a Ontologia de Enfermagem concebida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (NursingOntos®). Seguidamente, na quarta parte, apresenta-se a análise crítico-reflexiva em torno do processo de desenvolvimento de competências. Finalmente, a quinta parte diz respeito a uma síntese final do relatório. Seguem-se, ainda, os anexos com informação relevante sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos momentos de estágio.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Os estágios de natureza profissional com relatório – módulo I e módulo II decorreram, respetivamente, ao longo do segundo e terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e, tal como já foi referido, decorreram em dois serviços hospitalares: Equipa de Gestão de Altas (EGA) e Neurologia.

Equipa de Gestão de Altas

As Equipas de Gestão de Altas (EGA) são equipas intra-hospitalares multidisciplinares (médico, enfermeiro e assistente social), sediadas em hospitais de agudos, cujo principal objetivo é o planeamento efetivo da alta hospitalar complexa, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, de formar a garantir a continuidade de cuidados a todas as pessoas que delas necessitem (Decreto-Lei n.º 136/2015). Estas deverão ser constituídas por um médico, um enfermeiro, de preferência especialista, e um assistente social, preferencialmente a tempo inteiro, podendo, ainda, integrar outros profissionais como, por exemplo, apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade das atividades justificar (Portaria n.º 50/2017).

No caso de internamento hospitalar, cabe à equipa assistencial a identificação da necessidade de cuidados continuados integrados das pessoas, o mais precocemente possível, e à EGA a validação dessa mesma referenciação, verificando a sua adequação aos critérios das diferentes tipologias de unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e sua posterior referenciação à Equipa Coordenadora Local (ECL). A EGA poderá referenciar as pessoas que, pelo seu nível de dependência funcional ou pelo nível de cuidados que necessitam, não têm condições de retornar ao domicílio em segurança, necessitando, portanto, de cuidados continuados integrados em regime de ambulatório (Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários - ECCI) ou de Internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção) das valências da RNCCI Geral, RNCCI Pediátrica, RNCCI Saúde Mental e Psiquiatria e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) garantindo a continuidade e a adequação dos cuidados às pessoas.

Relativamente à constituição da equipa multidisciplinar da EGA onde decorreu o nosso estágio, integra uma médica (30h/semana), uma enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica (35h/semana), uma assistente administrativa (35h/semana) e uma assistente social (17,5h/semana), o que fica aquém do estipulado no Decreto-Lei de constituição da RNCCI referente à constituição da EGA e funções (Diário da República, 2017) e é insuficiente face ao volume de trabalho: em média 41,66 pessoas referenciadas por mês. Está sob dependência direta do conselho de administração – diretora clínica e o regime de avaliação das profissionais

o SIADAP sendo a enfermeira avaliadora a enfermeira gestora da unidade de gestão de medicina. Esta EGA, em concreto, tem acesso a novos pedidos de referenciação através da consulta do aplicativo da RNCCI. Posteriormente, através da consulta dos registos do processo clínico da pessoa, reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar, reuniões familiares e visita presencial procura, em articulação com a equipa assistencial, decidir qual o melhor destino para a pessoa (RNCCI, ERPI, SAD, ECCI), garantindo sempre as necessidades em cuidados de saúde, adequando-as aos critérios de admissão a cada uma das tipologias. Terminado este processo é validada a tipologia proposta e a EGA propõe à ECL o tipo de unidade mais adequado.

Esta EGA, em concreto, tem acesso a novos pedidos de referenciação através da consulta do aplicativo da RNCCI. Posteriormente, através da consulta dos registos do processo clínico da pessoa, reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar, reuniões familiares e visita presencial procura, em articulação com a equipa assistencial, decidir qual o melhor destino para a pessoa (RNCCI, ERPI, SAD, ECCI), garantindo sempre as necessidades em cuidados de saúde, adequando-as aos critérios de admissão a cada uma das tipologias. Terminado este processo é validada a tipologia proposta e a EGA propõe à ECL o tipo de unidade mais adequado.

Até ao mês de outubro de 2024, foram referenciadas 366 pessoas à EGA. Os principais serviços referenciadores são, na área médica, os serviços de medicina interna (n=107), neurologia (n=63), unidade de AVC (n=32). Já na área cirúrgica os principais serviços referenciadores são a ortopedia-ortogeriatria (n=46) e a neurocirurgia (n=23). As tipologias para as quais as pessoas são mais frequentemente referenciadas são: as unidades de média duração (n=108), as unidades de longa duração (n=48) e as unidades de convalescença (n=47). Entre os motivos de cancelamento do processo de referenciação, salientamos os óbitos (n=55), cancelamento por fase aguda (n=33) e desistências - recusa internamento/referenciação (n=32). Salientamos, ainda, os casos cancelados pela ECL por ausência de critérios de inclusão na RNCCI (n=9) e os casos cancelados pela própria EGA (n=6) após avaliação das necessidades em cuidados de saúde das pessoas através da análise documental, confrontação dos registos e visita presencial. Entre o processo de referenciação e a colocação da pessoa numa das tipologias da RNCCI decorreu, em média e durante o período de tempo em que decorreu o estágio, um período de tempo de cerca de oito dias para colocação numa UC, cinco semanas para UMDR, duas semanas para ULDM e, nos casos das ECCI, dependente da causa de solicitação, o tempo de espera varia entre 48h a seis semanas, na área da ULS onde decorreu o nosso estágio.

Como principais dinâmicas do serviço salientamos:

- 4ªFeira: a realização de uma reunião com a equipa assistencial do serviço de Medicina (diretora de serviço, diretora do serviço social, enfermeiros gestores dos vários serviços de Medicina, elementos da EGA, coordenador do serviço de paliativos) com o objetivo discutir e analisar a necessidade de continuidade de cuidados em saúde das pessoas internadas há mais de 12 dias;
- 5ªfeira: a realização de uma reunião com a equipa assistencial do serviço de Neurologia

(diretor de serviço, enfermeiros gestores, elementos da EGA, coordenador do serviço de paliativos, e gestora serviço medicina) com o objetivo discutir e analisar a necessidade de continuidade de cuidados em saúde dos casos das pessoas internadas há mais de 12 dias;

- Diariamente: reuniões diárias entre a equipa da EGA para discussão da adequação da tipologia das unidades da RNCCI às necessidades em cuidados em saúde das pessoas e seguimento dos processos de referenciação.

Relativamente aos procedimentos específicos deste serviço, salientamos a existência de um procedimento para a escolha das unidades preferenciais da RNCCI e de um procedimento transferência de pessoas para unidade exterior da ULS com camas de retaguarda.

Serviço de Neurologia

O serviço de Neurologia onde realizámos o segundo estágio pertence à unidade de gestão integrada (UGI) de medicina e, na sua continuidade, localiza-se a unidade de AVC, com a lotação de 12 camas em regime de *open space*. Trata-se de um serviço bastante recente, tem cerca de dois anos, e uma lotação de oito camas distribuídas por duas enfermarias, com quatro unidades individuais, uma casa de banho, apenas com chuveiro e lavatório, de pequenas dimensões. Em frente ao acesso das enfermarias existe, ainda, um banho assistido e duas casas de banho. Recebe pessoas provenientes dos vários serviços da unidade hospitalar, nomeadamente do serviço de urgência, serviço de medicina intensiva polivalente, medicina, unidade AVC, e de outros hospitais. Relativamente ao motivo de internamento, constatamos que o mais frequente é o AVC (isquémico ou hemorrágico), seguido de quadros demenciais e epilepsia. Em termos de destino após a alta este pode ser domicílio, unidade exterior hospitalar a aguardar vaga RNCCI (UC, UMDR, ULDM, ECCI), RNCCI ou Estrutura Residencial para Idosos (ERPI). Ao longo do corredor de serviço existem vários armários para material de consumo clínico do lado direito e, do lado esquerdo encontramos os vestiários dos profissionais, uma sala de apoio, uma copa, uma sala de dispositivos médicos (máquinas de perfusão, ventiladores portáteis, entre outros), o gabinete do enfermeiro chefe. Num dos extremos desse corredor, encontramos a sala dos médicos e no outro o secretariado clínico. A unidade dos utentes está equipada com um cadeirão, uma cama, sistema de aspiração, ar e oxigénio, um candeeiro e sistema de chamada. Ainda no que concerne à estrutura física, constatamos que o circuito de passagem dos clientes e dos profissionais/familiares e material limpo e sujo é o mesmo, contrariando as mais recentes recomendações em termos de prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). O serviço está equipado com um sistema de vácuo sendo possível, entre outras coisas, enviar produtos analíticos ao laboratório. A reposição de *stocks* faz-se através da metodologia de stock avançado e a reposição da medicação por sistema unidose.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa é constituída por médicos (neurologistas, medicina física e reabilitação), enfermeiros, técnico auxiliar de saúde (TAS), assistentes administrativos e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, nutricionista). Os serviços de Neurologia B e a Unidade de AVC funcionam como

um todo sendo que a equipa de enfermeiros e TAS roda por ambos os serviços e assegura a continuidade de cuidados 24h por dia, 365 dias por ano. A unidade de AVC é, desde 3 de julho de 2017, reconhecida pela *European Stroke Organization* (ESO) como “*certified ESO Stroke Center*”. Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por 38 enfermeiros. Destes, oito são especialistas e 30 são enfermeiros de cuidados gerais. No que concerne às áreas de especialização, verificamos que quatro são especialistas em reabilitação, dois são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, um especialista em saúde comunitária e um especialista em saúde mental e psiquiátrica. Estes enfermeiros dividem-se por cinco equipas de trabalho e o rácio enfermeiro/cliente é 1:4 no turno da manhã e da tarde e 1:8 no turno da noite. No turno da manhã, existe, ainda, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e um enfermeiro responsável que, na ausência do enfermeiro gestor, assume as funções de planeamento e gestão de cuidados de saúde e de gestão dos recursos humanos e materiais/técnicos. Existem, ainda, dois enfermeiros com as funções de elo de ligação da PPCIRA, que fazem a ponte entre o serviço e a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), e uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica com as funções de gestor local de risco (GRL) que faz a articulação com Serviço Saúde no Trabalho e Gestão de Risco Geral.

A dotação de enfermeiros pode ser definida como uma relação entre a quantidade e a qualidade (competência) de Enfermeiros necessários para a prestação dos cuidados aos clientes. O *International Council of Nurses* (ICN), em 2006, a propósito das comemorações do dia do Enfermeiro acrescenta que “Dotações seguras, salvam vidas”. As dotações seguras têm sido uma das grandes preocupações da Ordem dos Enfermeiros (OE) sendo inequívoca e amplamente documentada a relação existente entre a dotação de Enfermeiros, a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos clientes. Por este motivo, foi então formulada a norma de cálculo de dotações seguras de cuidados de enfermagem aprovada pelo Decreto-Lei nº 104/98 alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. A dotação adequada de Enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento n.º 743/2019). De salientar que, nesta norma, opta-se pelo recurso a um sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados: o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS). As suas atualizações servem de referência para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019).

Durante o período de estágio no serviço de Neurologia, verificamos que, independentemente do nível das necessidades em cuidados de saúde das pessoas, o rácio é sempre o mesmo. O plano

de cuidados é disponibilizado através da aplicação Gestão de Horários® e o método de trabalho é o método individual de trabalho, método de trabalho centrado na pessoa, também conhecido por método de caso. De acordo com este método de trabalho, a responsabilidade total dos cuidados a prestar a um conjunto de pessoas é, única e exclusivamente de um só profissional, favorecendo a individualização dos cuidados e a satisfação das necessidades dos utentes (Parreira, et al., 2023). A coordenação dos cuidados prestados a todos as pessoas internadas do serviço é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor. Este tem uma grande responsabilidade e uma área de intervenção muito abrangente na qual assume grandes responsabilidades: vai desde a gestão de cuidados, à gestão de recursos humanos, materiais e projetos, à participação no desenvolvimento do planeamento estratégico, à formação de enfermeiros passando, também, pela investigação e divulgação científica (Siqueira et al., 2023)

No que concerne ao sistema de informação utilizado no serviço para documentar os cuidados de enfermagem, é o SClínico® Hospitalar. Os SI, de acordo com Luna-Aleixos et al. (2024), desempenham um papel fundamental na modernização dos cuidados de saúde, sendo uma ferramenta facilitadora para a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados. Relativamente a indicadores de qualidade dos cuidados prestados salientamos a percentagem de incidência de úlceras por pressão adquiridas e o número de quedas ocorridas. Estes indicadores são extraídos do programa *Business Intelligence* Hospitalar, disponível no SClínico®, são trabalhados pelo grupo dos Sistemas de Informação em Enfermagem.

3. PESSOA COM PATOLOGIA CEREBROVASCULAR COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS - CASO CLÍNICO

Homem de 52 anos com diagnóstico de AVC isquémico vertebro basilar. Encontra-se internado num Serviço de Neurologia.

3.1. Enquadramento teórico

Homem de 52 anos, casado, com situação laboral ativa que reside, alternadamente, em Portugal e fora de Portugal, com a esposa e três filhas. Trabalha na área do comércio de automóveis de luxo. Recorreu ao serviço de urgência da unidade hospitalar onde decorre o nosso estágio, no final de setembro, por nistagmo multidirecional e dismetria (NIHSS 7) - diagnosticado AVC isquémico vertebro basilar.

Realizou angiotomografia e constatou-se oclusão de grande vaso esquerdo e enfarte bulbo-medular esquerdo. Face à evolução clínica com défices motores marcados e à idade, foi realizado tratamento endovascular (trombectomia) com necessidade de angioplastia por complicação com dissecação de vaso.

Após o procedimento, iniciou quadro de disartro-disfonia, desvio esquerdo da língua na protusão, plegia dos membros à esquerda e NIHSS de 12. Transferido para o serviço de medicina intensiva polivalente, onde permaneceu durante um mês, por agravamento clínico devido a pneumonia nosocomial com atelectasia à esquerda (cumpru antibioterapia com piperacilina/tazobactam) com necessidade de entubação orotraqueal e posterior traqueostomia, a meados de outubro, por desmame ventilatório complexo.

No início de novembro, foi transferido novamente para a Unidade de AVC onde manteve instabilidade hemodinâmica, por períodos. Foi, também, diagnosticada infeção do estoma da traqueostomia a 23/10 com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* (cumpru antibioterapia com meropenem®). A meados de novembro nova intercorrência infecciosa: quadro séptico com presumível ponto de partida reinfeção estoma traqueostomia (cumpru antibioterapia com ceftazidima 1gr 2xdia + amicacina 1g 1xdia) e infeção do trato urinário, com episódio de retenção urinária aguda, de provável etiologia fúngica. No final do mês, por estabilização clínica, foi transferido para o serviço de Neurologia.

Apresenta antecedentes de saúde relevantes como hipertensão arterial secundária

(diagnosticada aos 34 anos), diabetes Mellitus tipo II, obesidade e não adesão ao regime terapêutico farmacológico e não farmacológico (exercício físico e alimentar). Optamos por este caso clínico, uma vez que a pessoa possui como antecedentes relevantes duas doenças crónicas, hipertensão e diabetes, cuja associação está, atualmente, bem evidenciada na literatura: a hipertensão é comum entre as pessoas diagnosticadas com diabetes, sendo que a sua prevalência depende, entre outras, de fatores como o tipo e a duração da diabetes, idade, sexo, índice de massa corporal (Sousa & Bastos, 2021); apresentou várias intercorrências ao longo do internamento que nos permitiu aprofundar conhecimentos ao nível de dispositivos médicos e atitudes terapêuticas; encontra-se a vivenciar uma transição saúde-doença e urge o início do processo de reconstrução da autonomia, sendo preponderantes terapêuticas de enfermagem com vista à sua facilitação; e, por último, devido ao facto de face ao grau de dependência, necessidade de cuidados em saúde, potencial de reabilitação e capacidade de colaboração seja necessária a definição de um local para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, permitindo-nos desenvolver competências nesta área.

Acidente Vascular Cerebral

Definição e epidemiologia

O AVC é a terceira causa de morte e incapacidade em termos mundiais, a maior causa de incapacidade na Europa (Kwakkel et al., 2023) e a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Prevê-se que, entre 2017-2047 haja um decréscimo da taxa de mortalidade associada ao AVC, mas que a sua prevalência aumente 27% (Kwakkel et al., 2023). Esta patologia têm um importante impacto social e económico sendo, o seu risco de recorrência 25% aos 5 anos e 40% os 10 anos. Trata-se de uma emergência médica causada pela interrupção da circulação sanguínea cerebral com isquemia local do tecido cerebral. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define-o como o "comprometimento neurológico focal ou global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas, de provável origem vascular" (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2009).

A classificação dos AVC's não é unânime. Segundo a *American Stroke Association* (2015) existem dois tipos de AVC: o AVC Isquémico (87% dos casos) - ocorre quando um coágulo ou trombo obstrói um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo sanguíneo para as células cerebrais- que pode ser lacunar; trombótico ou embólico- e o AVC hemorrágico (13% dos casos) - ocorre quando existe a rotura de um vaso sanguíneo, levando à formação de hematoma no parênquima cerebral (Tamburri et al., 2020).

Fisiopatologia do AVC isquémico

Focando-nos no AVC isquémico, este ocorre devido à falta de irrigação numa determinada área cerebral ou por hipotensão arterial grave, causando morte neuronal. O AVC lacunar ou

síndromes lacunares, representam cerca de 10% dos AVC's isquémicos e estão associados a doenças crónicas descontroladas como a hipertensão arterial ou a diabetes Mellitus. Os AVC trombóticos surgem quando os processos patológicos responsáveis pela obstrução do vaso desenvolvem-se no próprio local da oclusão. Os AVC embólicos ou embolias cerebrais ocorrem quando se verifica a oclusão arterial por um corpo estranho (embolo) em circulação, que é libertado na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais. A formação de êmbolos esta muito associada às patologias cardiovasculares (e.g. fibrilação auricular, cardiomiopatias, próteses valvulares, estenose mitral). No que concerne aos AVC'S hemorrágicos, estes ocorrem pela rutura de um vaso sanguíneo intracraniano levando à formação de um coágulo que afeta determinada função cerebral. Podem ser divididos em hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoídea (Martins, 2002). De acordo com Menoita (2014), o AVC isquémico não se distribui pelo encéfalo ao acaso, mas sim, por territórios arteriais, enquanto que o AVC hemorrágico ocorre nos locais de maior fragilidade vascular.

Uma das escalas utilizadas para classificar o AVC isquémico é a *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP). Esta permite classificar os AVC de acordo com o défice neurológico máximo nas primeiras 24h (Tei et al., 2020) em *Lacunar Anterior Circulation Infarct* - LACI (enfarte lacunar); *Total Anterior Circulation Infarct* - TACI (enfarte total da circulação anterior); *Partial Anterior Circulation Infarct* - PACI (enfarte parcial da circulação anterior) e *Posterior Circulation Infarct* - POCI (enfarte da circulação posterior) (Bamford et al,1991; Tei et al., 2020). Trata-se de um método de classificação que permite, em fase aguda, prever o tamanho e local da lesão ainda antes mesmo da realização da tomografia computadorizada e realizar o seu prognóstico de evolução funcional (Paci et al., 2011). Outras das classificações usadas no âmbito do AVC é a Classificação TOAST que classifica os AVC isquémicos de acordo com a sua provável etiologia: aterosclerose de grandes vasos (aterosclerose envolvendo segmentos extracranianos e intracranianos das artérias carótidas e a segmentos extracranianos das artérias vertebrais), cardioembolismo (oclusões arteriais cerebrais presumivelmente devido a êmbolos com origem no coração), oclusão de pequenas vasos (enfartes que ocorrem nas regiões profundas do cérebro ou tronco cerebral), outra etiologia determinada (alterações da coagulação, doenças sistémicas como as vasculites, infeções e neoplasias, uso de drogas e doenças genéticas) e etiologia indeterminada (tipos de enfarte que não se encaixam nas categorias anteriores, por haver duas ou mais causas identificadas, porque a investigação foi negativa ou está incompleta) (Hurford et al., 2022; Panel et al., 1997).

Para avaliar a gravidade, o prognóstico e fazer uma previsão da probabilidade de recuperação da pessoa após o AVC e com isso determinar o nível de prestação de cuidados e intervenções necessárias, utiliza-se o Índice do *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) que é uma escala de avaliação neurológica. Nesta escala, um valor superior a 16 indica uma elevada probabilidade de morte ou grave incapacidade e um valor menor que seis aponta para uma boa recuperação. Todos as pessoas devem ser avaliadas à apresentação ou nas primeiras 24 horas

após o evento e a sua aplicação regular, na fase aguda, permite detetar antecipadamente agravamento de parâmetros neurológicos e ajuda a definir estratégias de atuação (Silva, 2010). As sequelas do AVC Isquémico dependem do território vascular afetado, da extensão da lesão e da rapidez de intervenção, tendo sempre em consideração o tempo entre o aparecimento dos sintomas e a implementação das terapias de fase aguda (terapêuticas de suporte, trombólise e trombectomia). Estas podem ser sequelas mais ou menos graves, ter variável impacto no dia a dia da pessoa e ser agrupadas em alterações da face, alterações do movimento corporal, alterações sensoriais, alterações da comunicação/cognitivas e alterações da deglutição (Quadro 1).

Quadro 1 – Territórios Vasculares afetados e manifestações clínicas/défices

Território Vascular afetado	Manifestações clínicas
Artéria Cerebral Anterior	Abulia; Alterações do comportamento (se o AVC do lobo frontal for intenso); Afasia transcortical; Apraxia da marcha; Hipostesia contralateral, de predomínio crural; Parésia contralateral, de predomínio crural; Incontinência.
Artéria Cerebral Média	Todo o território: Hemiparesia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia. Ramos ântero-superiores: Hemiparesia contra lateral, de predomínio braquifacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito). Ramos pósterio-inferiores: Afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantanópsia contralateral. Ramos profundos: Hemiparesia contralateral e Hemihipostesia contralateral.
Artéria Cerebral Posterior	Alexia sem agrafia; Ataxia; Alterações de memória (lesão bilateral); Cegueira cortical, provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais associada a agnosia; Hemihipostesia contralateral; Hemianópsia homónima contralateral; Hemiplegia fugaz; Síndromes sensoriais talâmicos; Prosopagnosia.
Artéria Vertebro-Basilar	Amnésia; Ataxia e desequilíbrio; Disartria; Disfagia; Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados; Hemiparésia e/ou hemihipostesia bilaterais; Nistagmo; Parésia dos nervos cranianos; Parésia facial; Soluços.
Artéria Oftálmica	Amaurose monocular.

Fonte: adaptado de Balami et al., 2013

Aproximadamente dois terços das mortes por AVC e piores estados funcionais estão relacionados com fatores não modificáveis como a gravidade do AVC, idade da pessoa, as suas comorbidades e estado funcional prévio. Um terço das mortes está associada a complicações associadas ao evento isquémico (Quadro 2) e essas podem ser modificadas (Tamburri et al., 2020). Para tal, é necessário empoderar os serviços de saúde e treinar os profissionais para

antecipar, prevenir e gerir eficazmente essas condições (Tamburri et al., 2020) garantindo cuidados de qualidade e a segurança das pessoas.

Quadro 2 – Complicações associadas ao Acidente Vascular Cerebral Isquémico (Fase Aguda)

Complicações neurológicas secundárias ao evento:	
- Transformação hemorrágica (ocorre em cerca de 30 a 40% dos doentes com AVC isquémico) devido à perda da integridade microvascular e à disrupção da homeostase neurovascular. - Novo evento Isquémico com um risco especialmente elevado na primeira semana; - Crises epiléticas - Edema cerebral maligno (enfarte maligno) que leva ao efeito de massa e, consequentemente, a um aumento da pressão intracraniana (PIC), com desvio das estruturas cerebrais e, por vezes, à herniação cerebral. Trata-se da complicação mais fatal, com uma taxa de mortalidade que pode chegar aos 78% sem tratamento cirúrgico (craniectomia descompressiva); - Delírium afeta cerca de 13 a 48% dos utentes em fase aguda e caracteriza-se por uma disfunção cognitiva transitória, caracterizada por períodos de confusão, desorientação e agitação.	
Complicações iatrogénicas / Infecções associadas aos cuidados de saúde:	
- Infecções do trato urinário; - Pneumonia de aspiração por disfagia e pneumonia associada ao ventilador; - Infecções associadas aos dispositivos médicos (e.g. acessos vasculares, DVE, PEG) - Danos causados por procedimentos iatrogénicos.	
Défices do AVC	
Complicações	Défices possivelmente associados
Lesões provocadas por quedas (e.g. fraturas, lacerações, hemorragias intracerebrais, hemorragias internas)	Defeitos nos campos visuais, hemiparesia, Neglect hemisensorial, défices cognitivos
Lesões por pressão devido à imobilidade ou dispositivos médicos	Hemiparesia, Neglect hemisensorial, défices cognitivos
Pneumonia de aspiração	Disfagia
Dor	Hemiparésia e espasticidade
Má nutrição, desidratação e desequilíbrios hidroelectrolíticos	Disfagia e défices cognitivos
Trombose Venosa Profunda, embolismo pulmonar	Hemiparésia e défices motores
Complicações neurocognitivas	
Depressão, fadiga, delírio.	

Fonte: adaptado de Tamburri et al., 2020

Por tudo o que foi referido, os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção de eventuais complicações que surjam, após o AVC, e na reabilitação da pessoa. Para tal, o internamento numa unidade de AVC é fundamental e está atualmente relacionado com uma menor taxa de mortalidade, encurtamento do tempo de internamento e uma redução da frequência das altas para unidades de cuidados continuados sendo que, a evolução da pessoa depende de vários fatores (Frankel et al, 2000; Saver, 2006).

Abordagem Terapêutica do Acidente Vascular Cerebral isquémico

O tratamento do AVC começa na ativação da Via Verde AVC, tal como podemos constatar na

Figura 1, permitindo uma melhor abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar. Esta deve ser ativada perante a instalação de sinais como a disartria, parésia facial ou perda de força num membro e tem como objetivo uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos utentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do tempo porta-agulha ou da janela terapêutica eficaz (Direção-Geral de Saúde, 2017).

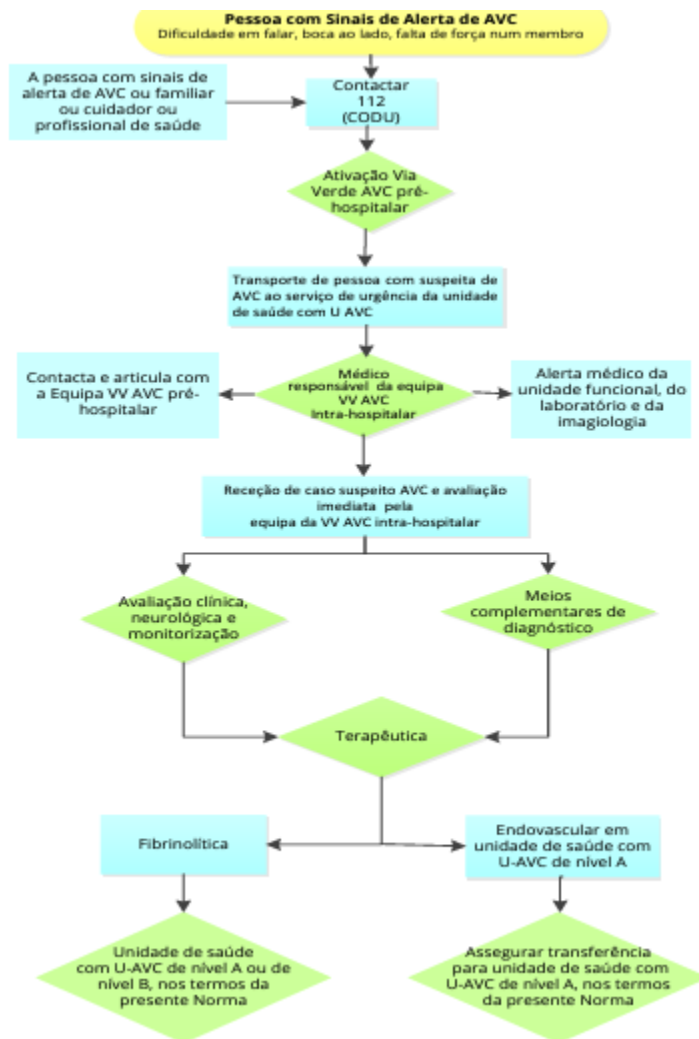


Figura 1 – Fluxograma da via verde do acidente vascular cerebral

Fonte: Direção-Geral de Saúde, 2017

A pessoa deve ser logo encaminhada para a sala de emergência onde deverá ser iniciada uma abordagem ABCD, que incluirá a monitorização do estado de consciência e dos défices neurológicos através da aplicação da escala de NIHSS, e estabilização por médicos intensivistas e enfermeiros. Seguidamente, deverá ser realizada uma tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) ou outros exames complementares de diagnóstico considerados relevantes. Ainda na sala de TC-CE, na ausência de contraindicações e se tempo de evolução de sintomas inferior a 4.5h, deverá ser iniciada a trombólise (Direção-Geral de Saúde, 2017).

A trombólise é um tratamento que permite a reperfusão do parênquima cerebral, no caso de AVC isquémico, melhorando o *outcome* funcional dos utentes. Utiliza-se, preferencialmente, em pessoas com AVC isquémico agudo com tempo de evolução de sintomas ≤ 4.5 h e com NIHSS >5 ou défice incapacitante (Hacke et al., 2008). A evidência existente descreve que, após 4.5h, os défices neurológicos tendem a ser irreversíveis devido à área de enfarte já estabelecido e ausência de área cerebral potencialmente salvável e que uma trombólise fora de janela aumenta o risco de hemorragia intracraniana (Hacke et al., 2008; Powers, et al., 2019). São contra indicações para a trombólise: valores de tensão arterial persistentemente $> 185/110$ mmHg; AVC hemorrágico ou suspeita de hemorragia subaracnoídea; plaquetas <100.000 , INR $>1,7$, aPTT $>40''$; hemorragia gastrointestinal ou genitourinária maior <3 semanas; neoplasia intra-axial do sistema nervoso central; aneurisma cerebral >1 cm; glicemia persistentemente <50 mg/dL; história de AVC hemorrágico; hemorragia interna ativa; AVC isquémico / TCE / Neurocirurgia <3 meses; dissecação da aorta e endocardite infecciosa ativa (Powers, et al., 2019). Após o fim da trombólise, a pessoa deverá ser preferencialmente internado numa Unidade de AVC, onde deverá manter controlo tensional (15-15 min nas primeiras 2 horas, 30-30 min 2-8 horas, 60-60min 8-24h; para valores de tensão alvo de $< 180/105$) e monitorização electrocardiográfica. Deve ficar em jejum durante 24h, repouso absoluto e repetir TC-CE às 24h (ou mais cedo se agravamento neurológico) para exclusão de transformação hemorrágica significativa e início de terapêutica antitrombótica preventiva com AAS 100mg (Powers, et al., 2019).

Se for identificada oclusão de grande vaso abordável, a pessoa deverá ser proposta para trombectomia (desobstrução mecânica do vaso), sem suspender a trombólise, caso não seja abordável a pessoa deverá ser internada numa unidade de AVC (UAVC), onde deverá manter a monitorização eletrocardiográfica e tensional, especialmente caso tenha sido submetido a trombólise, com tensões alvo $<180/105$ mmHg nas primeiras 24h (Powers, et al., 2019).

No caso de pessoas em que a trombólise está contraindicada e não sejam candidatas a trombectomia, deverá ser prescrita terapêutica antitrombótica com antiagregantes como ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel e o ticagrelor (Dong et al., 2020; Hacke et al., 2008).

Sobrevida

Em Portugal, tal como já referimos, o AVC é uma das patologias que mais contribui para a incapacidade crónica e prevê-se um aumento da sua incidência e prevalência devido ao envelhecimento populacional e aumento das doenças crónicas (Figueiredo et al., 2020).

Relativamente ao prognóstico e à recuperação pós AVC, este depende de vários fatores como fatores sócio-demográficos, rapidez de tratamento face hiperaguda, etiologia, o local e a extensão da lesão, a idade, a ausência de défice cognitivos anteriores e comorbilidades anteriores ou adquiridas durante o internamento e a colaboração/motivação da pessoa (Silva,

2010).

O AVC hemorrágico está associado a uma taxa de mortalidade mais alta e a um pior tempo de sobrevida inicial, sendo que o AVC hemorrágico representa, em média, cerca de 1,37 vezes menor probabilidade de sobrevivência comparativamente ao AVC isquémico (Figueiredo et al, 2020) Posto tudo o que foi referido, os Enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção de eventuais complicações que surjam, após o AVC, e na reabilitação da pessoa.

Processo de transição na pessoa com AVC

As transições são definidas como uma passagem de uma determinada fase, condição ou status de vida para outra nova situação, sendo constituídas por diversas fases e despoletadas por eventos críticos específicos (Chick & Meleis, 2010; Meleis, 2010). São eventos internos que ocorrem ao longo de tempo e implicam a incorporação de novos conhecimentos; a alteração de comportamentos e a redefinição de significados. O processo de transição assume especial relevância na área de enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e profissão, especialmente quando estas têm impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida pessoas. Deste modo, os enfermeiros devem assumir um papel de elemento facilitador das transições pois são os profissionais de saúde que passam mais tempo com o indivíduo, família ou comunidade quando estes experienciam momentos de transição (e.g. admissão hospitalar, alta hospitalar, diagnóstico de doença crónica, pós parto, início de programa de reabilitação, início de processo de recuperação) e os profissionais que lhes prestam os primeiros cuidados (Meleis, 2010). Meleis define transição como um processo de adaptação, que ocorre ao longo do tempo, moldado pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar no qual existe incorporação das mudanças no modo de viver, com consequente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive. As transições não são sinónimo de mudança, mas resultam de mudanças e referem-se à incorporação, por parte da pessoa, da mudança. Implicam um “início - desequilíbrio”, uma “passagem” e um “fim - novo equilíbrio” (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994).

A Teoria de Médio Alcance das Transições foi, então, desenvolvida por Meleis e colaboradores e assenta em três conceitos centrais:

- natureza das transições (tipo: saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional; padrão: únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não; propriedades: consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo -time spam - e pontos/eventos críticos que estão associados a um aumento da consciencialização ou um envolvimento mais ativo na experiência de transição;
- condições facilitadoras e inibidoras das transições relacionadas com as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Os significados atribuídos, as crenças e atitudes pessoais, o nível socioeconómico e a preparação e conhecimento prévio à transição são exemplos destas

condições;

- padrões de resposta das transições monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível de conhecimentos e o nível de desempenho necessários para fazer face às novas situações e contextos e ao impacto do evento na saúde (Meleis et al., 2000). Os indicadores de processo estão relacionados com sentir-se ligado, interação, estar situado e desenvolvimento de confiança e coping. Os indicadores de resultado são considerados a mestria, em novas competências e comportamentos necessários para lidar com o processo de transição e, a integração de uma identidade reformulada fluída e integradora (Meleis et al., 2000).

Na teoria das transições, as terapêuticas de enfermagem são consideradas um elemento nuclear e definem-se como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar das pessoas, englobando o conteúdo tanto das intervenções como dos objetivos de enfermagem. Tem como objetivo facilitar os processos de transições saudáveis, diminuir as transições não saudáveis e alcançar indicadores de processo positivos (Meleis, 2010). Os mesmos autores salientam entre as modalidades terapêuticas de enfermagem para lidar com as transições: a avaliação de enfermagem – essência de todas as terapêuticas de enfermagem e, sendo a transição um processo dinâmico, deve compreender todo o processo em que ela decorre; a reminiscência – favorece o processo de transição na medida em que estabelece a relação entre o passado e o presente criando oportunidades para a pessoa refletir sobre as suas experiências de vida, promovendo o processo de crescimento e desenvolvimento de uma nova identidade; suplementação do papel – facilita a aquisição de novos conhecimentos e habilidades promovendo a consciencialização; é fundamental para que a pessoa assuma um novo papel; a criação de um ambiente saudável – fornece segurança e proteção sendo este um ambiente dinâmico e adaptável às necessidades de cada pessoa; e a mobilização de recursos - pessoais, familiares e comunitários sendo sempre necessário verificar a sua disponibilidade ou a necessidade de desenvolver novos recursos (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis et al. (2000), a consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição sendo que, para vivenciar uma transição saudável, a pessoa terá de ter consciência da sua condição, das suas necessidades e vulnerabilidades. Trata-se de um *continuum* em que a pessoa não passa de “não consciencializado” a “consciencializado”. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as perceções dos indivíduos a lidar com transições similares (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

De acordo com tudo o que foi referido, após a ocorrência de um evento agudo e face à instalação de défices, a pessoa vê a sua autonomia e a sua capacidade para se autocuidar comprometidas. Encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde doença uma vez que se verificou uma passagem súbita de um estado saudável para um estado de doença e de um estado de independência para dependência de pessoas ou equipamentos. Cerca de 30% dos

sobreviventes sofrerá de incapacidade permanente e acabará por morrer na sequência desta doença e os défices que permanecem após 12 meses tornam-se, normalmente permanentes (Silva, 2010). De acordo com Silva (2007), o conhecimento da situação da dependência reveste-se de particular importância para os enfermeiros uma vez que a necessidade de cuidados de saúde não está relacionada com o diagnóstico médico propriamente dito nem com a necessidade da terapêutica, mas sim com os processos de transição vivenciados pelas pessoas (Silva, 2007). Também a esposa do utente se encontra a vivenciar uma transição. Neste caso, uma transição situacional: devido à ocorrência deste evento súbito e inesperado assumirá o papel de cuidadora do seu marido obrigando-a à redefinição de papéis (e.g. papel parental) e à integração de novos papéis. Esta tem a perceção da necessidade de apoiar o seu marido, visitando-o frequentemente e durante longos períodos, contudo, face à necessidade de resolução de alguns problemas no estrangeiro encontra-se, por vezes, ausente.

Autocuidado na pessoa com AVC

Consideramos, ainda, de primordial importância para o nosso processo de conceção de cuidados, o aprofundamento da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado. Esta teoria desenvolvida por Orem, em 2001, de forma justificar a necessidade de cuidados de enfermagem, por parte de uma pessoa adulta, embora a conceptualização do autocuidado se tenha iniciado com esta autora já em 1957 (Petronilho, 2012). Segundo Orem, é a ausência de capacidade para manter a quantidade e a qualidade do autocuidado aspeto fundamental à manutenção da vida e da saúde; na recuperação da doença/lesão ou na capacidade para lidar com os seus efeitos. Autocuidado define-se, então, como “o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (Orem, 2001, p. 20). Esta teoria do défice de autocuidado na enfermagem engloba três teorias inter-relacionadas:

- Teoria do autocuidado que se centra nas pessoas e descreve os motivos e a forma como elas cuidam de si;
- Teoria do défice do autocuidado que descreve quais as necessidades de cuidados que surgem ao longo da vida das pessoas, onde os enfermeiros podem atuar;
- Teoria dos Sistemas de Enfermagem que explica de que forma é que os enfermeiros interagem com as pessoas produzindo cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

A ação do autocuidado envolve vários domínios: o domínio cognitivo, o domínio físico, o domínio emocional ou psicossocial, domínio do comportamento. Na sua teoria de autocuidado, Orem desenvolveu, ainda, o conceito de requisitos de autocuidado. Os requisitos do autocuidado dividem-se em três categorias: os requisitos universais do autocuidado, os requisitos do autocuidado de desenvolvimento (relevantes para a formação inicial das características humanas e do seu movimento dinâmico em direção a níveis cada vez maiores e mais complexos de organização e funcionamento) e os requisitos do autocuidado desvio da saúde (Orem, 2001).

Os requisitos universais do autocuidado são oito e são comuns a todos os seres humanos, durante todas as etapas do seu ciclo de vida: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; manutenção de uma ingestão suficiente de água; manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social, prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e a promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento têm dois objetivos: providenciar condições e promover comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições e experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento. Essas condições englobam a privação da educação; problemas de adaptação social; falhas de saúde individual; associadas a perdas de familiares e amigos; perdas de haveres e de segurança ocupacional; mudança súbita de residência para ambiente desconhecido; problemas associados ao status; saúde pobre ou incapacidade; condições de vida opressivas e doença terminal ou morte iminente (Orem, 2001). Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde, exigidos em situações de doença ou de lesão, englobam: procurar e garantir assistência clínica profissional; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realizar os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação necessários para prevenir, tratar e minimizar as consequências, ou complicações da doença; estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis e indesejáveis do plano terapêutico; modificar o autoconceito (e a autoimagem) para aceitar-se como pessoa com um estado de saúde particular e que necessita de cuidados de saúde específicos e aprender a viver com os efeitos da condição de saúde e com o tratamento necessário integrado no estilo de vida, que promova o desenvolvimento pessoal. O déficit de autocuidado ocorre quando uma pessoa não é capaz de realizar certas tarefas (requisitos do autocuidado) sozinha já que as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo para se autocuidar. Torna-se, portanto, necessária a ação dos enfermeiros na avaliação do comprometimento dos requisitos do autocuidado e sua compensação. Orem identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio; providenciar ambiente promotor de desenvolvimento pessoal e ensinar.

A teoria dos sistemas de enfermagem está relacionada com o conteúdo da prática de enfermagem, articulando propriedades dos enfermeiros (agência de enfermagem) com as propriedades das pessoas (necessidades de terapêuticas de autocuidado e agência de autocuidado). O sistema de enfermagem concebido e executados pelos enfermeiros baseia-se nas necessidades das pessoas e nas capacidades das mesmas para desempenhar as atividades do autocuidado. De acordo com Orem (2001), quando a pessoa não tem nenhum papel ativo no seu autocuidado, sendo socialmente dependente de outros, necessita de substituição na

concretização das atividades, isto é, de uma intervenção totalmente compensatória; quando é capaz de realizar algumas atividades de forma independente, necessita de ajuda naquilo que não consegue executar por si, sendo que quem cuida presta uma intervenção parcialmente compensatória.

Reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência: AVC

De acordo com os estudos de Proot e colaboradores (1998), realizados em pessoas com AVC, após a ocorrência de um evento gerador de dependência a autonomia da pessoa diminui, verificando-se não só uma diminuição da capacidade física, mas também uma interrupção dos próprios planos e projetos de vida que poderá ser mais ou menos prolongada (Proot et al., 1998). De acordo com os mesmos autores, há três dimensões fundamentais a ser tidas em linha de conta durante o processo de reconstrução da autonomia: a autodeterminação (capacidade de fazer escolhas e tomar decisões sobre a sua própria vida e saúde), a independência (física, psicológica e social) e o autocuidado (capacidade de mobilidade, comunicação, cognição e atividades de vida diária indispensáveis a um normal funcionamento) (Proot et al., 2000). De forma a reconstruir a sua autonomia, a pessoa deve desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de autocuidado uma vez que a autonomia envolve um sentido do realismo da vida, que tem por base a relação entre o que as pessoas fazem e o que querem fazer (Proot et al., 2007).

Brito (2012), na sua tese de doutoramento apresenta uma teoria explicativa sobre a reconstrução da autonomia que engloba oito categorias, tal como ilustrado na Figura 2: o percurso da reconstrução da autonomia; o que muda e fica diferente; a assunção do papel de familiar cuidador; a consciencialização; o envolvimento, os fatores críticos (internos e externos) que influenciam a reconstrução da autonomia; os indicadores de resultado e as terapêuticas de enfermagem. Segundo a mesma autora, a reconstrução da autonomia no autocuidado pode ter diferentes abordagens, englobando terapêuticas de enfermagem distintas, conforme os objetivos a serem alcançados. São ainda identificados três percursos de reconstrução da autonomia, salientado que a identificação do tipo de percurso tem um papel fundamental na definição dos objetivos e na prescrição das intervenções de enfermagem sendo que, cada um destes percursos, implica diferentes terapêuticas de enfermagem. No que concerne ao primeiro percurso, este é definido como linear e progressivo, o nível de autonomia evolui de um nível mais baixo para um mais elevado, em que as pressões positivas vão ultrapassar as forças negativas. Para estas pessoas, as intervenções de enfermagem visam promover a autonomia, criando condições que favoreçam a satisfação das necessidades de autocuidado e incentivem o desenvolvimento de novas competências nesse aspeto (Brito, 2012). Quando as forças negativas predominam sobre as positivas, o percurso torna-se irregular, instável e não linear. Nesse caso, há momentos em que a autonomia é elevada, mas também períodos em que a dependência de terceiros se torna necessária para o autocuidado. Nessa trajetória, os cuidados de enfermagem visam a substituição da pessoa no autocuidado ou na autogestão dos sinais e sintomas. Além disso, ações como orientação e informação podem contribuir para uma gestão

mais eficiente da energia no autocuidado e para a aceitação do suporte de outras pessoas (Brito, 2012). Relativamente ao terceiro percurso, tal como o primeiro, é linear e progressivo. No entanto, nele as forças negativas superam as positivas, resultando em um nível de autonomia cada vez mais reduzido. Esse caminho caracteriza pessoas dependentes, e a intervenção dos enfermeiros tem como principal objetivo assumir a realização do autocuidado, em seu lugar. As intervenções de enfermagem incluem a execução direta das atividades necessárias, garantindo a satisfação das necessidades do paciente e proporcionando a melhor qualidade de vida possível (Brito, 2012).

Deste modo, para pessoas dependentes com elevado potencial de autonomia, as intervenções visam primordialmente a promoção dessa mesma autonomia incluindo a promoção da consciencialização, a avaliação das atividades de autocuidado que a pessoa consegue ou não realizar, e a criação de condições facilitadoras para a satisfação dessas necessidades. Para este tipo de pessoas são, ainda, fundamentais ações voltadas para o desenvolvimento de novas competências de autocuidado, ampliando o repertório de conhecimentos e aperfeiçoando habilidades (Brito, 2012). No caso de pessoas em que o nível de autonomia oscila, geralmente devido à alternância de períodos de exacerbação e remissão da sua condição de saúde, as terapêuticas de enfermagem devem adequar-se à fase em que a pessoa se encontra. Assim, podem abranger não só a substituição na satisfação das necessidades de autocuidado, nos momentos de maior dependência, mas também a gestão individual de sinais e sintomas. Durante os períodos de maior incapacidade, devem ser implementadas ações substitutivas para garantir a realização das atividades diárias. Desta forma, espera-se que a pessoa desenvolva maior autonomia na gestão da sua condição de saúde e possa realizar atividades de autocuidado sempre que possível. Permite, ainda, auxiliar na aceitação da ajuda de terceiros nos momentos em que não for capaz de se cuidar sozinha. Nesses casos, torna-se, também, fundamental o trabalho com os familiares cuidadores, pois há dias em que a pessoa precisará de substituição integral. Assim, não basta desenvolver capacidades e habilidades, mas também saber dosear os cuidados conforme as necessidades do dependente (Brito, 2012). Para indivíduos com dependência severa e baixos níveis de autonomia, as terapêuticas de enfermagem visam a substituição integral na realização do autocuidado. Neste caso, as ações são predominantemente executivas, incluindo tarefas como posicionamento, banho, vestuário e alimentação. Neste caso, tal como aconteceu com a pessoa a quem reporta o caso clínico apresentado, o objetivo é garantir a satisfação das necessidades básicas de autocuidado, proporcionando a melhor qualidade de vida possível. Nesse cenário, também se faz necessário o desenvolvimento de competências dos cuidadores, assegurando que os cuidados sejam realizados de maneira adequada e humanizada (Brito, 2012).

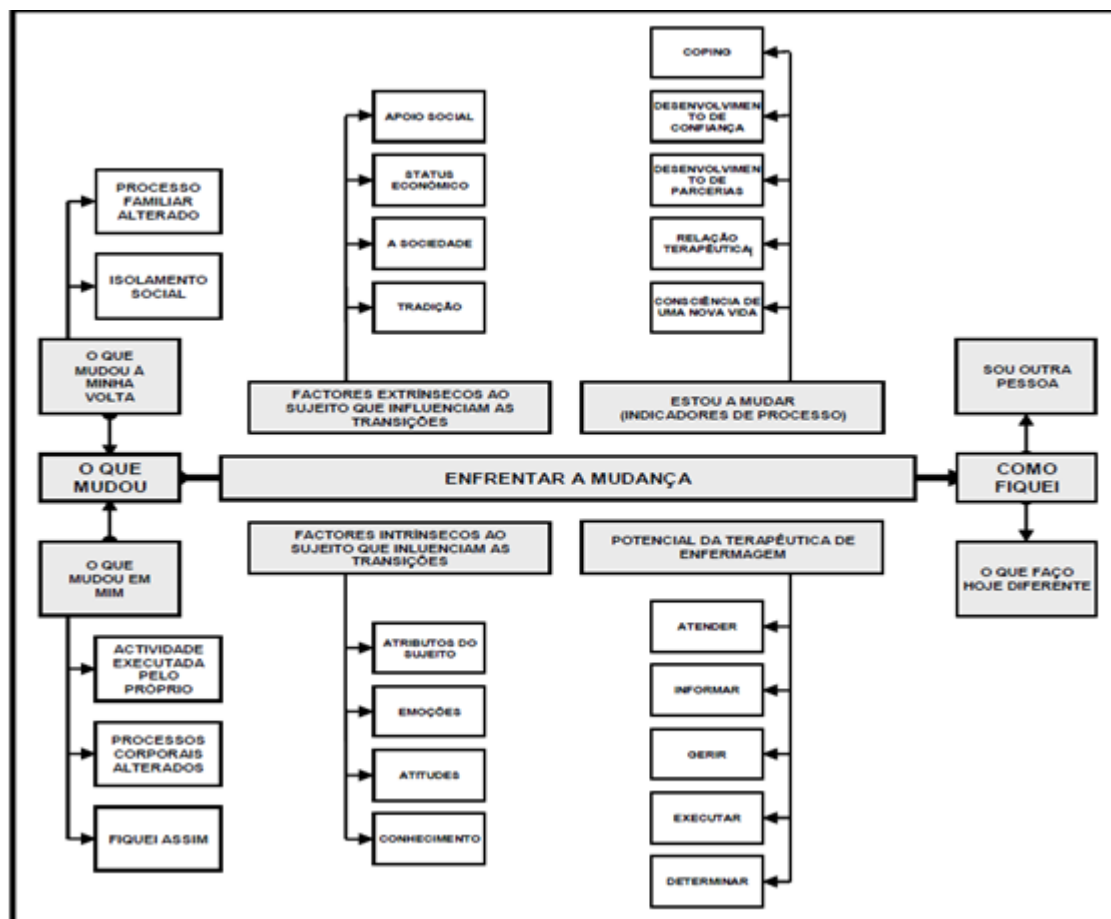


Figura 2 - Representação esquemática do processo de reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência

Fonte: Brito, 2012

No que concerne às terapêuticas de enfermagem promotoras da transição saudável implementadas salientamos a promoção da consciencialização face às mudanças que estão a ou poderão ocorrer -avaliar o nível de dependência; identificar o tipo de percurso de reconstrução da autonomia possível; identificar com a pessoa as mudanças e diferenças percebidas; facilitar a tomada de decisões, enquanto fonte de informação; identificar antecipadamente necessidades adaptativas no domicílio; desenvolver competências de autocuidado, através de estratégias de autocuidado e o uso de produtos de apoio (Almeida, 2009; Brito, 2012; Meleis, 2012; Pryor, 2009; Ribeiro et al., 2014).

A reconstrução da autonomia deverá ser um elemento fundamental da prática pois, segundo vários autores, a deterioração da qualidade de vida dos utentes com AVC, especialmente um a dois anos após o evento agudo, está relacionada com a perda de autonomia (Proot et al., 2000). Deste modo, deve ser alvo dos cuidados de enfermagem e da equipa multidisciplinar já que as pessoas com AVC possuem limitações no seu autocuidado, devido as alterações sensoriais e motoras, e, frequentemente, sentem-se ansiosos, confusos e inseguros, nos primeiros meses após o AVC sobretudo face à sua grande dependência de outras pessoas (Proot et al., 2007). O

grau de dependência no autocuidado da pessoa a quem reporta este caso clínico, a necessidade de reabilitação motora e funcional das sequelas do AVC, a sua capacidade de colaboração num regime de reabilitação intensiva e a necessidade de continuidade de cuidados, levaram a equipa assistencial do serviço a referenciá-lo para um centro especializado de reabilitação.

Autogestão das doenças crónicas

Tal como referimos na apresentação do cenário deste estudo de caso, a pessoa apresenta como antecedentes de saúde duas doenças crónicas a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus que, devido a uma autogestão do regime terapêutico ineficaz, constituem fatores de risco para a ocorrência de AVC.

O aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população graças à notável evolução tecnológica, em especial na área da saúde, está na génese do aumento da prevalência das doenças crónicas, em termos mundiais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica define-se como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de patologias como, por exemplo, a doença cardiovascular, a diabetes, a asma, a doença pulmonar crónica obstrutiva, a doença oncológica, o VIH/SIDA, as patologias do foro mental e psiquiátrico, as doenças osteoarticulares e as doenças musculares. (OMS, 2010). Afeta pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, independentemente do género e do estrato socioeconómico, e atendendo que raramente surge de forma isolada aumenta, assim, o seu grau de complexidade em termos de controlo e tratamento sendo os custos que lhe estão associados elevados e relacionados não só com o seu tratamento, consultas, episódios de internamento e reinternamento, mas também com níveis de incapacidade e absentismo das populações (ICN, 2009; Saraiva, 2011).

A autogestão é um processo dinâmico através do qual a pessoa, em conjunto com a família, comunidade e profissionais de saúde gere, ativamente, os sintomas, tratamentos, mudanças nos estilos de vida e as consequências psicossociais, culturais e espirituais das condições de saúde, particularmente doenças crónicas (Richard & Shea, 2011; Schulman-Green et al., 2012). Lorig (2020) define-a como o uso de competências (ferramentas) para gerir os desafios de viver com a doença crónica, continuar com as atividades diárias e lidar com as emoções trazidas pela doença. Segundo Richard & Shea, e Riegel & Dickson distingue-se do autocuidado por englobar os comportamentos de estilo de vida saudáveis empreendidos por indivíduos para um crescimento e desenvolvimento ideais, ou as estratégias preventivas realizadas para promover ou manter a saúde (Schulman-Green et al., 2012).

Numa metasíntese, em 2011, Schulman-Green identificam três categorias no processo de autogestão: foco nas necessidades da doença (dominar as necessidades das doenças crónicas aprendendo sobre a doença, o que ela impõe, o regime terapêutico consciencializando-se das necessidades em saúde), ativação de recursos (recursos de saúde, recursos psicológicos, recursos espirituais, recursos sociais e recursos comunitários) e viver/lidar com uma doença

crónica (processamento de emoções, ajustamento á doença e ao “novo” eu; integração da doença na vida diária; procura de novos significados implicando um processo de reconstrução e crescimento pessoal).

Segundo vários autores, corroborados por Sousa & Bastos (2021), comportamentos de autogestão, como a adoção de uma dieta saudável, o cumprimento do regime terapêutico, para de fumar, praticar exercício físico, controlar o stress, a par de atividades de autovigilância, são aspetos fundamentais para o controlo da diabetes e da hipertensão. O papel dos profissionais de saúde a promoção da autogestão das doenças crónicas deverá, portanto englobar uma abordagem global com especial foco na educação das pessoas, motivando-as para a adoção de comportamentos saudáveis e, conseqüentemente, diminuir a incidência das mesmas, promovendo o seu controlo e prevenindo agudizações/complicações. Assim, são fundamentais a promoção da literacia em saúde; a facilitação da transição saúde-doença; o desenvolvimento de competências de mestria na autogestão do regime terapêutico e o empoderamento da pessoa, conceito recente e dinâmico que consiste no processo através do qual a pessoa adquire a perceção que controla e é parte ativa do seu projeto de saúde. O empoderamento pode ser conseguido através de intervenções educacionais estruturadas, multidimensionais e sistematizadas junto das pessoas, capacitando-as e aumentando a literacia em saúde, de forma a favorecer a tomada de decisão, a participação efetiva no projeto de saúde e cuidados centrados na pessoa (Henriques, 2021).

Prevenção do AVC

O AVC é uma doença multifatorial com múltiplos fatores de risco classificados em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis sendo fundamental a sua prevenção secundária sendo possível, dessa forma, reduzir em 80% o número de sobreviventes de AVC que têm novos AVC sendo que o risco de recorrência de AVC é de 25%, aos 5 anos, e de 40% aos 10 anos. A prevenção secundária pode minimizar os fatores de risco modificáveis (HTA, DM; FA; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; ingestão alcoólica excessiva, dieta) promovendo a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (Hall P. et al., 2024; Wang, et al., 2025). Entre os fatores de risco não modificáveis salientamos como a idade, sexo, grupo étnico e racial, origem geográfica e hereditariedade. Entre os fatores de risco modificáveis, relacionados com cerca de 1/3 dos AVC's, salientamos: a HTA; a DM; os fatores cardíacos; o tabagismo; a hipercolesterolemia, a obesidade e o sedentarismo; a dieta, e o consumo de álcool.

No que concerne à HTA – doença crónica que se caracteriza pela pressão sanguínea excessiva na parede das artérias, acima dos valores considerados normais (pressão arterial sistólica <120 mmHg e pressão arterial diastólica <80mmHg), que ocorre de forma crónica -o seu diagnóstico e controlo são fundamentais na prevenção primária e secundária do AVC (Murphy & Werring, 2020). Assim, os enfermeiros devem promover comportamentos de autovigilância, através da avaliação da tensão arterial de forma adequada e regular, e de autogestão do regime terapêutico medicamento, dietético e alimentar.

Relativamente à DM – doença crónica que se caracteriza pela elevação persistente nos valores de glicose no sangue devido à diminuição de secreção de insulina, insulino-resistência ou ambas- a desregulação metabólica que lhe está associada provoca uma deterioração funcional de múltiplos órgãos e sistemas, nomeadamente do sistema cardiovascular, sendo que a elevação do índice glicémico contribui para o processo de aterosclerose, aumentando o risco de AVC em cerca de 1,5 vezes. Estima-se que o AVC seja responsável por cerca de 20% das mortes em pessoas com diabetes (Murphy & Werring, 2020).

Os AVC's cardioembólicos, a maioria causados por FA, são o subtipo de AVC isquémico com maior gravidade e mortalidade sendo que a presença de FA aumenta com a idade e é responsável por 20-25% dos eventos em pessoas com idade superior a 80 anos (Murphy & Werring, 2020). A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia crónica mais prevalente na prática clínica (Bonhorst et al., 2010) tendo um importante impacto económico e social (Ascensão et al., 2023). Trata-se de uma taquiarritmia supraventricular com ativação auricular elétrica descoordenada e por consequência uma contração auricular ineficaz. Electrocardiograficamente traduz-se por: intervalos R-R irregularmente irregulares (quando a condução auriculoventricular não está comprometida), ausência de ondas P distintas repetidas e ativações auriculares irregulares (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019). Estima-se que, os utentes com FA, tenham cinco vezes mais probabilidades de ter um AVC (Ascensão et al., 2023). Relativamente ao tratamento da FA, que como já foi referido é uma patologia complexa, este baseia-se numa abordagem multifacetada, holística e multidisciplinar de forma a potenciar os ganhos em saúde: a adoção de um estilo de vida saudável (regime dietético adequado, exercício físico), de forma a minimizar os fatores de risco modificáveis e potencialmente modificáveis; terapêutica farmacológica (fármacos antiarrítmicos, antitrombóticos, antivitaminicos K, anticoagulantes orais não antagonistas da Vitamina K e heparina de baixo peso molecular) para controlo de ritmo e/ou de frequência; ablação por radiofrequência e colocação de dispositivos eletrónicos implantáveis. Um dos pilares fundamental do regime terapêutico da FA é a instituição de medicação com o objetivo de realizar a profilaxia de eventos tromboembólicos sendo que a anticoagulação com antagonistas da vitamina K (e.g. varfine, acenocumarol) é a principal intervenção farmacológica utilizada com este objetivo. Estima-se que permita uma redução superior a 50% do risco de AVC (Costa et al., 2015). Recentemente surgiram outros fármacos anticoagulantes, os non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOAC), também conhecidos por novos anticoagulantes orais (e.g. apixabano, dabigatrano e rivaroxabano), cuja eficácia é semelhante aos fármacos antagonistas da vitamina K, com menor risco de hemorragia intracraniana e sem necessidade de controlo laboratorial da hemóstase do *international normalized ratio* (INR) pois este não é alterado por via de ação do fármaco (Costa et al., 2015).

O tabagismo define-se como dependência do consumo de produtos de tabaco, causada pela presença de nicotina – substância psicoativa causadora de dependência – existente nas folhas da planta de tabaco (Direção-Geral de Saúde, 2024). A nicotina causa dependência física

(química), psicológica (comportamental) e social. O uso de tabaco é um fator de risco para desenvolvimento de múltiplas patologias como por exemplo: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a bronquite crónica, o agravamento da asma e as infeções respiratórias; doenças cérebro e cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças metabólicas, infertilidade, doenças osteoarticulares (Rodrigues et al., 2017). O tabaco constitui, portanto, um fator de risco modificável para o AVC Isquémico podendo mesmo duplicar esse risco devido, entre outros, ao aumento da agregação plaquetária, aumento da concentração de fibrinogénio sérico e formação de carboxihemoglobina (Rodrigues et al., 2017). A conjugação dos efeitos pró-inflamatórios decorrentes do processo de envelhecimento e do uso de tabaco estão, também, associados a piores estados pós AVC sendo a cessação deste hábito fundamental (Couch et al., 2023). Após a cessação tabágica, verifica-se, também uma diminuição relativa desse risco igualando, aos 5 anos, o risco de um não fumador, no caso de fumadores leves (Rodrigues et al., 2017).

Torna-se, portanto, fundamental o investimento na prevenção dos fatores de risco de forma a reduzir, entre outros, a prevalência global de fumadores, diminuindo a mortalidade global através de estratégias cognitivo comportamentais que conduzam à cessação tabágica (Abeysekera et al., 2024), em linha com as *Guidelines da American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA) que centram a prevenção dos AVC no controlo dos fatores de risco modificáveis (HTA, DM; FA; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; ingestão alcoólica excessiva, dieta) promovendo a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis e reduzir, em 80%, a sua reincidência (Feijin et al., 2017; He e Okoli, 2019).

A hipercolesterolemia consiste numa elevação do colesterol total ou o colesterol LDL devido a fatores genéticos ou associada a estilos de vida sedentários com consumo excessivo de gorduras saturadas e processadas industrialmente. Deste modo, a adoção de estilos de vida saudáveis é fundamental no seu controlo. Quando tal não é suficiente para normalizar os níveis de colesterol, é necessário tratamento farmacológico com estatinas, reduzindo o risco de ocorrência de AVC isquémico (Murphy & Werring, 2020).

A obesidade é uma doença crónica grave e complexa caracterizada por um IMC acima de 30kg/m², com uma expressiva morbilidade e mortalidade, e consequências múltiplas em todos os sistemas corporais. Pessoas que praticam atividade física tem um menor risco de AVC em relação a pessoas sedentárias. Deste modo, devem ser cumpridas as orientações da OMS relativamente à execução do mesmo. A realização de exercício físico pode ajudar no controlo de fatores de risco modificáveis e potencialmente modificáveis para a maioria das doenças crónicas. Deste modo, recomenda-se a realização de, pelo menos, 150-300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade, por semana, ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade, por semana, ou uma combinação equivalente ao longo da semana (World Health Organization, 2020).

O álcool é a substância psicoactiva mais consumida no mundo estando o seu consumo associado a mais de 200 doenças e condições de saúde, numa variabilidade que engloba doenças crónicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, lesões (intencionais ou não) e

morte. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública e de um dos principais fatores de risco evitável sendo a mortalidade, a morbilidade e perda de qualidade de vida que lhe estão associadas significativas em indivíduos jovens (Ismail, 2022; OMS, 2019; Teixeira et al., 2019). Em Portugal, segundo as estimativas do GISAH (*Global Information System on Alcohol*) para 2019, o consumo de álcool per capita, na população com mais de 15 anos, era de 12,1 litros de álcool puro por ano (19,5 nos homens e 5,6 nas mulheres). Em termos de bebidas consumidas, os vinhos são o tipo de bebida com mais consumido per capita com uma expressão de 58%, seguindo-se-lhe as cervejas (25%), as bebidas espirituosas (13%) e outras bebidas alcoólicas (4%) (Ismail, 2022; Teixeira et al., 2019). O consumo de álcool tem vários escalões: o consumo de risco, o consumo nocivo, o abuso do álcool e a dependência. Os dois últimos estão associados a estados mais avançados. Relativamente ao abuso do álcool, este pode ser definido como um consumo que tem repercussões importantes nas várias dimensões da vida das pessoas (social, familiar, pessoal ou de saúde). No que concerne à dependência do álcool, estadio que se segue ao abuso do álcool, já há repercussões no funcionamento do corpo uma pessoa é obrigada, para ter os mesmos efeitos, a consumir cada vez quantidades maiores de bebidas alcoólicas. As repercussões do consumo excessivo de álcool no organismo humano podem dividir-se em efeitos agudos, dose -dependentes, e efeitos crónicos. Relativamente aos efeitos agudos, importa referir que o efeito do álcool no humor, no estado mental e no comportamento depende não só da quantidade ingerida, mas, também, da cronicidade do seu uso e que esta substância é um depressor do Sistema Nervosa Central afetando todas as funções cerebrais: comportamento, cognição, julgamento, respiração, coordenação motora e julgamento, simultaneamente. Podem ainda surgir situações mais raras e graves como um quadro psicótico, miopatia alcoólica aguda e encefalopatia de Wernicke (Ismail, 2022; Teixeira et al., 2019). No que concerne ao tratamento, este assenta numa abordagem biopsicossocial atendendo à complexidade dos comportamentos aditivos e das dependências, disponibilizando de forma integrada cuidados globais aos utentes em que os diferentes recursos terapêuticos se integram e articulam em momentos simultâneos ou sucessivos tendo sempre em consideração o diagnóstico, as necessidades e as capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico. O laço terapêutico e o planeamento individualizado do processo terapêutico são pilares essenciais (Ismail, 2022; SICAD, n.d.; Teixeira et al., 2019). O seu início pode ocorrer de duas formas:

- através dos cuidados de saúde primários nas unidades funcionais: nestas unidades, organizadas por agrupamentos de centros de saúde, realizam-se consultas para avaliar e diagnosticar precocemente comportamentos aditivos, determinando seu nível de gravidade. Em casos de baixo risco, são feitas Intervenções Breves. Para situações mais graves (consumo de risco, nocivo ou dependência), os pacientes são referenciados pelo Médico de Família para cuidados especializados;
- através dos cuidados de saúde especializados: quando o utente é encaminhado para uma unidade especializada (por referência ou iniciativa própria), é feita uma avaliação inicial

por médico/psiquiatra. São, também, importantes consultas de enfermagem e psicologia e esta resposta constitui o núcleo da intervenção terapêutica integrada sendo estabelecida a relação com um técnico de referência forma a garantir um acompanhamento regular visa garantir ganhos terapêuticos, reaquisição das capacidades e competências para o funcionamento psicológico e social adequado (SICAD, n.d.).

Por último, o consumo de drogas recreativas, incluindo cocaína, heroína, anfetaminas, cannabis e ecstasy, estão associadas a um risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC isquémico e HIC) (Murphy & Werring, 2020).

Assim, por tudo o que foi descrito e sendo que a maior parte dos fatores de risco modificáveis para a ocorrência de AVC são doenças crónicas, pensamos ser fundamental o papel dos enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, actuando não só na prevenção secundária do AVC, reduzindo os fatores de risco modificáveis para um novo AVC, na promoção de estilos de vida saudáveis através de um autocuidado responsável e uma autogestão eficaz, mas também na facilitação da transição saúde-doença da pessoa e situacional do familiar cuidador.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-22 09:00:00	Metoclopramida 10mg PO 7h-19h	
2024-11-22 09:00:00	Fluoxetina 20mg PO 9h	
2024-11-22 09:00:00	Trazodona 100mg PO 22h	
2024-11-22 09:00:00	Ácido acetilsalicílico 100mg PO 12h	
2024-11-22 09:00:00	Clopidogrel 75mg PO as 12h	
2024-11-22 09:00:00	Paracetamol 10mg/ml solução injetável EV SOS	
2024-11-22 09:00:00	Carvedilol 25mg PO 9-21h	
2024-11-22 09:00:00	Amlodipina 10mg PO 19h	
2024-11-22 09:00:00	Enoxaparina sódica 40 mg/0.4ml solução injetável SC	
2024-11-22 09:00:00	Atorvastatina 80 mg PO 19h	
2024-11-22 09:00:00	Bisacodilo 10mg PO 9h	

Início	Medicação	Fim
2024-11-22 09:00:00	Pantoprazol 40mg solução injetável EV 7h	
2024-11-22 09:00:00	Tansulosina 0.4mg cápsula PO 19h	
2024-11-22 09:00:00	Brometo de Ipratrópio 20 µg/dose Sol pressu inal Recip pressurizada 40 µg 7h-19h	
2024-11-22 09:00:00	Terapia Nutricional - Nutrição Entérica: Dieta comp. oligomérica líquida 500ml	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Metoclopramida 10mg comprimido 7h-19h

A metoclopramida pertence à categoria farmacológica dos antieméticos e é utilizada para a prevenção de vômitos. O seu mecanismo de ação implica o bloqueio dos recetores da dopamina. Tem ainda efeito na estimulação da motilidade gastrointestinal, acelerando o esvaziamento gástrico, verificando-se uma diminuição da ocorrência de náuseas e vômitos, razão pela qual foi prescrita à pessoa a quem reporta este caso clínico. Como possíveis efeitos secundários mais frequentes salientamos: sonolência, reações extrapiramidais, agitação e fadiga (Vallerand et al., 2016).

Fluoxetina 20mg comprimido 9h

A fluoxetina pertence à categoria farmacológica dos antidepressivos (inibidor da recaptção da serotonina) (Deglin et al., 2016). É prescrita para tratamento de quadros depressivos através da inibição seletiva da captação de serotonina (neurotransmissor) no sistema nervoso central. Este fármaco foi prescrito à pessoa uma vez que este apresentava humor depressivo o que dificultava a sua colaboração no processo de reconstrução da autonomia. A evidência científica existente diz-nos que a depressão é muito frequente em pessoas com AVC, não só devido à alteração da química cerebral, mas, também, às repercussões da perda de autonomia.

Aquando da sua administração é necessária a vigilância dos principais efeitos secundários nomeadamente presença de exantema, convulsões, ansiedade, agitação, cefaleias, mania e vigilância do aumento do risco de ideação/comportamentos relacionados com o suicídio face ao seu estado clínico atual e perda de autonomia.

Trazodona 100mg comprimido 22h

A trazodona é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos antidepressivos (tricíclicos) que altera os efeitos da serotonina (neurotransmissor) no sistema nervoso central (Deglin et al., 2016).

Este fármaco encontra-se prescrito uma vez que, além de estar indicado no tratamento da depressão, tem efeitos na regulação de sono sendo um dos seus efeitos secundários a sedação permitindo à pessoa iniciar o sono mais rapidamente e aumentando a sua duração e reduzindo a possibilidade de insónia inicial e intermédia que o utente apresentava.

Como principais efeitos secundários, dado ao estado do utente, saliento: sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, quadros confusionais, aumento da pressão intraocular,

mucosas secas, obstipação), hipotensão ortostática e alterações do ritmo cardíaco (Deglin et al., 2016).

Ácido acetilsalicílico 100mg comprimido 12h

O ácido acetilsalicílico é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos anticoagulantes – antiagregantes plaquetários. É utilizado na profilaxia secundária de acidentes cardíacos e cerebrovasculares isquémicos (INFARMED, 2012). Atua diminuindo a agregação plaquetária, diminuindo a incidência de eventos isquémicos transitórios e de enfarte agudo do miocárdio (Deglin et al., 2016).

Como possíveis efeitos secundários associamos salientamos: irritação gástrica, perda de sangue gastrointestinal assintomática, aumento do tempo de hemorragia, rashes, broncospasmo (INFARMED, 2012).

São contraindicações à sua utilização a hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico ou a outros salicilatos e a história de úlcera péptica e perturbações hemorrágicas ou trombocitopenia (INFARMED, 2012).

Aquando da sua utilização é necessária a vigilância de perda sanguínea e/ou sinais/sintomas de ulceração gastrointestinal quando associado a anticoagulantes ou corticosteróides e a sua administração deverá ser realizada após as refeições para minimizar a irritação gástrica (Deglin et al., 2016).

Clopidogrel 75mg comprimido as 12h

O clopidogrel é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos anticoagulantes – antiagregantes plaquetários utilizado na redução dos eventos ateroscleróticos em utentes em risco para esse tipo de eventos. Atua inibindo a agregação plaquetária através da inibição irreversível da ligação do trifosfato de adenosina aos recetores das plaquetas (Shao et al, 2024). A sua utilização está contraindicada em pessoas com hemorragia (e.g. úlcera péptica, hemorragia intracraniana) (Deglin et al., 2016).

Como possíveis efeitos secundários salientamos a ocorrência de tonturas, fadiga, cefaleias, epistaxis, dispneia, hemorragia, neutropenia e hipercolesterolemia (Deglin et al., 2016).

O clopidogrel e o ácido acetilsalicílico, dupla antiagregação plaquetária, encontram-se prescritos no sentido de prevenir novos eventos cardíacos e cerebrovasculares. A evidência diz-nos que a sua combinação é mais eficaz do que a utilização de apenas um fármaco, diminuindo, também, a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo associada ao AVC isquémico, e o risco de eventos hemorrágicos e hemorragia cerebral não é significativamente superior à utilização de apenas um dos fármacos (Shao et al, 2024). A pessoa fará ambos os fármacos por um período de seis semanas.

Paracetamol 10mg/ml solução injetável EV SOS

O paracetamol é um fármaco que se insere no grupo farmacológico dos analgésicos não opióides e antipiréticos. O seu efeito está relacionado com a inibição da síntese de prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor e da febre (Deglin et al., 2016).

No caso da pessoa a quem reporta este caso clínico, foi prescrito com o objetivo de diminuir a temperatura corporal periférica, em caso de hipertermia.

Entre os efeitos secundários mais comuns saliento a insuficiência hepática e hepatotoxicidade,

no caso de sobredosagem, pelo que devemos respeitar as doses prescritas a horas fixas e, se dor ou hipertermia, optar pela administração de outro fármaco em SOS (INFARMED,2012). No que concerne à dose máxima recomendada, esta não deve ultrapassar os 4000mg/dia pelo risco de hepatotoxicidade.

Carvedilol 25mg comprimido 9-21h

O carvedilol é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos anti hipertensores (bloqueador adrenérgico beta não seletivo) utilizado no tratamento da hipertensão arterial. Atua bloqueando a estimulação dos recetores adrenérgicos beta 1(miocárdio) e beta 2 (pulmonares, vasculares) tendo, também, atividade bloqueadora adrenérgica alfa 1 - o que pode levar a hipotensão ortostática -, diminuindo a frequência cardíaca e da pressão arterial. A sua utilização está contraindicada em utentes com insuficiência cardíaca congestiva descompensada, edema pulmonar, bradicardia ou bloqueio cardíaco, disfunção hepática severa e asma brônquica/broncospasmo. Como possíveis efeitos secundários salientamos a ocorrência de fadiga, fraqueza, tonturas, bradicardia, hipotensão ortostática, diarreias, impotência, hiperglicemia.

Amlodipina 10mg comprimido 19h

A amlodipina é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos anti hipertensores (bloqueadores da entrada do cálcio) utilizado no tratamento da hipertensão arterial. Atua inibindo o transporte de cálcio para o miocárdio e para as células do músculo liso vascular, resultando na inibição do acoplamento excitação-contração e subsequente contração. A sua utilização está contraindicada em utentes em choque, com enfarte agudo do miocárdio e estenose aórtica grave. A sua administração requer a monitorização periódica da pressão arterial. Como possíveis efeitos secundários salientamos a ocorrência de cefaleias, tonturas, edemas, rubor, astenia e náuseas (INFARMED, 2012).

Este fármaco, tal como o carvedilol, encontram-se prescritos uma vez que a pessoa apresenta como antecedente hipertensão arterial e, aquando o internamento da UAVC e até durante os primeiros dias de internamento no serviço de neurologia apresentava valores tensionais elevados sendo necessário otimizar a toma de medicação.

Enoxaparina sódica 40 mg/0.4ml solução injetável SC

A enoxiparina (heparina de baixo peso molecular) é um fármaco anticoagulante que impede a formação de trombos pois potencia o efeito inibidor da antitrombina Xa e trombina (Deglin et al., 2016). É utilizado no tratamento e na prevenção da trombose venosa profunda (TVP), embolismo pulmonar (EP), angina instável e enfarte do miocárdio sem ondas Q (Deglin et al., 2016).

No caso da pessoa deste estudo de caso, este fármaco está prescrito no sentido de prevenir a ocorrência de TVP. Como principais reações adversas saliento o risco de hemorragia e a dor no local das administração e hematomas (INFARMED, 2012).

Como principais implicações para a prática:

- Vigiar perda sanguínea (risco de hemorragia aumentado): hemorragia gengival, hemorragia nasal; equimoses, fezes escuras, hematúria, melenas;
- Vigiar local de injeção - presença de hematomas, equimoses ou sinais inflamatórios;

- Alternar local de injeção: dois dedos ao lado do umbigo;
- Administrar no tecido subcutâneo (Deglin et al., 2016).

Atorvastatina 80 mg comprimido 19h

A atorvastatina é um fármaco que pertence à categoria farmacológica dos antidislipidémicos utilizado no tratamento da hipercolesterolemia e da dislipidemia mista (Deglin et al., 2016). Atua inibindo a redutase da HMG-CoA, levando a uma redução do colesterol LDL e VLDL. (Deglin et al., 2016). A sua utilização está contra-indicada em utentes com doença hepática, a hipersensibilidade ao fármaco, a elevação persistente das transaminases, a gravidez e a lactação (Deglin et al., 2016). Como possíveis efeitos secundários salientamos a ocorrência de dores abdominais, náuseas, obstipação, anorexia, flatulência, dispepsia, astenia. Podem provocar eritema multiforme, perturbações psíquicas, parestesias, câibras, aumento dos valores das transaminases (INFARMED, 2012). No caso desta pessoa encontra-se prescrito por uma elevação dos níveis séricos do colesterol LDL. De salientar que esta medicação já fazia parte da terapêutica habitual do utente, há vários anos, sendo portanto fundamental, numa fase posterior, abordar o padrão alimentar e regime de exercício físico do utente, aspectos facilitadores do tratamento da dislipidemia (Deglin et al., 2016).

Bisacodilo 10mg comprimido 9h

O bisacodilo é um fármaco que se insere no grupo farmacológico dos fármacos modificadores da motilidade intestinal (laxantes e catárticos) cujo objetivo é promover a defecação através da estimulação do peristaltismo (Deglin et al., 2016).

Verificamos que, provavelmente devido ao AVC (gastroparésia), à diminuição da mobilidade e a um regime farmacológico complexo com presença de fármacos obstipantes como antidepressivos tricíclicos e neurolépticos, a pessoa a quem remonta este estudo de caso apresentava uma diminuição da frequência das dejeções. encontrava-se obstipado pelo que, a par de uma dieta rica em fibras e reforço hídrico, foi necessária a prescrição deste fármaco. Como principais efeitos secundários e com relação ao caso clínico salientamos a importância de vigiar a ocorrência de diarreia, náuseas e cólicas (Deglin et al., 2016).

Pantoprazol 40mg solução injetável as 7h

O pantoprazol é um fármaco pertencente à categoria farmacológica dos inibidores da bomba de prótons. A sua administração está indicada para o tratamento de sintomas (e.g. azia, regurgitação ácida) associado à doença de refluxo gastroesofágico e, ao bloquear o transporte de íons hidrogénio para o lúmen gástrico, confere menos acidez ao suco gástrico, sendo este um aspeto de primordial importância na prevenção das pneumonias químicas em pessoas com deglutição comprometida e com alterações estado de consciência (Silva & Watanabe, 2014).

Como principais efeitos secundários destacam-se os que ocorrem a nível do sistema gastrointestinal nomeadamente: vômitos repetidos e/ou com sangue, eructação, dor abdominal, diarreia e flatulência (Deglin et al., 2016).

Tansulosina 0.4mg cápsula as 19h

A tansulosina é um fármaco pertencente ao grupo dos antagonistas seletivos dos recetores adrenérgicos $\alpha_{1A/1D}$.

No caso desta pessoa foi prescrito após episódio de retenção urinária aguda por infecção do trato urinário e, consequente algaliação. Ao reduzir a tensão dos músculos lisos da uretra, permite que a urina passe mais facilmente e facilita o ato de urinar; diminuindo a sensação de urgência. Aquando da sua administração é necessária a vigilância de possíveis efeitos secundários nomeadamente tonturas, cefaleias, taquicardia, hipotensão ortostática e astenia (INFARMED, 2024).

Brometo de Ipratrópio 20 µg/dose Sol pressu inal Recip pressurizada 40 µg 7h-19h

O Brometo de Ipratrópio é um fármaco pertencente à categoria farmacológica dos antiasmáticos e broncodilatadores (antagonista colinérgico). A sua administração está indicada no tratamento prolongado da DPOC, na bronquite crónica, no enfisema e no tratamento da asma (em doentes que não respondem adequadamente aos agonistas adrenérgicos) (Deglin et al., 2016). Atua inibindo os recetores colinérgicos dos músculos lisos dos brônquicos levando a uma diminuição da concentração de monofosfato de guanosina cíclico o que produz broncodilatação local.

Como principais efeitos secundários destacam-se secura de boca, retenção urinária e obstipação, palpitações e tosse.

Aquando da sua utilização é necessário monitorizar parâmetros respiratórios (frequência respiratória, sat. O₂) e vigiar sinais dificuldade respiratória.

Terapia Nutricional - Nutrição Entérica: Dieta comp. oligomérica líquida 500ml

A terapia nutricional consiste na administração de nutrientes pelo trato gastrointestinal, através de uma sonda, devendo ser iniciada precocemente (Singer et al, 2019) sempre que existe compromisso da via oral por variadas causas nomeadamente a disfagia por causas neurológicas.

Esta deve estar adequada às necessidades nutricionais da pessoa tendo como objetivo prevenir a desnutrição (Singer et al, 2019) sendo que as fórmulas de nutrição entérica comercial contêm uma variedade de macronutrientes e micronutrientes e, dependendo da sua composição podem melhorar ou diminuir o estado nutricional das pessoas (Mezzomo et al, 2021).

Os enfermeiros devem vigiar a tolerância à terapia nutricional através do exame físico (aspiração de conteúdo gástrico) e aparecimento de sinais/sintomas como náuseas, alterações da eliminação intestinal (diarreia ou obstipação), distensão abdominal e flatulência (Singer et al, 2019) (Elkin, Perry & Potter, 2005).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Oxigenoterapia

22-11-2024 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

03-12-2024 16:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

22-11-2024 09:00 - Assegurar oxigenoterapia

22-11-2024 09:00 - Manter oxigenoterapia [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

22-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

22-11-2024 09:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

03-12-2024 16:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia [1 x turno 0]*

03-12-2024 16:00 - Adota comportamentos de autogestão da oxigenoterapia.

03-12-2024 16:00 - Refere satisfação com a autogestão da oxigenoterapia.

22-11-2024 09:00 - Regime de Isolamento

22-11-2024 09:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento de contenção - Gotículas (*Pseudomonas aeruginosa*).

22-11-2024 09:00 - Promover adesão: regime de isolamento

22-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de isolamento: facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Cateter central [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - *Otimizar cateter central [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30*

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter central [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30*

22-11-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30*

03-12-2024 16:00 - Localização do cateter central

03-12-2024 16:00 - Veia subclávia Direita(o)

03-12-2024 16:00 - Ausência de dor.

03-12-2024 16:00 - Ausência de calor.

03-12-2024 16:00 - Ausência de rubor.

03-12-2024 16:00 - Ausência de tumefação.

03-12-2024 16:00 - Ausência de exsudado.

22-11-2024 09:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS] [FIM] 10-01-2025 08:30*

22-11-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [7/7 dias ou SOS] [FIM] 10-01-2025 08:30*

22-11-2024 09:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Características do dispositivo: Cânula Nasal.

22-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - *Otimizar sonda de oxigénio [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30*

22-11-2024 09:00 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Quantidade de urina: 500 ml.

22-11-2024 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-11-2024 09:00 - Transparência da urina: Turva com sedimento.

22-11-2024 09:00 - Características do dispositivo: Fowley 14Ch.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

[FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [1 x turno]

[FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Otimizar cateter urinário [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário [FIM]

03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Referenciar sinais de infecção do sistema urinário ao médico [SOS] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

[FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Trocar cateter urinário [7/7 dias] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Remover cateter urinário [SOS] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Sonda gástrica

22-11-2024 09:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

03-12-2024 16:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

10-01-2025 08:30 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

03-12-2024 16:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

03-12-2024 16:00 - Nariz Esquerda(o): 75.00 cm.

10-01-2025 08:30 - Nível de inserção da sonda gástrica

10-01-2025 08:30 - Nariz Direita(o): 75.00 cm.

22-11-2024 09:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: alimentar.

22-11-2024 09:00 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 150 ml.

10-01-2025 08:30 - Características do dispositivo: 18G.

03-12-2024 16:00 - Características do dispositivo: Siliconada 18Ch.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [7h-12h-16h-19h-22h]

03-12-2024 16:00 - Substância administrada pela sonda gástrica: alimentação artificial.

03-12-2024 16:00 - Quantidade administrada pela sonda gástrica: 100 ml.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica [7h-12h-16h-19h-22h]

03-12-2024 16:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: alimentar.

03-12-2024 16:00 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 90 ml.

22-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda

22-11-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

22-11-2024 09:00 - Trocar sonda gástrica [21/21 dias]

22-11-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [1 x turno]

10-01-2025 08:30

10-01-2025 08:30 - Cateter venoso periférico

10-01-2025 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

10-01-2025 08:30 - Mão Direita(o)

10-01-2025 08:30 - Características do dispositivo: 20G.

10-01-2025 08:30 - Ausência de dor.

10-01-2025 08:30 - Ausência de calor.

10-01-2025 08:30 - Ausência de rubor.

10-01-2025 08:30 - Ausência de tumefação.

10-01-2025 08:30 - Ausência de exsudado.

10-01-2025 08:30 - Ausência de infiltração.

10-01-2025 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter

10-01-2025 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

10-01-2025 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

10-01-2025 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

10-01-2025 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

10-01-2025 08:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

10-01-2025 08:30 - Trocar cateter venoso periférico [Cada 72-96h ou SOS]

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**Atitudes Terapêuticas****Isolamento de Contenção – Isolamento de Gotículas**

Existem três tipos de precauções baseadas na via de transmissão: precauções ou isolamento de contacto; precauções ou isolamento de gotículas; precauções ou isolamento de via aérea. A adoção de qualquer um deste tipo de isolamento baseia-se no facto da transmissão dos agentes infecciosos não terminar com a adoção das precauções básicas de controlo de infeção (colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do material de uso clínico, controlo ambiente, manuseamento seguro da roupa, separação e recolha segura de resíduos, praticas seguras na

preparação de injetáveis, exposição a agentes microbianos) (DGS, 2013) e pretende prevenir a disseminação de agentes infecciosos que se transmitem por contacto direto ou indireto, através do utente ou do ambiente do utente.

No caso desta pessoa, foi prescrito isolamento de gotículas devido ao isolamento de *Pseudomonas Aeroginosas* nas secreções. O isolamento de gotículas visa a prevenção da transmissão de agentes infecciosos disseminados por contacto respiratório próximo, através de gotículas respiratórias expelidas durante a tosse, fala, espirro, aspiração de secreções, com dimensão superior a cinco micro, depositando-se em distâncias até um metro, ou do contacto das membranas mucosas com secreções respiratórias. No isolamento de gotículas o profissional deve: proceder à higiene das mãos, antes e depois de sair da unidade do utente, e cumprir com as restantes precauções básicas; usar máscara cirúrgica para conter as gotículas; usar proteção ocular, de máscara com viseira ou óculos com proteção lateral, a qual deve ser colocada antes de entrar na unidade e retirada quando sair (Siegel et al., 2022).

A pessoa a quem reporta este caso clínico estava numa enfermaria com capacidade para quatro pessoas. Foi garantida a distância superior a um metro para conter as gotículas respiratórias e criada uma barreira física através da utilização de cortinas.

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter central de inserção periférica (PICC)

No caso da pessoa a quem reporta este caso clínico, o PICC reveste-se de particular importância face à ausência de acessos vasculares periféricos e à necessidade de administração de antibioterapia após quadro séptico. Trata-se de um dispositivo vascular, intravenoso, inserido através de uma veia superficial ou profunda da extremidade e que progride até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior (Santo et al., 2017). Permite tratamentos de duração prolongada (superior a uma semana), administração de nutrição parentérica, antibioterapia, quimioterapia, administração de hemoderivados, avaliação da pressão venosa central (PVC) e colheitas sanguíneas (Chopra et al., 2015)

Entre as vantagens da sua utilização salientamos: inserção do cateter sob anestesia local, associada ou não a sedação; redução do desconforto da pessoa evitando múltiplas punções venosas; custo inferior aos cateter venoso central (CVC); via segura para administração de antibióticos; tempo de permanência e menor risco de contaminação em relação a outros dispositivos vasculares e preservação do sistema venoso periférico (Santo et al., 2017). Uma vez que se encontra inserido numa veia periférica não há o risco de pneumotórax, hemotórax, lesão do plexo braquial e embolia gasosa (Jesus e Secoli, 2007). Como desvantagens da sua utilização destacamos: necessidade de uma rede vascular íntegra e de grande calibre para a inserção; necessidade de treino especial para inserção e manutenção do cateter; monitorização rigorosa do dispositivo; e necessidade de radiografia para localização da ponta do catéter (Santo et al., 2017). Os cuidados de enfermagem visam, essencialmente, a prevenção e a deteção precoce de

complicações, entre elas a infeção e estão divididas em três grandes momentos: o momento da inserção, o momento da manutenção e o momento da remoção. As complicações relacionadas com o PICC podem ser locais, sistémicas ou circunstanciais (Chopra et al., 2014; Jesus & Secoli, 2007).

Neste estudo de caso, centrámo-nos, apenas, nos cuidados relacionados com a manutenção, uma vez que, no momento do nosso primeiro contacto o utente já apresentava o PICC na veia cefálica. Nesta fase é, então, fundamental: avaliação diária sobre a possibilidade de remoção em caso de já não ser necessário e documentação, em processo clínico, do motivo que justifica a sua manutenção; a higienização das mãos antes da manipulação do cateter; a utilização de técnica *no-touch* nos pontos de acesso; a fricção dos pontos de acesso com solução antisséptica (clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%) e material de uso único e estéril durante 15s e a execução do tratamento do local de inserção com técnica asséptica (DGS, 2022) e a mudança do penso sempre que este estiver visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; no caso de penso com compressa até 48h após a sua realização e no caso de penso transparente de 7/7 dias.

Cateter urinário

A inserção de um cateter urinário deve ser realizada apenas quando necessário e a justificação do seu uso deve estar documentada no processo clínico. A sua inserção, manutenção e remoção são da responsabilidade dos enfermeiros e devem ser tidas em conta as recomendações do Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2022): cumprimento de técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão do sistema de drenagem; cumprir técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem mantendo sempre o circuito fechado; realizar higiene diária do meato urinário, reforçando a sua importância junto da pessoa e cuidador(es), os cuidados de prevenção da infeção; fixar o cateter vesical e manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da capacidade e, por último, avaliar diariamente a possibilidade de remoção do cateter urinário e, se tal não for possível, registar em processo clínico o motivo (Direção-Geral de Saúde, 2022).

No caso desta pessoa, optou-se pela inserção de um cateter urinário após retenção urinária aguda e pela necessidade de controlo do débito urinário no contexto de quadro séptico associado a infeção respiratória e urinária.

Sonda nasojunal

Uma das complicações mais frequentes associadas ao AVC é o compromisso da deglutição com uma incidência aproximada de 55%, na fase aguda. Está associado a um aumento da mortalidade, morbilidade e piores resultados funcionais devido ao risco de pneumonia, desidratação e desnutrição. A colocação de uma sonda nasogástrica, sonda nasojunal, *percutaneous endoscopic gastrostomy* (PEG) ou *percutaneous endoscopic jejunostomy* (PEJ) está

indicada para garantir a nutrição, hidratação e administração de terapêutica em pessoas com AVC cuja via oral não é segura pelo risco de aspiração (Eltringham et al., 2019; Patita et al., 2021; Oliveira et al., 2022). A colocação de uma sonda nasogástrica é mais comum do que a colocação de uma sonda nasojejunal. Contudo, a colocação de sonda nasogástrica maior risco de estase gástrica e essa estase é responsável por 13-44% dos casos de pneumonia de aspiração (Ling et al., 2020). A alimentação por sonda nasojejunal reduz o refluxo gastroesofágico, mantém a função gastrointestinal, garante uma ingestão nutricional e aporte hídrico adequados e reduz o risco de pneumonia por aspiração (Ling et al., 2020).

Os cuidados de enfermagem à pessoa com sonda nasojejunal são muito semelhantes aos cuidados de enfermagem à pessoa com sonda nasogástrica. A principal diferença encontra-se na inserção que não é da responsabilidade dos enfermeiros e deverá ser ecoguiada. A colocação de PEG/PEJ está recomendada sempre que há necessidade de utilização de SNG por mais de $\frac{3}{4}$ semanas (Patita et al., 2021) contudo, neste caso, não foi possível pois, para a sua colocação, teria de suspender a dupla agregação plaquetária.

Traqueostomia

A colocação de uma traqueostomia é um procedimento cirúrgico realizado com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, facilitar o desmame pulmonar do ventilador, diminuir a lesão laríngea decorrente da intubação endotraqueal e melhorar o conforto da pessoa e as atividades de vida diárias (Mitchell et al., 2012; Pertussati et al., 2021). Consiste na criação de um estoma na traqueia para facilitar o processo respiratório por meio de um dispositivo que permite a comunicação entre a traqueia e o ambiente externo (Pertussati et al., 2021). As principais complicações associadas à realização deste procedimento são: obstrução da cânula, descanulação acidental, hemorragia, enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, granulomas, traqueomalácia, infeção, colapso supraesternal, fístula e estenose (Pertussati et al., 2021). Segundo vários autores estas são mais comuns em traqueostomias de urgência sem entubação prévia (Marsico & Marisco, 2010; Vallamakundu & Visvanathan, 2011).

Existem diferentes tipos de tubos de traqueostomia e estes podem assumir vários tamanhos sendo que a decisão pelo tipo e tamanho do tubo mais adequado para cada pessoa depende das suas necessidades e do tamanho da traqueia (Freeman, 2011).

Os cuidados de enfermagem diretos à pessoa com traqueostomia estão relacionados com: a correta humidificação das vias aéreas; aspiração de secreções; limpeza da cânula interna; cuidados ao estoma; manutenção do cuff; deglutição, nutrição e hidratação e comunicação e descanulação (Freenam, 2011). Com vista à preparação da alta e à facilitação do processo de reconstrução de autonomia do autocuidado são, também, fundamentais a capacitação das pessoas e/ou cuidadores desenvolvimento competências para o cuidado a este dispositivo e prevenção de complicações.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-11-2024 09:00	Força muscular	
22-11-2024 09:00	Equilíbrio estático	
22-11-2024 09:00	Perceção corporal	
22-11-2024 09:00	Comunicação verbal	
22-11-2024 09:00	Sistema respiratório	
22-11-2024 09:00	Sistema cardiovascular	
22-11-2024 09:00	Deglutição	
22-11-2024 09:00	Eliminação intestinal	03-12-2024 16:00
22-11-2024 09:00	Metabolismo	
22-11-2024 09:00	Virar-se	
22-11-2024 09:00	Erguer-se	
22-11-2024 09:00	Transferir-se	
22-11-2024 09:00	Sentar-se	
22-11-2024 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
22-11-2024 09:00	Vestir-se ou despir-se	
22-11-2024 09:00	Alimentar-se	
22-11-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
22-11-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-11-2024 09:00	Eliminação urinária	03-12-2024 16:00
22-11-2024 09:00	Estoma	
22-11-2024 09:00	Pele e mucosas	
10-01-2025 08:30	Autogestão do regime medicamentoso	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A pessoa a quem reporta este caso clínico encontrava-se internado no serviço de Neurologia para monitorização e vigilância dos sinais vitais e estado de consciência, realizar ajustes terapêuticos, se necessário; detetar precocemente complicações; prevenir o agravamento dos défices, realizar reabilitação com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala e promover a consciencialização e capacitação, assim que possível, da pessoa e familiar cuidador para o autocuidado e autogestão do regime terapêutico. Foi acompanhado por nós durante a quase totalidade deste estágio tendo sido múltiplos os momentos de contacto. De forma a organizar o processo de conceção de cuidados foram realizadas três sessões: uma correspondente ao primeiro contacto em que a pessoa ainda se encontrava em fase de estabilização hemodinâmica e gestão de intercorrências após o AVC; uma segunda sessão em que constam intervenções de enfermagem direcionadas ao processo adaptativo e reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência e, num terceiro momento foram implementadas intervenções de enfermagem

direcionadas à autogestão das doenças crónicas que padece de forma a prevenir eventos futuros.

De acordo com o quadro fisiopatológico e os conhecimentos de anatomofisiopatologia descritos no enquadramento teórico, emergem os seguintes focos de atenção/domínios inseridos na dimensão autónoma da prática de enfermagem.

Processo Neuromuscular

Força muscular comprometida

De acordo com Menoita et al (2012), numa fase inicial após o AVC, a pessoa encontra-se num estado de flacidez no hemicorpo afetado (hipotonia), sem movimentos voluntários, apresentando hipotonicidade e não sendo capaz de iniciar o movimento. A pessoa não consegue manter o membro em nenhuma posição, principalmente durante as primeiras semanas (Silva, 2010). Tais alterações conduzem à ausência de consciencialização e de perda dos padrões normais de movimento no hemicorpo afetado levando à adoção de padrões inadequados do lado não afetado, utilizados como forma de compensação. Deste modo, a pessoa não consegue rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, efetuar marcha eficaz, tendo tendência para transferir o peso corporal para o lado são, por falta de consciencialização da linha média (Menoita, 2012).

Para monitorizar a força muscular, de forma a confirmar ou negar o diagnóstico de parésia, utilizamos a Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC - *Medical Research Council*) que pontua os níveis de força entre zero (sem contração muscular palpável ou visível), um (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), dois (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), três (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), quatro (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e cinco (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A pessoa apresenta força muscular comprometida ao nível do membro superior e inferior esquerdos.

Equilíbrio corporal comprometido

O equilíbrio corporal é controlado pelo cerebelo, uma área importantíssima para o planeamento e condução de ações de coordenação músculo-esqueléticas necessárias à manutenção do equilíbrio (Hoeman, 2008).

As reações de equilíbrio ocorrem de forma autónoma apesar de ser possível comandá-las ou modificá-las, voluntariamente, para melhoria funcional. A realização das AVD's depende da manutenção do equilíbrio estático (manutenção de controlo postural sentado e em pé) e do

equilíbrio dinâmico (controlo postural em movimento) (Ribeiro, 2021). A escala de equilíbrio de Berg é utilizada para avaliar quer o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico. A pessoa a quem se refere este estudo clínico apresenta o equilíbrio estático comprometido e, por consequência, também o equilíbrio dinâmico.

Perceção corporal: negligência unilateral

O domínio perceção corporal foi por nós selecionado no sentido de confirmar ou negar o diagnóstico de perceção corporal comprometida (*neglect*). A negligência encontra-se frequentemente associada ao AVC do hemisfério direito (Menon et al, 2015, as cited in Ribeiro, 2021), afetando cerca de 30% das pessoas, estando associada a mau prognóstico funcional, maior tempo de internamento em unidades de reabilitação, recuperação mais lenta e maior tendência para a incapacidade funcional (Teasell et al., 2020, as cited in Ribeiro, 2021).

Segundo o ICN, perceção corporal comprometida caracteriza-se por perda de capacidade de reconhecer um lado do corpo ou perceção da falta de consciência de um lado do corpo (*International Council of Nurses*, 2019) ou seja, pela incapacidade de responder a estímulos do lado contralateral da lesão cerebral (Ribeiro, 2021) tal como é o caso desta pessoa que negligencia a parte esquerda do seu corpo.

Comunicação verbal

A comunicação verbal é, segundo o *International Council of Nurses* (2019), a capacidade para comunicar através da fala. Deste modo, confirmar ou negar o diagnóstico de comunicação verbal recetiva e/ou expressiva comprometida devem ser colhidos dados no que concerne à capacidade de emissão e compreensão da mensagem. O utente apresenta comunicação comprometida por alterações motoras: disartria.

Processo Cardiorrespiratório

Sistema cardiovascular - Hipertensão

Neste caso clínico, a pessoa apresenta como antecedentes a hipertensão arterial secundária, diagnosticada aos 34 anos e de difícil controlo, estando medicado para o controlo tensional. Em pessoas com AVC, é fundamental o controlo tensional.

Sistema Respiratório - Limpeza das vias aéreas comprometida

Face a este domínio, como hipóteses de diagnóstico equacionamos apenas a limpeza da via aérea comprometida, pelo facto de estarem presentes vários fatores que inibem o reflexo da tosse, condição fundamental para que a via aérea se mantenha limpa: presença de traqueostomia e imobilidade no leito já que, numa primeira fase, a pessoa fazia apenas transferências ocasionais para o cadeirão (Cerqueira & Grilo, 2019; OE, 2018b).

Processo do sistema gastrointestinal

Deglutição comprometida

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que exige comunicação entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico. Exige, ainda, ações coordenadas entre a cavidade nasal, a cavidade oral, a cavidade faríngea, a laringe, os músculos, os nervos cranianos, o encéfalo e o esófago (Hoeman. 2011). A disfagia, deglutição comprometida, é uma das sequelas mais dispendiosa e comum do AVC e está associada ao aumento da mortalidade, morbilidade, diminuição da qualidade de vida e necessidade de institucionalização, não só devido à ocorrência de pneumonia química ou de aspiração ou à má nutrição e desidratação (Cohen et al, 2016). De acordo com Branco & Portinha (2017), são sinais de disfagia tosse e engasgamento, tanto com os alimentos como com a própria saliva; pneumonias de repetição; refluxo gastroesofágico; febre sem causa aparente; descrição de sensação de alimento na garganta; recusa alimentar, sonolência durante a refeição; dificuldade na mastigação e na preensão de alimento com a língua; dificuldade em controlar o alimento na cavidade oral; escape de alimento para a faringe, regurgitamento nasal/oral e alterações da voz - “voz molhada”.

A pessoa a quem reporta este caso clínico apresenta deglutição comprometida, disfagia, pelo que apresenta uma sonda naso-jejunal. No serviço onde decorreu o nosso estágio e a pessoa se encontra internada, é utilizado o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) para a identificação de disfagia em pessoas com AVC e é esta a escala adotada pela Ontologia em Enfermagem que se encontra no *backend* desta plataforma de conceção de cuidados. Por vezes, é ainda proposta a realização de uma videofluroscopia, *gold standard*, para o diagnóstico da disfagia permitindo determinar se a pessoa está a aspirar e qual o mecanismo que está em déficit (Ribeiro, 2021). O utente realizou uma videofluroscopia sendo totalmente insegura a via oral. Pela necessidade de cumprimento de terapêutica anti trombótica não é possível, nesta fase, a colocação de PEJ.

Eliminação Intestinal - Obstipação

A obstipação é uma das principais consequências após o AVC devido a vários fatores como a imobilidade, mudanças posturais nomeadamente aquando da defecação, efeitos secundários de alguns fármacos, ingestão inadequada de comida e água, défices cognitivos, lesão cognitiva e alterações emocionais (e.g. depressão e ansiedade). A sua ocorrência tem impacto não só na qualidade de vida das pessoas, mas também no próprio processo de recuperação (Wang et al, 2020).

Assim, é pertinente a avaliação de dados como a presença de fezes, as suas características, a frequências das defecações por semana e a presença de massa palpável de fezes no reto para confirmar ou negar o diagnóstico de obstipação - “ausência de emissão de fezes, evacuação dolorosa, sensação de pressão e preenchimento retal, massa palpável ou coleção de fezes endurecidas no reto” (*International Council of Nurses; 2019*). A pessoa apresenta obstipação

tendo sido otimizada a dieta e terapêutica.

Processo do Sistema Regulador - Metabolismo

Glicemia

Este domínio surge uma vez que um dos antecedentes da pessoa é diabetes Mellitus tipo II. Assim, é de especial relevância a monitorização dos valores de glicemia capilar para a administração de terapêutica (insulina de ação rápida), se necessário

Ação

Autocuidado

Face à lesão cerebral e todas as repercussões nos sistemas corporais, a pessoa é incapaz de se autocuidar de forma autónoma. Apresenta o autocuidado virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar e alimentar-se comprometidos.

Autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar e padrão de exercício

A inclusão deste domínio justifica-se pela necessidade de realizar uma autogestão eficaz do regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (padrão alimentar e de exercício) uma vez que este utente apresenta, como antecedentes, duas doenças crónicas que, por não estarem controladas, poderão constituir fatores de risco para AVC. Sabemos que a autogestão também está relacionada com a aceitação da condição de saúde que as patologias impõem, e com a readaptação das rotinas diárias da pessoa (Sousa & Bastos, 2021)

3.6. Conceção de Cuidados

Força muscular

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Força - contração muscular

22-11-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o): ausência de contração visível ou palpável.

22-11-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): ausência de contração visível ou palpável.

22-11-2024 09:00 - Paresia

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da força muscular

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Força - contração muscular

03-12-2024 16:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Força - contração muscular

10-01-2025 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MELHOROU].

03-12-2024 16:00 - Membro inferior Esquerda(o): contração visível ou palpável, mas sem movimento [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade [MELHOROU].

22-11-2024 09:00 - Melhorar força muscular

22-11-2024 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30

10-01-2025 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

03-12-2024 16:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [1 x turno] [FIM]

10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

03-12-2024 16:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1 x turno]

03-12-2024 16:00

Equilíbrio estático

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Instabilidade postural sentado com apoio.

22-11-2024 09:00 - Equilíbrio estático comprometido

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MELHOROU].

22-11-2024 09:00 - Prevenir queda

22-11-2024 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [1 x turno]

Perceção corporal

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Perceção do corpo

22-11-2024 09:00 - Esquerda(o): não reconhece como seus os membros superior e inferior.

22-11-2024 09:00 - Negligência unilateral**22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da negligência unilateral**

22-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da negligência unilateral [1 x turno]*

03-12-2024 16:00 - Perceção do corpo

03-12-2024 16:00 - Esquerda(o): não reconhece como seus os membros superior e inferior [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Perceção do corpo

10-01-2025 08:30 - Esquerda(o): não reconhece como seu o membro superior [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Evitar agravamento da negligência unilateral

22-11-2024 09:00 - *Estimular perceção sensorial através da gestão do ambiente [1 x turno]*

22-11-2024 09:00 - *Estimular perceção sensorial através de massagem [1 x turno]*

03-12-2024 16:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

03-12-2024 16:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a perceção do corpo

03-12-2024 16:00 - Esquerda(o): necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30**03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a perceção do corpo****03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares**

03-12-2024 16:00 - *Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1 x turno]*

10-01-2025 08:30 - Realiza, por vezes, os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

10-01-2025 08:30 - Refere insatisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares mas disponibilidade para melhorar.

03-12-2024 16:00

Comunicação verbal

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

22-11-2024 09:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

22-11-2024 09:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida**22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da comunicação**

22-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da comunicação verbal [1 x turno]*

10-01-2025 08:30 - Tem dificuldade em expressar as palavras [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Promover comunicação

22-11-2024 09:00 - *Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Sempre que necessário]*

03-12-2024 16:00 - Promover autocontrolo: comunicação verbal expressiva

03-12-2024 16:00 - Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sistema de comunicação pela escrita - facilitador.

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sistema de comunicação pela escrita - facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sistema de comunicação pela escrita - facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sistema de comunicação pela escrita - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Sistema de comunicação pela escrita - desvaloriza-me.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação

03-12-2024 16:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo da comunicação verbal expressiva [1 x turno]*

10-01-2025 08:30 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da comunicação através de sistemas alternativos.

10-01-2025 08:30 - Refere insatisfação com o autocontrolo da comunicação verbal expressiva e indisponibilidade para melhorar.

03-12-2024 16:00

Sistema respiratório

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

22-11-2024 09:00 - Periférico(a): 92 %.

22-11-2024 09:00 - Reflexo da tosse: ausente.
22-11-2024 09:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.
22-11-2024 09:00 - Sons respiratórios: normais.
22-11-2024 09:00 - Secreções em grande quantidade.
22-11-2024 09:00 - Secreções viscosas.
22-11-2024 09:00 - Secreções amareladas.

22-11-2024 09:00 - Limpeza da via aérea comprometida

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1 x turno]
10-01-2025 08:30 - Reflexo da tosse: presente [MELHOROU].
10-01-2025 08:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MELHOROU].
10-01-2025 08:30 - Sons respiratórios: normais.
10-01-2025 08:30 - Secreções esbranquiçadas.
10-01-2025 08:30 - Secreções fluídas [MELHOROU].
10-01-2025 08:30 - Secreções em moderada quantidade.

22-11-2024 09:00 - Melhorar limpeza da via aérea

22-11-2024 09:00 - Aspirar via aérea [Sempre que necessário]
22-11-2024 09:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Sempre que necessário]
22-11-2024 09:00 - Executar inaloterapia [7h-19h]

Sistema cardiovascular

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Localização do Pulso
22-11-2024 09:00 - Punho Direita(o)
22-11-2024 09:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
22-11-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
22-11-2024 09:00 - Pulso rítmico.
22-11-2024 09:00 - Pulso simétrico.
22-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
22-11-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)
22-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 175 mmHg.
22-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 84 mmHg.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 x turno]
03-12-2024 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
03-12-2024 16:00 - Membro superior Direita(o)
03-12-2024 16:00 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.
03-12-2024 16:00 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.
10-01-2025 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
10-01-2025 08:30 - Membro superior Direita(o)
10-01-2025 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.
10-01-2025 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
22-11-2024 09:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

Deglutição

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

22-11-2024 09:00 - Deglutição comprometida

22-11-2024 09:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Tempo de deglutição para sólidos superior a 10 segundos, Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição, Movimento assimétrico da língua e lábios.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da deglutição

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da deglutição [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Tempo de deglutição para sólidos superior a 10 segundos, Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, Movimento assimétrico da língua e lábios.

22-11-2024 09:00 - Prevenir aspiração

22-11-2024 09:00 - Planejar dieta [Sempre que necessário]

22-11-2024 09:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [7h-12h-16h-19h-22h]

22-11-2024 09:00 - Alimentar através de sonda gástrica [7h-12h-16h-19h-22h]

22-11-2024 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Antes das refeições]

Eliminação intestinal

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Ausência de dejeções.

22-11-2024 09:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

22-11-2024 09:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

22-11-2024 09:00 - Expulsão controlada de fezes.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1 x turno] [FIM]

03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Obstipação [RESOLVIDO] 03-12-2024 16:00**22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da obstipação [FIM] 03-12-2024 16:00**

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da obstipação [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Número de defecações por dia: 3.

03-12-2024 16:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

03-12-2024 16:00 - Fezes: em moderada quantidade.

03-12-2024 16:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

22-11-2024 09:00 - Promover eliminação intestinal [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Planejar dieta [Sempre que necessário] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Gerir hidratação [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

Eliminação urinária

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 03-12-2024

16:00

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1 x turno] [FIM]

03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Quantidade de urina: 200 ml.

03-12-2024 16:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

03-12-2024 16:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

03-12-2024 16:00 - Transparência da urina: Límpida [MELHOROU].

03-12-2024 16:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

Pele e mucosas

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Maceração [RESOLVIDO] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Localização da maceração

22-11-2024 09:00 - Pele periestomal

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da maceração [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da maceração [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Localização da maceração

03-12-2024 16:00 - Pele periestomal

03-12-2024 16:00 - Sinais de maceração: ausentes.

22-11-2024 09:00 - Promover cicatrização da maceração [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Executar tratamento da maceração [1 x turno] [FIM]

03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Aplicar protetor cutâneo [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Aplicar placa de ostomia [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Otimizar placa de ostomia [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

Estoma

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Presença de estoma(s).

22-11-2024 09:00 - Traqueostomia

22-11-2024 09:00 - Pele peri-traqueostoma: macerada.

03-12-2024 16:00 - Pele peri-traqueostoma: íntegra.

22-11-2024 09:00 - Complicação da traqueostomia: ausente.

03-12-2024 16:00 - Complicação da traqueostomia: ausente.

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da traqueostomia

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da traqueostomia [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Pele peri-traqueostoma: íntegra.

10-01-2025 08:30 - Pele peri-traqueostoma: íntegra.

03-12-2024 16:00 - Complicação da traqueostomia: ausente.

10-01-2025 08:30 - Complicação da traqueostomia: granuloma.

22-11-2024 09:00 - Assegurar cuidados à traqueostomia

22-11-2024 09:00 - Executar cuidados à traqueostomia [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Trocar cânula interna de traqueostomia [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Trocar fixação do dispositivo [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Assistir a trocar cânula [SOS]

22-11-2024 09:00 - Prevenir complicações da traqueostomia

22-11-2024 09:00 - Gerir a pressão do cuff [1 x turno]

03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Presença de estoma(s).

Metabolismo

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Glicemia capilar: 107 mg/dl.

22-11-2024 09:00 - Glicemia**22-11-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia**

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia [Antes das refeições]

03-12-2024 16:00 - Glicemia capilar: 151 mg/dl.

10-01-2025 08:30 - Glicemia capilar: 101 mg/dl.

22-11-2024 09:00 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS]

22-11-2024 09:00 - Controlar glicemia

22-11-2024 09:00 - Gerir regime medicamentoso [7h-12h-16h-19h-22h]

22-11-2024 09:00 - Prevenir desidratação

22-11-2024 09:00 - Gerir hidratação [1 x turno]

Virar-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

22-11-2024 09:00 - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

22-11-2024 09:00 - Virar-se comprometido [RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30**22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do virar-se [FIM] 10-01-2025 08:30**

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do virar-se [1 x turno] [FIM] 10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00 - Capaz de mudar de posição na cama

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

10-01-2025 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

10-01-2025 08:30 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

22-11-2024 09:00 - Assegurar atividades de virar-se [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Assistir no virar-se [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Assistir no virar-se usando dispositivo [1 x turno] [FIM]

10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h] [FIM]

10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00 - Promover autonomia para virar-se [FIM] 10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Grades da cama - facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para virar-se

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para virar-se

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para virar-se

[RESOLVIDO] 10-01-2025 08:30

22-11-2024 09:00 - Assegurar continuidade de cuidados [FIM] 10-01-2025 08:30

03-12-2024 16:00

Erguer-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

22-11-2024 09:00 - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

22-11-2024 09:00 - Erguer-se comprometido

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do erguer-se

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do erguer-se [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

10-01-2025 08:30 - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

22-11-2024 09:00 - Assegurar atividades de erguer-se

22-11-2024 09:00 - Assistir no erguer-se [1 x turno]

Transferir-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

22-11-2024 09:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

22-11-2024 09:00 - Transferir-se comprometido

Sentar-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

22-11-2024 09:00 - não inicia o movimento.

22-11-2024 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

22-11-2024 09:00 - não inicia o movimento.

22-11-2024 09:00 - Sentar-se comprometido

03-12-2024 16:00 - Determinar evolução do sentar-se

03-12-2024 16:00 - Avaliar evolução no sentar-se [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-01-2025 08:30 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MELHOROU].

03-12-2024 16:00 - Promover autonomia para sentar-se

03-12-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

03-12-2024 16:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para sentar-se

03-12-2024 16:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

03-12-2024 16:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Refere insatisfação com a autonomia para sentar-se mas disponibilidade para melhorar.

03-12-2024 16:00

Cuidar da higiene pessoal

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Não obtém objetos para o banho.

22-11-2024 09:00 - Não abre a torneira.

22-11-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

22-11-2024 09:00 - Não lava nem seca o corpo.

22-11-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

22-11-2024 09:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

22-11-2024 09:00 - Não lava a cavidade oral.

22-11-2024 09:00 - Não aplica produtos de higiene.

22-11-2024 09:00 - Capaz de pentear-se

22-11-2024 09:00 - Não se penteia.

22-11-2024 09:00 - Não se barbeia.

22-11-2024 09:00 - Capaz de cortar as unhas

22-11-2024 09:00 - Não corta as unhas.

22-11-2024 09:00 - Não se limpa após usar o sanitário.

22-11-2024 09:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

22-11-2024 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Abre a torneira [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

10-01-2025 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

10-01-2025 08:30 - Lava a cavidade oral [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Aplica produtos de higiene [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Capaz de pentear-se

10-01-2025 08:30 - Penteia-se [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Não se barbeia [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de cortar as unhas

10-01-2025 08:30 - Não corta as unhas [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

03-12-2024 16:00 - Assistir no arranjar-se [1 x turno]

03-12-2024 16:00 - Assistir no tomar banho [1 x turno (manhã)]

22-11-2024 09:00 - Arranjar o cliente [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

22-11-2024 09:00 - Dar banho na cama [1 x turno (manhã)] [FIM] 03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Dar banho no chuveiro [1 x turno (manhã)]

22-11-2024 09:00 - Lavar cavidade oral [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Trocar fralda [Sempre que necessário]

03-12-2024 16:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

03-12-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para tomar banho

03-12-2024 16:00 - facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para arranjar-se

03-12-2024 16:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para tomar banho

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

03-12-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - não dificultador.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para arranjar-se

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho

03-12-2024 16:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Refere satisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal.

03-12-2024 16:00

Vestir-se ou despir-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Não escolhe as roupas.

22-11-2024 09:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

22-11-2024 09:00 - Capaz de vestir-se

22-11-2024 09:00 - Não veste todas as peças de roupa.

22-11-2024 09:00 - Capaz de abotoar-se

22-11-2024 09:00 - Não abotoa.

22-11-2024 09:00 - Capaz de atar cordões

22-11-2024 09:00 - Não ata cordões.

22-11-2024 09:00 - Capaz de calçar meias

22-11-2024 09:00 - Não calça as meias.

22-11-2024 09:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Escolhe as roupas [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de vestir-se

10-01-2025 08:30 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MELHOROU].

10-01-2025 08:30 - Capaz de abotoar-se

10-01-2025 08:30 - Não abotoa [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de atar cordões

10-01-2025 08:30 - Não ata cordões [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de calçar meias

10-01-2025 08:30 - Não calça as meias [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [1 x turno]

22-11-2024 09:00 - Vestir/despir [1 x turno] [FIM] 03-12-2024 16:00

03-12-2024 16:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

03-12-2024 16:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 16:00

Alimentar-se

22-11-2024 09:00

22-11-2024 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

22-11-2024 09:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

22-11-2024 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

22-11-2024 09:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

22-11-2024 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

22-11-2024 09:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

22-11-2024 09:00 - Alimentar-se comprometido

22-11-2024 09:00 - Determinar evolução do alimentar-se

22-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [1 x turno]

10-01-2025 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

10-01-2025 08:30 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

10-01-2025 08:30 - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

10-01-2025 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

10-01-2025 08:30 - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

22-11-2024 09:00 - Assegurar atividades do alimentar-se

22-11-2024 09:00 - Alimentar cliente [7h-12h-16h-19h-22h]

Autogestão do regime medicamentoso

10-01-2025 08:30

10-01-2025 08:30 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**10-01-2025 08:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

10-01-2025 08:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

10-01-2025 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

10-01-2025 08:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - facilitadora.

10-01-2025 08:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.

10-01-2025 08:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

10-01-2025 08:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

10-01-2025 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

10-01-2025 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [No próximo contacto]

10-01-2025 08:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Todos os dias]

10-01-2025 08:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Todos os dias]

10-01-2025 08:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [Todos os dias]

10-01-2025 08:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [No próximo contacto]

3.7. Especificação das intervenções

Gerir regime medicamentoso

- Administrar insulina de ação rápida, segundo prescrição.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Mobilizar o cotovelo;
- Mobilizar os dedos: extensão; flexão; abdução e adução;
- Incentivar o exercício da ponte: com os joelhos fletidos e com uma almofada entre eles, solicitar à pessoa que eleve a pelve enquanto o Enfermeiro exerce pressão com uma das mãos no tornozelo e com a outra estimula e incentiva a pessoa a elevar a região glútea lesada, voltando à posição inicial (Ribeiro, 2021).

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Privilegiar perguntas do tipo sim/não;
- Privilegiar a utilização de frases curtas com acentuação das palavras-chave;
- Posicionar frente a frente com o utente;
- Utilizar dispositivos facilitadores da comunicação (Carpenito-Moyet, 2009).

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Garantir a iluminação adequada, com luz de presença (DGS, 2019);
- Colocar o sistema de chamada (e.g. campainha) acessível (DGS, 2019);
- Travar a cama e o cadeirão (DGS, 2019);
- Colocar a altura da cama na posição mais baixa adequada à pessoa (DGS, 2019);
- Garantir elevação das grades da cama (DGS, 2019);
- Sugerir o uso de calçado antiderrapante aquando das transferências (DGS, 2019);

Otimizar sonda de oxigénio

- Ensinar o utente acerca da prevenção de UP na região nasal associadas à canula nasal;
- Ensinar o utente acerca da prevenção da secura das mucosas (boca, nariz e olhos) associadas à oxigenoterapia;
- Reforçar a realização de cuidados à cavidade oral;
- Ajustar o débito de oxigénio perante o alvo de saturações (92-93%).

Otimizar cateter central

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do PICC;
- Realizar higiene das mãos antes de manipular o PICC e usar técnica asséptica antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração;;
- Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico e lavar o PICC com 10 ml de SF após a administração de terapêutica;
- Verificar se há retorno de sangue das vias do PICC aquando da administração de terapêutica e/ou colheita de sangue para análise (DGS, 2015)

Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

- Limpar o local de inserção com técnica asséptica e CHD a 2% com álcool;
- Mudar o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições: Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele, penso com compressa: até 48 horas após sua realização e penso transparente 7 dias após sua realização (DGS, 2015).

Otimizar cateter urinário

- Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical;
- Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem;
- Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado;
- Realizar a higiene diária do meato urinário;
- Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade;
- Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (DGS, 2015).

Estimular percepção sensorial através da gestão do ambiente

- Abordar a pessoa, preferencialmente, pelo lado esquerdo (Ribeiro. 2021).
- Dispor qualquer objeto que capte a atenção da pessoa (e.g. telemóvel) do lado esquerdo (Ribeiro. 2021).

Gerir a pressão do cuff

- A pressão do cuff deverá ser controlada através de um cuffómetro e variar entre 20 a 25mmHg (Freeman, 2011)

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar o utente do efeito dos fármacos que compõem o seu regime medicamentoso nos parâmetros vitais (tensão arterial, valor de glicemia, nível de colesterol sérico).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar o utente relativamente aos fármacos do seu regime medicamentoso, especialmente, os necessários ao controlo da hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e os antiagregantes plaquetários;
- Descrever o princípio de actuação dos fármacos e o seu papel no controlo das doenças crónicas;
- Relembrar o utente que as doenças crónicas não são tratáveis mas controláveis através da tríade terapêutica (regime medicamentoso, dietético e exercício físico);
- Informar o utente da necessidade de controlar as doenças crónicas de que padece para a prevenção de novos eventos cardiocerebrovasculares.
- Informar o utente relativamente aos efeitos secundários mais relevantes.

Otimizar cateter venoso periférico

- Descontaminar válvula/conector bidirecional clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%,

por fricção, durante 15 segundos, e deixar secar;

- Avaliar permeabilidade do catéter venoso periférico através de infusão de 10 ml de cloreto de sódio a 0,9% previamente à administração de medicação endovenosa;
- Lacar o catéter venoso periférico, após a administração de medicação, com 10 ml de cloreto de sódio a 0,9%.

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Utilizar técnica asséptica na realização do tratamento ao local de inserção do CVP;
- Limpar o local de inserção do cateter venoso periférico no caso de humidade ou sujidade, com compressa estéril;
- Aplicar penso transparente e impermeável de forma a visualizar o local de inserção trocando-o sempre que não estiver inteiro (visivelmente sujo, com sangue, húmido ou descolado).

3.8. Síntese relativa ao caso

Apesar de neste estudo de caso se encontrarem plasmados apenas três contactos/sessões, esta pessoa foi acompanhada por nós ao longo de quase a totalidade do nosso estágio de ensino clínico e, perante o seu quadro clínico, identificámos alguns focos de atenção/domínios que consideramos de especial relevância. Deste modo, recolhemos dados relativamente à força muscular, equilíbrio estático, percepção corporal, comunicação verbal, sistema respiratório, sistema cardiovascular, deglutição, eliminação intestinal e urinária, metabolismo, estoma (traqueostomia), pele e mucosas e autogestão do regime medicamentoso e, no âmbito do autocuidado, virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e alimentar-se, de forma a comprovar hipóteses diagnósticas por nós levantadas.

Assim, na primeira sessão, focamo-nos nas necessidades da pessoa em cuidados de saúde relacionadas com o motivo de internamento, priorizando a intervenção no âmbito dos processos corporais e ação, a estabilização clínica e a gestão de sinais/sintomas. Na segunda sessão, implementamos terapêuticas de enfermagem direcionadas à reconstrução da autonomia da pessoa, após evento gerador de dependência, e, na terceira sessão, à autogestão do regime terapêutico farmacológico.

O nosso primeiro contacto com a pessoa corresponde ao momento da sua transferência da Unidade de AVC para o serviço de Neurologia. Assim, os domínios força muscular, equilíbrio estático, percepção corporal, deglutição, comunicação verbal, permitem evidenciar os défices resultantes do evento cerebrovascular. Relativamente ao domínio Sistema Respiratório, este emerge do facto do utente ter uma intercorrência respiratória recente (pneumonia e insuficiência respiratória) que motivou internamento no serviço de medicina intensiva e a realização de numa traqueostomia cirúrgica. No que concerne ao domínio do sistema cardiovascular e do metabolismo, consideramos a sua inclusão pertinente face à instabilidade

hemodinâmica e metabólica do utente, numa primeira fase, com necessidade de otimização da terapêutica e com os seus antecedentes de saúde. Foram também incluídos, numa primeira sessão, os domínios de eliminação intestinal e eliminação urinária por necessidade de maior vigilância após um diagnóstico de obstipação e um quadro de retenção urinária aguda devido a uma infeção do trato urinário com necessidade de colocação de uma sonda vesical. Quanto ao domínio estoma, este foi considerado já que o utente apresenta uma traqueostomia.

Consideramos, ainda, de primordial relevância a inclusão dos domínios no âmbito do autocuidado (virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, alimentar-se) por serem um dos focos primordiais da prática de enfermagem, da necessidade de iniciar o processo de reconstrução da autonomia e, face ao seu grau de comprometimento, assegurar a continuidade de cuidados. Relativamente ao processo de reconstrução da autonomia, optamos por promover a autonomia no autocuidado já que promover a autonomia face ao autocuidado é promover a saúde, pois a capacidade para o autocuidado está intimamente ligada com a mesma, sendo considerado como o fator que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas e regressar à sua família (Backman et al., 1999 e Söderhamn 2000, como citado por Brito, 2012). Ainda de acordo com os mesmos autores, ao otimizar o autocuidado estamos a promover a qualidade de vida das pessoas, a aumentar a satisfação com a vida e a diminuir o recurso aos serviços de saúde.

Deste modo, optamos por formular os diagnósticos de enfermagem potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho, potencial para melhorar capacidade para tomar banho e potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho. Verificamos que, se numa fase inicial a pessoa não reunia condições clínicas nem anímicas para participar no seu autocuidado e não estava consciencializada para as mudanças que se verificaram, com o passar do tempo, foi possível avançar e, através da utilização de produtos de apoio e do ensino de estratégias adaptativas, a pessoa começou a participar ativamente no seu autocuidado, encontrando-se motivado para o efeito, sendo capaz de lavar e secar a parte superior, pentear-se, lavar a cavidade oral e usar produtos de higiene. As intervenções do tipo "avaliar evolução de (...)", permitem acompanhar essa evolução ao longo do tempo que, neste caso, foi favorável. Contudo, estamos cientes de que este foi apenas o primeiro passo de um caminho ainda longo sendo fundamental a continuidade de terapêuticas de enfermagem neste âmbito.

Tal como referimos na descrição do cenário inicial, a pessoa a quem reporta este caso clínico apresenta como antecedentes pessoais hipertensão arterial e diabetes Mellitus, doenças crónicas e complexas. A diabetes Mellitus caracteriza-se por uma elevação persistente da glicose no sangue, hiperglicemia, (OMS, 2023) e a tensão arterial por uma pressão sanguínea excessiva na parede das artérias (Direção-Geral da Saúde, 2023). A presença de ambas é um fator de risco para a ocorrência de AVC. O regime terapêutico de ambas engloba as componentes do regime dietético, regime de exercício físico e regime medicamentoso (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2019; Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2023). Assim, além da gestão de um regime terapêutico, mais ou menos complexo, são fundamentais um regime dietético e padrão de exercício físico adequados, a par

de comportamentos de autovigilância, como a monitorização da tensão arterial e a monitorização da glicemia capilar. Estes comportamentos de autocuidado e autovigilância permitem o controlo das doenças crónicas, a promoção da saúde e a prevenção de complicações. Por conseguinte, os enfermeiros devem conhecer os fatores que podem afetar a eficácia do autocuidado (estilo de vida, limitações cognitivas e psicomotoras, educação, apoio familiar e social e perspetivas de saúde, entre outras) e prescrever terapêuticas de enfermagem que, segundo Meleis (2007), são ações intencionalmente implementadas para cuidar dos utentes englobando o conteúdo tanto das intervenções como os objetivos de enfermagem direcionadas à gestão do regime terapêutico, ponto fulcral para a gestão das doenças crónicas e foco dos cuidados de enfermagem pois minimiza a sintomatologia, reduz as readmissões hospitalares e promove o bem-estar geral da pessoa (Bastos, 2012; Silva, 2013).

A pessoa, antes do evento agudo cerebrovascular, não cumpria o regime terapêutico, farmacológico e não farmacológico, tão necessário para o controlo das doenças crónicas de que padece: [“Vivia num ritmo frenético, só me preocupava em trabalhar e controlar tudo! Achava que ainda era novo e que nada me iria acontecer. Não tinha consciência que se tomasse a medicação certinho podia não estar aqui!” (sic)]. Posto isto, e tendo em vista a prevenção de novos eventos e o controlo das doenças crónicas identificamos os diagnósticos: potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso na autogestão do regime medicamentoso e o potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso. Assim, no âmbito da autogestão do regime terapêutico, formulamos o diagnóstico autogestão do regime medicamentoso comprometida, potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso, potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia, potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea e implementamos terapêuticas de enfermagem de forma a promover a consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso e a aumentar o conhecimento do utente em relação ao seu regime terapêutico. Foi, ainda, possível assistir a pessoa na identificação do compromisso na autogestão do regime medicamentos e, sempre que possível, o seu desempenho foi elogiado.

Sempre que possível, optamos, ainda por aumentar a literacia em saúde da pessoa que, segundo Arriaga et al., 2019. p.6, se define como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma a que promovam e mantenham boa saúde”. A literacia em saúde assume primordial relevância no domínio do autocuidado e da autogestão das doenças crónicas e implica o domínio do conhecimento, a presença de motivação e a capacidade das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano, sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (Arriaga et al., 2019). A evidência diz-nos que pessoas informadas, empoderadas e motivadas, mudam, de forma eficaz e duradoura, comportamentos e hábitos de vida obtendo ganhos efetivos em saúde (Coombes et al., 2018; Henriques, 2021; Holder et al., 2023).

Consideramos que não era o momento para intervir na autogestão do regime dietético nem na autogestão do exercício físico face ao estado clínico da pessoa e ao facto de ainda necessitar de ficar internado por mais cerca de três meses. Contudo, estamos cientes da importância da tríade terapêutica no controlo das doenças crónicas de que padece. Verificamos que, ao longo de todo o internamento, a pessoa consciencializou-se para a importância do cumprimento do regime terapêutico farmacológico no controlo das suas doenças crónicas e na prevenção de novos eventos cerebrovasculares e complicações. Numa primeira fase, os ganhos em saúde prenderam-se com a estabilização clínica da pessoa, resolução de intercorrências e prevenção de complicações. Em fases posteriores, estão relacionados com a reconstrução da autonomia, com o empoderamento e com a consciencialização para que, no futuro, a pessoa adote um autocuidado responsável e uma autogestão eficaz do seu regime terapêutico.

A evidência diz-nos que o risco de recorrência de AVC é de 25% aos 5 anos e 40% aos 10 anos. Assim, a prevenção no sentido de minimizar os fatores de risco modificáveis, entre eles doenças crónicas como a HTA, DM; FA; dislipidemia, o tabagismo; o sedentarismo; a ingestão alcoólica excessiva, são fundamentais a par da promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, de forma a reduzir, em 80%, a sua reincidência.

Um dos nossos maiores desafios, a par da estabilização hemodinâmica da pessoa, e do seu elevado grau de dependência no autocuidado, numa idade tão jovem, foi o estado depressivo em que se encontrava e a sua indisponibilidade para iniciar o processo de reconstrução da autonomia. Consideramos que tal estava relacionado com a transição abrupta de um estado de total independência para um estado de dependência de terceiros e equipamentos. Sabemos, ainda, que a depressão é uma consequência comum do AVC, ocorrendo em 1/3 dos sobreviventes, especialmente entre o terceiro e o sexto mês depois do evento. Está associada a piores resultados funcionais, reintegração social e familiar e aumento da mortalidade (Blake et al., 2023) pelo que o seu reconhecimento precoce e tratamento são fundamentais para potenciar a reconstrução da autonomia, favorecer o processo de reabilitação funcional e promover a qualidade de vida (Haq et al., 2010, citado por GlinacSinanovic, 2024). Nesse sentido, o humor depressivo da pessoa foi referenciado ao médico, otimizada a medicação, solicitado o apoio de psicologia e realizada escuta ativa. Pequenos ganhos em saúde como a prestação de cuidados de higiene no WC, o início do processo de descanulação, a resolução da estase gástrica e a tolerância de períodos cada vez maiores no cadeirão, constituíram aspetos facilitadores e potenciadores do incremento da qualidade de vida e da satisfação da pessoa.

No sentido de individualizar e direccionar os cuidados de enfermagem prestados às reais necessidades da pessoa, optámos por adicionar às intervenções de enfermagem incluídas no processo de conceção de cuidados algumas especificações, baseadas na melhor evidência disponível. Estamos cientes que o caminho a percorrer no que concerne ao processo de reconstrução da autonomia, desenvolvimento de competências de mestria no autocuidado e na autogestão do regime terapêutico ainda é longo sendo, portanto, necessário garantir a continuidade dos cuidados. Para tal, a pessoa foi referenciada para um centro especializado de reabilitação.

Pensamos que este estudo de caso evidencia o papel do enfermeiro especialista em

enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica na medida em que espelha intervenções de enfermagem na área do cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos complexos decorrentes de doença crónica; da otimização do ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e da maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, apresentamos o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica, baseando-nos no perfil de competências definido pela OE e nos respetivos decretos-leis; na estrutura teórica conceptual que consideramos relevante para a prática clínica de forma a perceber, enquadrar e explicar os fenómenos em estudo; na melhor evidência científica existente e na prática profissional durante os estágios de natureza profissional, em ambos os contextos. Apresentaremos, por fim, uma reflexão crítica das oportunidades de aprendizagem. Consideramos que ao articular todas estas componentes do conhecimento, experiência dos contextos de estágio e momentos de reflexão, com os tutores e orientadores, seremos capazes de construir a identidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, contribuindo para uma enfermagem avançada e aumentando a visibilidade da enfermagem como profissão autónoma, disciplina e ciência (Meleis, 2012).

A profissionalização da Enfermagem moderna iniciou-se com Florence Nightingale (1820-1910) em 1860 com a formação de enfermeiras na fundação da *Nightingale Home and Training School for Nurses* (St. Thomas's Hospital, Londres). Em Portugal, iniciou-se em 1881 com a criação das primeiras escolas de enfermagem contudo, só em 1942 (reforma de 1942) o Estado assume a responsabilidade do ensino de enfermagem e proíbe o exercício profissional sem diploma. Em 1964/1965 surgem as primeiras especializações em enfermagem com o primeiro curso de especialização de enfermagem de reabilitação e, em 1985, surge a especialidade de médico-cirúrgica através do decreto-lei 178/85.

Os cuidados de enfermagem assumem, atualmente, uma crescente importância, complexidade e exigência técnica e científica sendo imperiosa uma diferenciação e a especialização dos cuidados. Desta forma, a OE atribui o título de especialista em seis áreas: a) enfermagem de saúde materna e obstétrica; b) enfermagem de saúde infantil e pediátrica; c) enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; d) enfermagem de reabilitação; e) enfermagem médico-cirúrgica, e f) enfermagem comunitária. O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa das referidas áreas clínicas de especialização.

Competência define-se como a “qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; aptidão” (Infopédia - Dicionários Porto-Editora, 2023-2025). A sua aquisição implica saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir

conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, habilidades, considerando as aprendizagens pessoais (biografia e socialização), a formação educacional (saberes, valores e atitudes) e a experiência profissional (Amaral & Simões, 2020; Le Boterf, 2003; Roldão, 2003). Assim, tendo sempre em linha de consideração o projeto de desenvolvimento de competências desenvolvido o ano letivo passado, as orientações da OE relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, o percurso académico de aquisição de conhecimento e os casos clínicos desenvolvidos durante o estágio clínico, rapidamente se tornou clara a relevância de duas teorias que se constituíram como estrutura teórica orientadora do nosso processo de desenvolvimento de competências: a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010) e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001).

De acordo com Meleis (2010), as transições são definidas como uma passagem de uma determinada fase, condição ou *status* de vida para outra nova situação, sendo constituídas por diversas fases e despoletadas por eventos críticos específicos (Chick & Meleis, 2010; Meleis, 2010). São eventos internos que ocorrem ao longo de tempo e implicam a incorporação de novos conhecimentos; a alteração de comportamentos e a redefinição de significados, implicando um “início – desequilíbrio”, uma “passagem” e um “fim – novo equilíbrio” (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2010). O processo de transição assume especial relevância na área de enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e profissão, especialmente quando estas têm impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida pessoas. Deste modo, os enfermeiros devem assumir um papel de elemento facilitador das transições pois são os profissionais de saúde que passam mais tempo com o indivíduo, família ou comunidade quando estes experienciam momentos de transição como é o caso do diagnóstico de uma doença crónica, a passagem de um estado de independência para dependência após evento agudo gerador de dependência ou a assunção do papel de familiar cuidador. Os enfermeiros são, também, muitas das vezes, os profissionais de saúde que lhes prestam os primeiros cuidados (Meleis, 2010). Na teoria das transições, as terapêuticas de enfermagem são consideradas um elemento nuclear, e definem-se como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos clientes, englobando o conteúdo tanto das intervenções como dos objetivos de enfermagem e têm como objetivo facilitar os processos de transições saudáveis, diminuir as transições não saudáveis e alcançar indicadores de processo positivos (Meleis, 2010).

Consideramos, ainda, de primordial importância para o nosso desenvolvimento de competências, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, teoria desenvolvida por Orem de forma justificar a necessidade em cuidados de enfermagem, por parte de uma pessoa adulta. Segundo esta autora, é a ausência de capacidade para manter a quantidade e a qualidade do autocuidado aspeto fundamental à manutenção da vida e da saúde; na recuperação da doença/lesão ou na capacidade para lidar com os seus efeitos. Autocuidado define-se, então, como “o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (Orem, 2001, p. 20). Esta teoria do défice de autocuidado na enfermagem engloba três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado

(centrada nas pessoas e descreve os motivos e a forma como elas cuidam de si); a teoria do défice do autocuidado (descreve quais as necessidades de cuidados que surgem ao longo da vida das pessoas, onde os enfermeiros podem atuar); e a teoria dos sistemas de enfermagem que explica de que forma é que os enfermeiros interagem com as pessoas produzindo cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

O domínio de ambas as teorias reveste-se de primordial importância para o processo de conceção de cuidados e de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da pessoa com patologia cerebrovascular uma vez que permite orientar a prática no sentido da identificação de fatores dificultadores ou facilitadores do processo de transição saúde-doença da pessoa ou situacional do familiar cuidador, após evento agudo gerador de dependência, que compromete a capacidade da pessoa se autocuidar de forma autónoma, razão pela qual necessitam de cuidados de enfermagem. A consciencialização, propriedade da transição, da nova condição de saúde permite o início do processo de reconstrução da autonomia no autocuidado permitindo à pessoa perceber e adaptar-se às mudanças que ocorreram.

Assim, tendo como âncora o fenómeno do autocuidado, core da disciplina de enfermagem, toda a estrutura teórica conceptual relacionada, e a necessidade de desenvolver competências clínicas especializadas na área da pessoa em situação crónica, definimos como propósito central deste estágio desenvolver competências especializadas âmbito do processo de reconstrução da autonomia e da facilitação do processo de transição da pessoa com patologia cerebrovascular, geradora de dependência, e seu familiar cuidador. Este propósito foi, tal como referimos na introdução, desdobrado em seis objetivos que englobam não só as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, mas também as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e as competências gerais do enfermeiro especialista.

Análise crítico-reflexiva acerca do processo de reconhecimento de competências

Com base nas premissas anteriormente descritas, passaremos a descrever o nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências tendo em vista a obtenção do título de enfermeiro especialista, de acordo com os objetivos expostos na introdução deste relatório e as respetivas atividades de estágio que os concretizem, constantes do projeto de desenvolvimento de competências (Anexo I).

Identificação das necessidades da pessoa com patologia cerebrovascular e seu familiar cuidador

No que concerne ao primeiro objetivo - “melhorar competências de identificação das necessidades das pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores após evento agudo gerador de dependência, no domínio dos processos corporais, autocuidado e autogestão do regime terapêutico” - este foi subdividido em três objetivos específicos com o intuito de facilitar a sua operacionalização, em cada um dos estágios realizados.

O primeiro desses objetivos específicos foi “aprofundar conhecimentos sobre

anatomofisiopatologia das doenças cerebrovasculares, Teoria das Transições de Afaf Meleis, Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, processo de reconstrução da autonomia após evento gerador de dependência e gestão da doença crónica”. Para o concretizar, realizamos uma revisão da literatura, de forma a identificar a evidência existente acerca destes conceitos, utilizando os termos de pesquisa autocuidado, atividades de vida diária, transição, doença cerebrovascular, autogestão da doença crónica, e reconstrução da autonomia, em bases de dados eletrónicas como a CINAHL® Plus; MEDLINE® e MedicLatina® e o RCAAP®. Consultamos, ainda, livros de referência. A pesquisa levada a cabo permitiu aprofundar e clarificar conceitos relacionados com a anatomofisiopatologia da doença cerebrovascular; autonomia e dependência - conceitos que se encontram intimamente relacionados com o conceito de autocuidado-; transição e suas propriedades; e autocuidado. Permitiu, ainda, fundamentar o processo de conceção de cuidados à pessoa com patologia cerebrovascular, na fase pós aguda, tendo em consideração não só a alteração dos processos corporais pelas consequências das doenças crónicas agudizadas de que padece e os défices resultantes do evento agudo, mas também as repercussões no domínio da ação (autocuidado), permitindo dar início ao processo de reconstrução da autonomia e intervir na prevenção de complicações. O conhecimento adquirido, a par da análise e discussão dos casos clínicos com as enfermeiras tutoras e orientadores, foram fulcrais para o processo de colheita de dados, a escolha dos domínios, formulação de diagnósticos e prescrição de intervenções dirigidas à especificidade de cada caso clínico, identificando as necessidades da pessoa e do familiar cuidador assegurando a estabilização clínica, a manutenção e adaptação à sua nova condição. Ao longo desta imersão na prática procuramos, tal como está patente no estudo de caso apresentado, identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias crónicas ou crónica agudizada e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos; prescrever terapêuticas de enfermagem tendo em vista a facilitação do processo de transição saúde-doença e situacional (assunção papel familiar cuidador); implementar intervenções de enfermagem com vista à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da crónica ou crónica agudizada e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados e avaliar os resultados, com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica ou crónica agudizada e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

No sentido de “melhorar capacidades no processo de recolha, validação, verificação e registo dos dados relativos ao compromisso dos processos corporais, autocuidado e autogestão do regime terapêutico das pessoas com patologia cerebrovascular”, objetivo específico dois, tal como tínhamos planeado, consultamos as instruções de trabalho hospitalar relativamente aos registos de enfermagem; analisamos os processos de enfermagem das pessoas internadas nos serviços com patologia cerebrovascular; identificamos, em conjunto com a enfermeira tutora,

quais os dados a recolher relativos ao processo de transição e de reconstrução da autonomia, após evento gerador de dependência; praticamos, a documentação dos cuidados de enfermagem, no que concerne aos domínios do processo corporal, processo mental, autocuidado e autogestão do regime terapêutico das pessoas com patologia cerebrovascular; e treinamos, tantas vezes quanto possível, a identificação e redação dos enunciados diagnósticos relacionados com o processo de transição e de reconstrução da autonomia após evento agudo gerador de dependência. Foi ainda possível treinar a recolha de dados relativos aos processos corporais (neuromuscular, cardiorrespiratório, gastrointestinal, urinário, tegumentar, regulador), processos mentais (autoconceito, emoção, pensamento, memória), ação (autocuidado) e processo de transição disponível no processo clínico do utente e entrevista clínica de forma a conceber o processo de enfermagem (colheita de dados de enfermagem; formulação de diagnósticos; planeamento de intervenções e avaliação de resultados). O desenvolvimento desta competência revelou-se de primordial importância no contexto de estágio da EGA em que, através da análise documental da informação de vários SI, algumas vezes não coerente entre si, e apenas interações esporádicas com as pessoas, avaliamos as suas necessidades em cuidados em saúde da pessoa e, posteriormente, validávamos a proposta de referenciação da equipa assistencial para uma das tipologias da RNCCI.

Em contexto de estágio, O SIE mais utilizado foi o SCLinico® que no seu *backend* utiliza a CIPE®, para a documentação dos cuidados de enfermagem. Em contexto académico, como ferramenta para conceção de cuidados, utilizamos o e4Nursing® que no seu *backend* utiliza a Ontologia em Enfermagem. Trata-se de uma forma representação do conhecimento em que surgiu da necessidade de maior controlo dos conteúdos que integram os SIE, permitindo um controlo interno da linguagem profissional dos Enfermeiros relativa à documentação sistemática dos cuidados e promovendo a formalização do conhecimento da disciplina e a identificação de necessidades de investigação. A Ontologia permitiu, ainda, evoluir de sistemas circunscritos à documentação para sistemas que também ajudam na conceção dos cuidados; facilitou a produção nacional de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros; permitirá que todos os SIE processem informação interoperável, de um ponto de vista semântico (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Por conseguinte, foi nos então possível desenvolver competências no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem em ambos os SIE que, segundo Donges & Moorhouse, como citado por Silva (2006) e Pereira et al. (2011), é de primordial importância pois, além de cumprir os preceitos legais, favorece a continuidade de cuidados, permite a monitorização da qualidade dos cuidados, contribui para a produção de registos, facilita a investigação (histórica e epidemiológica) e otimiza a gestão dos cuidados, através da produção de dados estatísticos e indicadores de qualidade que favorecem a tomada de decisão a vários níveis, nomeadamente, a decisão política no domínio da saúde.

Após reflexão com as tutoras e com os orientadores, a par da consulta e análise da melhor evidência, definimos um conjunto de dados cuja recolha consideramos ser de especial

relevância no âmbito da transição e processo de reconstrução da autonomia. Assim, consideramos ser relevante a colheita de dados relativa à história e diagnóstico da doença; às alterações na condição de saúde com foco na percepção dos défices; à consciencialização percebendo qual o impacto das limitações para a pessoa, o envolvimento e o empenho para a reconstrução da autonomia; às condições facilitadoras da transição nomeadamente o suporte familiar, a atitude/força de vontade, percepção da recuperação e papel dos profissionais e instituições de saúde; às condições inibidoras da transição nomeadamente emoções, estatuto socioeconómico e recursos de saúde e recursos sociais; e a indicadores de processo/resultado, em especial no que concerne a estratégias de adaptação apreendidas e mestria.

Cientes que a prestação de cuidados de enfermagem não se limita apenas aos cuidados às pessoas, mas também deverá abranger a sua unidade familiar apoiando a transição dos membros da família na transição situacional para o exercício do papel de prestador de cuidados que, muitas vezes, tem início aquando a transição saúde-doença da pessoa com doença crónica isto é, a “prestação de cuidados começa quando um familiar é acometido de uma situação crónica, cujo início pode ou não ser insidioso e virtualmente impercetível e que determina que os padrões de vida familiar comecem a ficar irreversivelmente alterados” (Lage, 2007), e de acordo com o objetivo delineado “desenvolver a capacidade de identificação das necessidades dos familiares/cuidadores das pessoas dependentes devido a patologia cerebrovascular”, embora não tantas vezes como gostaríamos, envolvemos os familiares cuidadores no processo terapêutico das pessoas, implementando terapêuticas de enfermagem no sentido de capacitar e desenvolver competências num dos membros da família para poder tomar conta do seu familiar dependente.

Sabemos, ainda, que aspetos como o conhecimento, a capacidade, o significado pessoal, as crenças e as atitudes, o *status* socioeconómico, os recursos comunitários e sociais, podem funcionar como facilitadores ou dificultadores do processo de transição (Meleis, 2000), e que, de acordo com o modelo transacional das habilidades do cuidador familiar, o papel assumido ocorre em resposta a uma doença e engloba múltiplos processos cognitivos, comportamentais e interpessoais, sendo que cada um destes processos tem manifestações ou subprocessos relativamente observáveis (Shumacher et al., 2006). De acordo com Schumacher (1995; 2000) como citado em Petronilho (2013), a aquisição do papel de prestador de cuidados é um foco dos cuidados de enfermagem, quer no contexto de preparação da alta clínica hospitalar, quer nos cuidados no domicílio, ou mesmo, em ambiente de ambulatório. (Petronilho F., 2013). Assim, devem ser implementadas terapêuticas de enfermagem focalizadas no apoio e na mestria dos familiares cuidadores na realização das atividades de tomar conta de forma a facilitar o processo de aquisição do papel de prestador de cuidados. Para guiar este processo de capacitação, orientando e uniformizando as práticas, e de forma a facilitar o desenvolvimento desta competência, foi elaborado, em conjunto com as enfermeiras tutoras e baseando-nos na melhor evidência, uma *check-list* para o processo de capacitação da pessoa e familiar/cuidador

(Anexo I). A evidência encontrada permitiu-nos aprimorar as nossas habilidades do que concerne ao processo de transição situacional do familiar cuidador, alertando-nos para a necessidade do desenvolvimento de um conjunto de competências amplamente influenciadas pela iniciativa, responsabilidade e autonomia do mesmo podendo estas competências ser agrupadas em três categorias: informação, mestria e suporte (Sequeira, 2010). A informação está relacionada com o saber, isto é, como aprender, como adquirir e/ou como desenvolver o conhecimento. A mestria associa-se à habilidade instrumental isto é o saber fazer. Já o suporte remete-nos para o saber ser centrado no desenvolvimento pessoal do próprio cuidador, desenvolvimento de estratégias de *coping* e está relacionado a percepção de autoeficácia relativamente às estratégias de *coping* utilizadas (Meleis, 2010; Petronilho, 2013; Sequeira, 2010).

Durante o nosso estágio de ensino clínico, constatamos que a assunção do papel de prestador de cuidados é, muitas vezes, simultânea à transição saúde-doença da pessoa dependente, sendo, neste contexto, repentina e envolvendo mudanças nos padrões de comportamentos, nas expectativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades e a reorganização de papéis (esposa/mãe/filha/cuidadora). Verificamos, ainda, que é do núcleo familiar que emerge o cuidador informal que, de acordo com Sequeira (2010) se define como “aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados”. Assim, sempre que possível, capacitamos os familiares cuidadores para a promoção do cuidado à pessoa dependente, ensinando, instruindo e treinando estratégias adaptativas para o autocuidado; para a gestão do regime terapêutico implementado intervenções como ensinar e assistir o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico medicamentoso, dietético e de exercício físico; e para a prevenção de complicações, com especial foco nos cuidados relacionados com a alimentação e hidratação de pessoas com deglutição comprometida e na prevenção de quedas.

Contudo, apesar de termos implementado de terapêuticas de enfermagem que permitam antecipar o suporte necessário para as famílias, através da demonstração de disponibilidade profissional, em tempo útil; promover a coesão familiar através da consciencialização e do envolvimento dos familiares cuidadores na transição; identificar e dar um melhor sentido ao “significado pessoal” atribuído pelos familiares cuidadores ao exercício do papel de cuidador; aumentar o nível de conhecimentos e habilidades sobre os cuidados a assegurar; apoiar as famílias nas decisões, sobretudo, as que envolvem maior complexidade nos cuidados a assegurar; promover a utilização de equipamentos adaptativos e apresentar os recursos na comunidade, facilitadores da reconstrução da autonomia da pessoa e do exercício do papel de prestadores de cuidados, tal como preconizado por Petronilho (2013), verificamos que quase a totalidade das pessoas dependentes não regressa a casa após evento agudo gerador de dependência sendo os destinos mais frequente, após a alta clínica hospitalar, uma das tipologias

de internamento da RNCCI ou centro especializado de reabilitação, no caso de necessidade de cuidados em saúde, ou ERPI, no caso de necessidades exclusivamente sociais.

Ao longo do estágio, em conjunto com as enfermeiras tutoras e professores orientadores, refletimos sobre o cuidar em Portugal já que devido ao envelhecimento da população graças à diminuição da taxa de natalidade e mortalidade e ao aumento da esperança média de vida associada a melhores condições socioeconómicas, salubridade e avanços dos processos terapêuticos, o aumento da prevalência das doenças crónicas tem um impacto significativo nas necessidades em cuidados de saúde das populações, nos sistema de saúde, social e económico do país verificando-se que existe um grande número de pessoas com dependência no autocuidado. Apesar das crescentes necessidades, as respostas de saúde e sociais são escassas e distribuídas de forma assimétrica no país, num sistema de saúde ainda muito focado apenas nas necessidades associadas ao diagnóstico e tratamento das doenças, num modelo hospitalocêntrico, verificando-se, também, constrangimentos na alocação de utentes nas tipologias da RNCCI, devido à falta de vagas e ocupação das existentes com pessoas com necessidades exclusivamente sociais, conduzindo à contratualização de camas de retaguarda, em unidades exteriores ao hospital de agudos, para internar as pessoas que aguardam vaga na RNCCI ou casos de pessoas que aguardam resolução social.

De acordo com o projeto *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), 70% dos cuidados informais em Portugal são prestados, diariamente, por mulheres com mais de 50 anos (OCDE, 2019) e segundo um estudo de Barbosa et al. (2020), estima-se que Portugal é o país da Europa com maior percentagem de cuidadores com mais de 50 anos que vivem em coabitação. Face a esta realidade, vários países europeus têm adotado políticas de apoio aos cuidadores informais (estatuto cuidador informal principal e estatuto de cuidador informal não principal aprovado em julho de 2019, entre outras) de forma a contornar as saídas precoces do mercado de trabalho, o absentismo, a institucionalização, as desigualdades de género e socioeconómicas e a permitir, sempre que possível, uma conciliação entre a vida familiar e laboral.

Realizamos, ainda, entrevistas informais aos familiares cuidadores para aferir os seus principais problemas. Emergiram algumas categorias: necessidade de saída do mercado de trabalho para assumir os cuidados em modo integral ao familiar dependente; acesso escasso ao sistema de cuidados no âmbito social e/ou de saúde, nomeadamente no que concerne a acesso a equipas de cuidados domiciliários, equipas de cuidados paliativos na comunidade, estruturas residenciais para idosos, unidades para descanso do prestador de cuidados (ULDM da RNCCI), devido à assimetria da localização das vagas, à inexistência das mesmas ou à ausência de critérios de referenciação; demora na marcação de consulta de prescrição de produtos de apoio, ao abrigo do sistema de apoio à prescrição de produtos de apoio (SAPA), e no financiamento dos mesmos pela segurança social; dificuldades económicas; falta de condições na habitação para receber a pessoa dependente e pressão dos serviços assistenciais no sentido da alta precoce sem estarem reunidas as condições para receção da pessoa dependente. Neste âmbito,

consideramos fundamental a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica reconhecendo as necessidades de intervenção especializada da pessoa e familiares cuidadores no âmbito da estabilização, manutenção, prevenção de complicações, recuperação, reconstrução da autonomia e adaptação à doença crónica; envolvendo a pessoa e familiares cuidadores no processo de cuidar e no projeto de saúde, privilegiando a independência, o bem-estar, a qualidade de vida e o conforto, empoderando e apoiando a pessoa e familiares cuidadores no processo de transição e adaptação saúde -doença e dependência-independência ativando e mobilizando os recursos da equipa multidisciplinar, em contexto de internamento ou comunitário.

Comunicação com pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores

Na mesma lógica da aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, definimos o objectivo dois que consiste no “desenvolvimento de competências da comunicação clínica com pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores”. Assim, procuramos estabelecer uma comunicação clínica terapêutica, desenvolvendo as nossas capacidades de comunicar com as pessoas com patologia cerebrovascular comumente afetadas pela disartria, afasia e défices cognitivos, obtendo um efeito potencialmente terapêutico no processo de recuperação das pessoas com as pessoas, implementada sempre que seja necessário avaliar uma situação, realizar uma intervenção, documentar os cuidados prestados, planear os próximos contactos partilhar experiências clínicas entre a equipa multidisciplinar (Sequeira, 2016).

Pela especificidade da comunicação com pessoas com patologia cerebrovascular, especialmente no que concerne a pessoas com afasia, realizamos um resumo conceptual, com base numa pesquisa exploratória com recurso às principais bases de dados em saúde, que aborda conceitos gerais sobre a comunicação, tipos de afasia e técnicas para estimular a comunicação verbal e permitiu a consolidação e aquisição de novos conhecimentos e competências (Anexo I). Esta pesquisa permitiu-nos, ainda, compilar a evidência existente acerca de estratégias facilitadoras da comunicação a privilegiar com pessoas com patologia cerebrovascular, que utilizamos quantas vezes quanto possível, tendo também sido fundamental no processo de capacitação dos familiares cuidadores para a comunicação com a pessoa com comunicação comprometida.

Intervenção especializada no domínio dos processos corporais, da ação e da autogestão do regime terapêutico da pessoa com patologia cerebrovascular, após evento agudo gerador de dependência, e do seu familiar/cuidador

Também o autocuidado e a autogestão do regime terapêutico; a facilitação do processo de transição da pessoa, após evento agudo gerador de dependência por patologia cerebrovascular; o processo de reconstrução da autonomia; a adesão ao regime terapêutico; modificáveis; a prevenção de acidentes (e.g. quedas) e a prevenção secundária dos AVC's, através da modificação de fatores de risco, foram englobados no nosso processo de desenvolvimento de

competências. Deste modo, definimos o objectivo três que consiste no "desenvolvimento de competências de intervenção especializada no domínio dos processos corporais, do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico da pessoa com patologia cerebrovascular, após evento agudo gerador de dependência, e do familiar/cuidador". Assim, no sentido de desenvolver competências de intervenção especializada no domínio dos processos corporais, do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico da pessoa com patologia cerebrovascular, após evento agudo gerador de dependência, e do familiar/ cuidador partimos da realização de revisão da literatura. A evidência encontrada, permitiu-nos olhar para o caso clínico de uma forma diferente, imbuído de um conjunto de conhecimentos que deram suporte à escolha dos domínios e das nossas intervenções.

No âmbito da promoção da autonomia , tal como evidenciado no estudo de caso apresentado, numa primeira fase avaliamos o comprometimento no autocuidado, através da Escala de Barthel, escala validada para a população portuguesa desde 2007, que permite aferir o nível de assistência que as pessoas necessitam essencialmente em três domínios mobilidade, autocuidado e eliminação. Esta avaliação, além de direccionar a prática e sustentar a tomada de decisão, também permite à pessoa confrontar-se com as suas reais limitações e ter a noção dos seus progressos, promovendo a consciencialização face às mudanças que ocorreram (Brito, 2012). Numa segunda fase, optamos por promover o envolvimento e a confiança da pessoa, empoderando-a de forma a adquirir a percepção que controla e é parte ativa do seu projeto de saúde, isto é, do seu processo de reconstrução da autonomia e na prevenção secundário do AVC. O empoderamento é conseguido através de intervenções educacionais estruturadas, multidimensionais e sistematizadas junto das pessoas, capacitando-as e aumentando a literacia em saúde, de forma a favorecer a tomada de decisão e a participação efetiva no projeto de saúde. Desta forma, ao longo do nosso estágio fomos envolvendo os utentes no seu autocuidado (e.g. higiene, arranjo pessoal, vestuário), implementando intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas e utilização de produtos de apoio de forma a atingir um máximo de promoção da autonomia nos vários domínios do autocuidado, de forma individualizada e adaptada as necessidades dos utentes (Hoeman, 2008; Ribeiro, 2021).

No que concerne às terapêuticas de enfermagem promotoras da transição saudável implementadas durante o estágio salientamos as relacionadas com a promoção da consciencialização, propriedade essencial da transição, já que para a pessoa evoluir para uma transição saudável, necessita de perceber e reconhecer a experiência de transição, perceber as suas necessidades e vulnerabilidades, de forma a envolver-se, ativamente, no seu processo de reconstrução da autonomia. Entre elas salientamos a avaliação do nível de dependência; a identificação do tipo de percurso de reconstrução da autonomia possível; a identificação em conjunto com a pessoa das mudanças e das diferenças percebidas; a facilitação da tomada de decisões, enquanto fonte de informação; a identificação antecipada das necessidades do domicílio (alterações na disposição de mobiliário, colocação de barras de apoio ou retirada de

tapetes, entre outras) ou de um cuidador informal; o desenvolvimento de competências de autocuidado, através do ensino de estratégias de adaptativas e/ou do uso de produtos de apoio (Almeida, 2009; Brito, 2012; Meleis, 2012; Pryor, 2009; Ribeiro et al., 2014). Pudemos, ainda, iniciar terapêuticas de enfermagem que visam a substituição dos défices, durante o nosso estágio, implementamos intervenções no âmbito do executar (alimentar por PEG/SNG, trocar fralda, executar técnica de mobilização passiva/ativa, dar banho, entre outras) de forma a garantir as necessidades de autocuidado que não possam ser realizadas pelo próprio.

Ao longo desta imersão na prática, especialmente durante o estágio no serviço de Neurologia, pudemos constatar, em linha com a evidência existente, que a perceção das mudanças, por parte da pessoa, vai sendo progressiva à medida que se apercebe do compromisso dos processos corporais (parésia, função motora fina comprometida, equilíbrio dinâmico e/ou estático comprometido, sensibilidade comprometida, comunicação expressiva e/ou recetiva comprometida) e da ação (autocuidado) e que o compromisso nos processos corporais dificulta o autocuidado: “a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as atividades destinadas aos objetivos de autocuidado” (Orem, 2001, p.46). Esse fato é corroborado por Brito (2012), que apresenta o “dar tempo” como uma terapêutica de primordial importância para a consciencialização da pessoa em relação ao que mudou e ao que vai ficar diferente; só nesta altura é que fará sentido avançar para terapêuticas centradas na promoção do máximo potencial de autonomia, nomeadamente o desenvolvimento de competências relacionadas com o autocuidado e domínio de estratégias adaptativas.

De acordo com Meleis et al. (2000), o fim da transição é atingido quando a pessoa desenvolve os comportamentos necessários e adequados para lidar com as novas circunstâncias relacionada com o seu estado de saúde, atingindo a mestria desenvolvida com base na incorporação de novas capacidades e conhecimentos que asseguram o desempenho adequado dos novos papéis. O processo de transição saudável pressupõe, ainda, uma reformulação da identidade, através da reorganização da sua vida e integração da sua nova identidade, de uma forma fluída, assumindo as responsabilidades e as competências inerentes ao desempenho do novo papel decorrente do seu nível de dependência, doenças crónicas de que padece e do seu tratamento, sendo, portanto, fundamental o papel dos enfermeiros com foque no processo de capacitação da pessoa e do familiar cuidador, necessário para a aquisição de conhecimentos e habilidades facilitadores do processo de reconstrução de autonomia e autogestão das doenças de que padece.

Segundo Bastos (2015), face à complexidade do regime terapêutico, como no caso da pessoa a quem reporta o nosso caso clínico que possui duas doenças crónicas e todas as comorbidades associadas, o foco de atenção dos profissionais de saúde deve englobar os fatores de vulnerabilidade e resiliência individual, no sentido de facilitar a vivência de uma transição

saudável e de promover o desenvolvimento da capacitação para a autogestão. A autogestão é um processo dinâmico através do qual a pessoa, em conjunto com a família, comunidade e profissionais de saúde gere, ativamente, os sintomas, tratamentos, mudanças nos estilos de vida e as consequências psicossociais, culturais e espirituais das condições de saúde, particularmente doenças crónicas (Richard & Shea, 2011; Schulman-Green et al., 2012). Lorig (2020) define-a como o uso de competências (ferramentas) para gerir os desafios de viver com a doença crónica, continuar com as atividades diárias e lidar com as emoções trazidas pela doença. Segundo Richard & Shea, e Riegel & Dickson distingue-se do autocuidado por englobar os comportamentos de estilo de vida saudáveis empreendidos por indivíduos para um crescimento e desenvolvimento ideais, ou as estratégias preventivas realizadas para promover ou manter a saúde (Schulman-Green et al., 2012).

Numa metasíntese, em 2011, Schulman-Green et al., identificam três categorias no processo de autogestão: o foco nas necessidades da doença (dominar as necessidades das doenças crónicas aprendendo sobre a doença, o que ela impõe, o regime terapêutico consciencializando-se das necessidades em saúde), a ativação de recursos (recursos de saúde, recursos psicológicos, recursos espirituais, recursos sociais e recursos comunitários) e viver/lidar com uma doença crónica (processamento de emoções, ajustamento à doença e ao “novo” eu; integração da doença na vida diária; procura de novos significados implicando um processo de reconstrução e crescimento pessoal). Por conseguinte, optamos por implementar terapêuticas de enfermagem dirigidas à capacitação para a autogestão do seu regime terapêutico avaliando os fatores de vulnerabilidade e resiliência individual trabalhando, ainda, os significados em relação ao regime terapêutico farmacológico conscientes que este é ainda o início de um caminho. Futuramente, será necessitar capacitar a pessoa para o regime dietético e de exercício físico pois consideramos que, durante o nosso estágio, devido ao fato de o utente ser alimentado por sonda nasojejunal e dieta comercial líquida e estar no início do processo de reabilitação com défices ainda muito incapacitantes no que concerne à mobilidade, não era o momento para intervir.

No que concerne à prevenção secundária, sabemos que medidas de prevenção secundária têm o potencial de reduzir em 80% o número de sobreviventes de AVC que têm novos AVC sendo que o risco de recorrência de AVC é de 25%, aos 5 anos, e de 40% aos 10 anos. A prevenção secundária pode minimizar os fatores de risco modificáveis (HTA, DM; FA; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; ingestão alcoólica excessiva, dieta, entre outros) promovendo a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (Hall P. et al., 2024; Wang, et al., 2025). Deste modo, dirigimos terapêuticas de enfermagem direcionadas ao aumento do conhecimento relacionado com as doenças crónicas, especialmente a hipertensão arterial e diabetes Mellitus, abordando temas como o regime terapêutico, a importância da monitorização e gestão de sintomas, efeitos secundários dos fármacos, e à consciencialização relativamente à necessidade de cumprir um regime terapêutico farmacológico, comportamentos de autovigilância dando

iniciou ao processo de capacitação para a necessidade de incorporação de necessidades de autogestão até à mestria.

Ao longo no nosso estágio, orientados pelo modelo de Backman e Hentinen (1999) acerca do “perfil de autocuidado” pela sua notória influência no processo de reconstrução de autonomia e no autocuidado/autogestão da doença crónica, procuramos que as terapêuticas de enfermagem implementadas fossem direcionadas ao perfil de autocuidado de cada pessoa, tendo em consideração a sua história de vida, personalidade, as experiências com a saúde e a sua opinião e atitude face ao envelhecimento, dando resposta às reais necessidades e promovendo a individualização e uma prática centrada na pessoa.

Preparação e planificação da alta hospitalar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular

Seguidamente, de forma a maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, outra das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica, garantido, sempre as necessidades em cuidados em saúde da pessoa e a continuidade de cuidados, definimos o objetivo quatro “desenvolver competências na preparação e planificação da alta hospitalar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular” focado no desenvolvimento de competências na preparação e planificação atempada da alta hospitalar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular.

A preparação da alta hospitalar, por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de assistência bem estruturado, personalizado, com continuidade e sistematização, poderá contribuir para uma maior satisfação das pessoas com o tipo de suporte percebido e, deste modo, levar a uma maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado, com um contributo significativo para a diminuição das taxas de readmissão hospitalar (Batista, 2013). Ao longo do nosso estágio de ensino clínico deparemos-nos com diversas situações de pessoas que, face ao seu grau de dependência funcional e necessidade de continuidade de cuidados de saúde, aquando a alta clínica hospitalar são referenciadas para uma das tipologias da RNCCI.

A RNCCI tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de um episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agudizações da doença crónica tendo sempre em vista a recuperação global da pessoa, a promoção da sua reabilitação, da sua autonomia e da maximização da sua funcionalidade, com vista à sua reintegração sociofamiliar. Apesar de um progressivo aumento do número de vagas, nas diferentes tipologias da RNCCI, verifica-se a existência de listas de espera, em especial para algumas tipologias de cuidados, assimetrias regionais na distribuição das vagas e a institucionalização das pessoas dependentes no autocuidado na RNCCI, por

ausência de respostas sociais (Fonseca-Teixeira et al., 2020).

Assim, durante o nosso estágio na EGA, foi possível acompanhar o percurso das pessoas internadas naquela ULS cuja equipa assistencial identificou a necessidade de cuidados continuados integrados, sinalizando-as à EGA de forma a iniciar a sua referência para a RNCCI. A EGA poderá, então, referenciar as pessoas que, pelo seu nível de dependência funcional ou pelo tipo e complexidade dos cuidados que necessitam, não têm condições de retornar ao domicílio em segurança, necessitando, portanto, de cuidados continuados integrados em regime de ambulatório (Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários - ECCI) ou de internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção) das valências da RNCCI Geral, RNCCI Pediátrica, RNCCI de Saúde Mental e Psiquiatria, e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) garantindo a continuidade e adequação dos cuidados às pessoas (Figura 3).

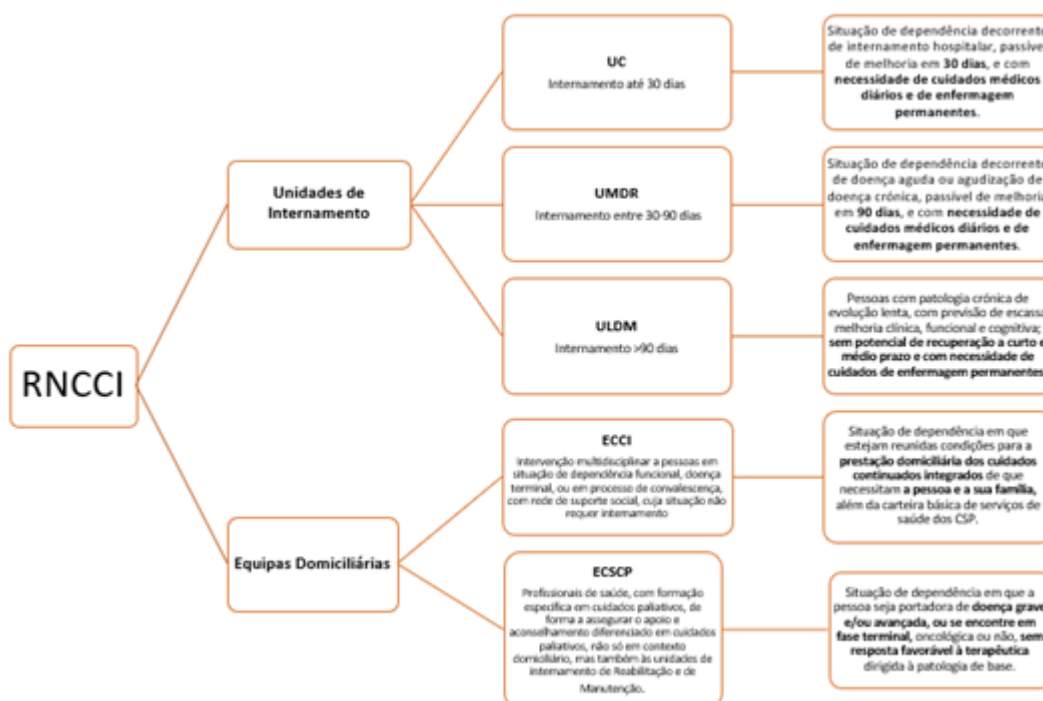


Figura 3- Representação esquemática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

No caso das pessoas em situação de dependência, sem necessidade de cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde e que não reúnam critérios para ingresso em nenhuma das tipologias da RNCCCCI são equacionadas soluções como ERPI (Estrutura Residencial para Idosos), alta para domicílio com apoio de SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) ou apoio da USF (Unidade de Saúde Familiar), sempre em articulação com a pessoa, familiar/cuidador e equipa assistencial.

No que concerne aos critérios de decisão para fundamentar a decisão acerca do melhor local para continuidade de cuidados, salientamos aspetos centrados na dependência da pessoa, no

seu potencial de recuperação da autonomia e complexidade e periodicidade dos cuidados de saúde; aspetos relacionados com a família (e.g. existência de familiar cuidador, necessidade de capacitação, condições habitacionais e económicas); aspetos sociais/comunitários (informação sobre os direitos sociais, produtos de apoio e cuidador formal) e aspetos relacionados com os serviços de saúde (Petronilho et al., 2014)

O conhecimento desenvolvido, ao longo estágio, acerca dos vários locais para a continuidade de cuidados, dos critérios de inclusão (pessoas dependentes, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas como desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais; pessoas com episódios frequentes de agudização das doenças crónicas e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longos; pessoas com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado; pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos; necessidade de capacitação dos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio); dos critérios de exclusão (pessoa com episódio de doença em fase aguda; pessoa que necessite exclusivamente de apoio social; pessoa cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico; pessoa cujo regime terapêutico inclua antibióticos/antifúngicos de uso exclusivo hospitalar; pessoa com tuberculose pulmonar em fase bacilífera) e das várias tipologias da RNCCI permitiu desenvolver a tomada de decisão acerca do melhor local para garantir a continuidade de cuidados.

Pudemos, ainda, em conjunto com a enfermeira tutora desenvolver competências relacionadas com a validação e análise do processo de referenciação para a RNCCI (Figura 4), cuja realização e preenchimento dos itens no sistema de informação da RNCCI é da responsabilidade da equipa assistencial (Médico, Enfermeiro e Assistente Social) do serviço em que as pessoas se encontram internadas. Para o procedimento de referenciação estar concluído, é necessário que estejam preenchidos os seguintes campos: avaliação de enfermagem (parâmetros vitais; parâmetros biofísicos; escala de Braden; escala de Morse; tabela de funcionalidade; objetivos para integração na tipologia; necessidade de cuidados de enfermagem após a alta e vigilância diabetes, se pessoa diabética); avaliação médica (diagnóstico principal e secundários, história clínica incluindo antecedentes pessoais, história da doença atual; evolução no internamento; clínica atual; necessidades em cuidados médicos; dieta e terapêutica proposta com posologia); avaliação social (agregado familiar, contactos privilegiados) e avaliação de fisioterapia, se o objetivo da referenciação for ingresso em programa de reabilitação nas UC, UMDR ou ECCI.

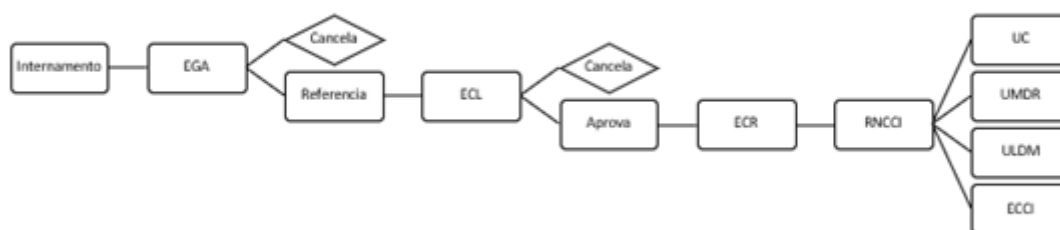


Figura 4- Representação esquemática do processo de referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A EGA onde decorreu o nosso estágio, tal como já referimos, tem acesso a novos pedidos de referência através da consulta do sistema de informação da RNCCI (GestCare®). Posteriormente, através da consulta dos registos do processo clínico da pessoa, reuniões de serviço c/equipa multidisciplinar, reuniões familiares e visita presencial à pessoa procura, em articulação com a equipa assistencial decidir qual o melhor destino para a pessoa (RNCCI, ERPI, SAD, ECCI), garantindo sempre as necessidades em cuidados de saúde, e adequando-as aos critérios de admissão a cada uma das tipologias. Terminado este processo é validada a tipologia proposta e a EGA propõe à ECL (Equipa Coordenadora Local) o tipo de unidade mais adequado. Entre o processo de referência e colocação da pessoa numa das tipologias da RNCCI decorre um período de tempo de cerca de oito dias para colocação numa UC, cinco semanas para UMDR, duas semanas para ULDM e uma semana para ECCI, dependendo do objectivo de referência.

Deste modo, torna-se de especial relevância que, no momento de colocação da pessoa numa das tipologias, verificar se reúne condições de alta clínica hospitalar, mantêm os critérios de ingresso para a tipologia; atualizar as informações no aplicativo da RNCCI; realizar a conciliação terapêutica assegurando o acesso a fármacos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar (e.g. antineoplásicos, antirretrovirais); garantir o acesso a dispositivos médicos (aspirador de secreções, *cough assist*, dispositivo de ventilação não invasiva ou "*Continuous Positive Airway Pressure*", ...) e a continuidade de terapêuticas de substituição (e.g. hemodiálise); validar o tipo de isolamento, no caso da pessoa estar colonizada por microrganismos epidemiologicamente importantes (MEI). É, também, fundamental assegurar que, no momento da alta, é realizada uma eficaz transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, garantido a segurança do utente e a continuidade dos cuidados.

Ao longo do estágio, foram, portanto desenvolvidas competências relacionadas com o planeamento da alta clínica hospitalar, tendo sido várias as oportunidades de participação em reuniões multidisciplinares (serviço de Medicina e do serviço de Neurologia) para discussão e análise dos casos das pessoas internadas nos serviços há mais de 12 dias; participação em reuniões e conferências familiares para gestão de expectativas, planeamento/gestão da alta

complexa e esclarecimento de dúvidas relacionadas com o processo de referenciação e funcionamento da RNCCI. Desenvolvemos, ainda, competências no que concerne ao processo de referenciação graças à participação nas reuniões multidisciplinares da EGA para discussão dos processos das pessoas referenciadas; análise documental dos itens constantes no sistema de informação da RNCCI; confrontação da evidência documental (SCLinico®) com a avaliação presencial das pessoas; realização da conciliação terapêutica e verificação da manutenção dos critérios de ingresso, aquando a atribuição de vaga na RNCCI; atualização das informações no sistema de informação da RNCCI; garantia do acesso a dispositivos médicos e continuidade de terapêuticas de substituição, mobilizando, entre outros, conhecimentos de anatomofisiopatologia, farmacologia, avaliação das necessidades de cuidados em saúde das pessoas internadas quer nas áreas médicas quer nas áreas cirúrgicas.

Com o intuito de perceber o funcionamento da EGA, explorar e caracterizar o percurso da pessoa desde a referenciação à EGA até a colocação e ingresso numa das tipologias da RNCCI e perceber as dinâmicas da relação EGA vs serviços referenciadores, consideramos relevante a obtenção da opinião de peritos entrevistando a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a desempenhar funções na EGA (Anexo I). De relevante, salientamos o facto do principal motivo pelo qual os serviços referenciam não ser a necessidade de continuidade de cuidados de saúde ou a sua complexidade, mas sim a ausência de suporte familiar e a inexistência de um cuidador seja ele formal ou informal. Tal facto deve-se à inexistência de respostas sociais, especialmente as de carácter social, e uma ineficaz preparação atempada da alta hospitalar. Consideramos que, num panorama atual de envelhecimento populacional, alta prevalência de doenças crónica, multipatologias, dependência grave no autocuidado e ineficaz autogestão do regime terapêutico, é necessário desenvolver sinergias adequando o melhor local para a continuação de cuidados em função das necessidades e complexidade de cuidados; do grau de autonomia da pessoa; da sua vontade respeitando, sempre que possível, o direito à autodeterminação, e a capacidade de reabilitação funcional. Do outro lado da medalha, é imperioso ter presente a máxima que alguns cuidados, especialmente pela sua intensidade e complexidade são de exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros, não sendo de forma alguma capacitar os familiares cuidadores para tal.

Ao longo do estágio, tivemos, ainda, diversas oportunidades de auxiliar os profissionais dos serviços assistenciais no processo de referenciação. Da nossa reflexão, em conjunto com a enfermeira tutora, surgiu a necessidade de execução de um procedimento institucional para a referenciação (Anexo I) já que constatamos que, muitos profissionais, não dominam o sistema de informação da RNCCI nem os itens necessários para o seu preenchimento; não há integridade referencial com a informação constante o SCLinico®; a informação não é colocada atempadamente no sistema de informação da RNCCI; existem incongruências entre a informação dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, fisiatra) relativas sobretudo ao estado clínico, necessidades em cuidados de saúde e potencial de colaboração/reabilitação. Estes constrangimentos e dificuldades podem condicionar e atrasar o acesso das pessoas à

RNCCI, protelando as altas hospitalares.

Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos

De forma a aprofundar conhecimentos ao nível do controlo de infeção desenvolvendo competências na área de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos, delineamos o objetivo número cinco "melhorar competências na área da prevenção da infeção e contaminação associadas aos cuidados de saúde por microrganismos epidemiologicamente significativos, resistentes aos antimicrobianos". Para tal, executamos algumas atividades, nomeadamente a consulta dos protocolos e instruções de trabalho da instituição relativas à prevenção da infeção e da contaminação por MEI; a participação em formações e congressos subordinados a este tema (Anexo II) e a consulta da melhor evidência existente, e optamos por acompanhar os enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica do serviço UL-PPCIRA da unidade hospitalar onde decorreu o nosso estágio.

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), a par do aumento da resistência aos antimicrobianos, são problemas reais e com crescente expressão mundial. As IACS são consideradas, pela OMS, uma «epidemia silenciosa». Assim, face à sua prevalência e consequências amplamente descritas, para as pessoas, instituições e sociedade, a sua minimização têm sido o foco atenção de diversas entidades de saúde nacionais e internacionais, como a Direção-Geral da Saúde (DGS), o *European Centre for Disease Prevention and Control*, o *Centers for Disease Control and Prevention* e a OMS. Consideramos, portanto, fundamental o desenvolvimento de competências nesta área liderando o “desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, p.19369), de forma a reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, a promover o uso sensato de antimicrobianos e a diminuir a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Tal será passível de ser atingido através da conceção de intervenções de melhoria contínua da qualidade, educativas e comportamentais, em linha com os objetivos do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Despacho nº10901/2022). O programa descrito está estruturado em três níveis de atuação: central, regional (UR-PPCIRA) e local (UL-PPCIRA). Durante o nosso estágio, tivemos a oportunidade de realizar três turnos na UL-PPCIRA, uma comissão de apoio técnico que integra três enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária, uma enfermeira gestora e um diretor médico.

Durante o nosso tempo de permanência na UL-PPCIRA, foi-nos possível acompanhar os enfermeiros especialistas na vigilância diária dos microrganismos epidemiologicamente importantes (MEI) que consiste na identificação e sinalização diária dos utentes internados

portadores de MEI. Pudemos, ainda, participar na avaliação da implementação e do ajuste de medidas de controlo, garantindo o as práticas de controlo de infeção e uma correta alocação das pessoas nos serviços, através do registo numa base de dados construída para o efeito que permite a monitorização dos MEI, permitindo ter uma perceção imediata do tipo de MEI e do tipo de isolamento associado, facilitando a análise dos novos casos de portadores (colonização) e de infeção. A sinalização das pessoas portadoras de MEI é realizada através de notificação no sistema de sinalização HEPIC®, após resultado laboratorial no sistema de informação E-Results®. O HEPIC® é uma ferramenta informática que permite a monitorização e produção de dados dos processos de vigilância epidemiológica das práticas dos cuidados e das IACS. Apesar das suas enormes potencialidades, verificamos que existem algumas falhas no envio da notificação do alerta dos MEI, falhas essas que não estão relacionadas com a UL-PPCIRA, mas condicionam a utilização da ferramenta levando análises incompletas do panorama epidemiológico da ULS. São pessoas em vigilância diária, por serem portadores de MEI, as pessoas com KPC, Nova Deli, Oxa-48, VIM, SARS-CoV-2, *Clostridioides difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, gripe A, MRSA, Vírus Sincial Respiratório e pessoas com isolamento protector. Esta vigilância diária implica a articulação com a Equipa de Gestão de Camas, de forma a otimizar a alocação dos doentes portadores de MEI em locais que minimizem o risco, e com os serviços assistenciais de forma a garantir a adoção das precauções básicas para controlo de infeção (PBCI) necessárias para a quebra da cadeia de transmissão.

Foi, ainda, possível, assistir a reuniões periódicas nos serviços relacionadas com o programa STOP infeção Hospitalar 2.0 em que foram debatidas questões relacionadas com a adesão à higienização das mãos e a necessidade de envolver todos os profissionais de saúde (médicos, técnicos auxiliares de saúde, enfermeiros, terapeutas) nesse processo; a incidência de infeções associadas ao cateter vesical, a necessidade de cumprimento de todas as intervenções da *bundle* da prevenção de infeção associada ao cateter urinário e análise do quadro Kamishibai criado para o controlo do processo de inserção, manutenção e remoção do cateter urinário.

Pudemos, ainda, assistir a uma formação realizada pelos elos dinamizadores da PPCCIRA de um serviço de medicina da ULS onde decorreu o nosso estágio, relativa à prevenção de infeção associada ao cateter urinário e participar na execução de uma ação de formação para enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, subordinada ao mesmo tema, após ter sido instaurada uma ação corretiva/oportunidade de melhoria, evidenciado assim o papel pró-ativo do enfermeiro especialista no controlo de infeção. A realização destas atividades, fundamentou uma reflexão acerca da prática diária relativa à inserção, manutenção e remoção do cateter urinário. Posteriormente, consultámos os protocolos e instruções de trabalho da ULS acerca do controlo de infeção do cateter urinário, analisando os de acordo com a evidência científica mais recente e o enunciado da Direção-Geral de Saúde (2022) "Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Urinário" cientes que, em Portugal, cerca de 12-16% dos adultos hospitalizados são algaliados durante o internamento, a infeção do trato

urinário associada ao cateter urinário é um dos motivos mais frequentes de IACS e que a presença do mesmo aumenta o risco de desenvolver um quadro infeccioso em 5% por cada dia de uso, o que leva a uma estimativa de 100% após os 28 dias (Vicentini et. al., 2024). Em conjunto com as enfermeiras tutoras e após análise do Kamishibai, constatamos que as principais lacunas no cumprimento da norma estão relacionadas com a quebra da assepsia aquando a inserção, a não fixação do cateter vesical, a higiene diária do meato urinário e a manutenção do cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) esvaziando-o sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade. No sentido de colmatar estas lacunas, estão previstas auditorias ao cumprimento do procedimento e momentos formativos, realizados pelos elos de ligação da UL-PPCIRA, dos serviços.

Ainda numa lógica de reflexão sobre a prática e incorporação da melhor evidência disponível na prática diária, refletimos, em conjunto com as enfermeiras tutoras, acerca da infeção associada ao cateter venoso periférico e ao cateter venoso central, aos cuidados à pessoa com traqueostomia e à prevenção de complicações na pessoa com deglutição comprometida, cientes do papel do enfermeiro especialista na prevenção de infeção, complicações e capacitação da pessoa e familiar cuidador, e na educação de pares. Mais uma vez, confrontamos as normas, procedimentos e instruções de trabalho existentes na ULS, com a melhor evidência disponível e as normas da Direção-Geral de Saúde ("Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central" e "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação") verificando algumas incongruências na prática sendo, portanto, necessário ajustar e auditar as práticas, proporcionar momentos de formação e de reflexão de forma a reduzir a taxa de IACS e a ocorrência de complicações, garantindo, por conseguinte, cuidados seguros e de qualidade. As revisões narrativas efetuadas foram apresentadas em reuniões científicas sob a forma de e-poster (Anexo II).

Ao longo do nosso estágio, foi ainda possível fomentar a adesão das pessoas e seus familiares cuidadores, tal como evidenciado no estudo de caso, para o cumprimento das medidas de controlo de infeção e prevenção da contaminação, para a prevenção de complicações e assegurar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos pela UL-PPCIRA, nomeadamente as precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão.

Gestão do risco clínico e risco não clínico

Relativamente ao desenvolvimento de competências na área da gestão do risco clínico e risco não clínico, visando uma cultura de segurança nos vários contextos de atuação, definimos o objetivo número seis - "desenvolver competências no âmbito da gestão do risco clínico e risco não clínico, visando uma cultura de segurança nos vários contextos de atuação" - e planeamos a execução de algumas atividades, promovendo estratégias de prevenção do risco clínico e do risco não clínico.

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma primordial importância, nos últimos anos, tanto para os utilizadores dos sistemas de saúde que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde cuja principal “missão” consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível (Sousa et al., 2010). A implementação de uma cultura de segurança nos serviços é, portanto, a pedra angular para uma estratégia de melhoria contínua dos cuidados, salientando-se a importância da criação de um ambiente de partilha, de reflexão e uma atitude não punitiva em relação ao erro e eventos adversos (Gurkova, et al., 2019). Uma cultura de segurança pressupõe, ainda, que quem gere uma organização, conheça os fatores humanos, organizacionais, técnicos e ambientais que contribuem para a segurança do sistema e que, admitindo que o erro humano existe, reconheça que práticas e um desenho organizacional seguros podem controlar as causas de erros e reduzir muito a ocorrência dos mesmos (Gurkova, et al., 2019; Sousa et al., 2010).

Em Portugal, ao longo de cinco anos, o Plano Nacional de Saúde do Doente (PNSD) promoveu a segurança do utente no SNS com melhorias notórias ao nível da cultura de segurança. A identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança são exemplos de áreas de intervenção. Atualmente, o PNSD 2021-2026 que reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, assenta em cinco pilares essenciais: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. No âmbito deste estágio focamo-nos, especialmente, na comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente e práticas seguras em ambientes seguros.

Deste modo, no sentido de melhorar a comunicação procuramos melhorar a comunicação e a segurança no processo de transição de cuidados e adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e cuidador. Para esse efeito, aprofundamos o nosso conhecimento acerca da técnica ISBAR que promove uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, fomentando a segurança do utente (Direção-Geral de Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde, 2017). Foi-nos, ainda possível, consultar o procedimento de execução da carta de alta institucional e melhorar a execução das mesmas, refletindo sobre a informação relevante para a transição e continuidade de cuidados, cientes que as cartas de alta são um importante instrumento de comunicação entre os diferentes níveis/tipos de cuidados. Nesse âmbito, foi elaborado um documento de trabalho com a informação relevante a constar da nota de alta médica, de enfermagem e social da unidade exterior hospitalar (Anexo I).

No que concerne ao pilar da prevenção e gestão de incidentes de segurança, pudemos acompanhar uma das enfermeiras tutoras, no âmbito das suas funções enquanto gestor local de

risco (GLR), podendo constatar a forma como sensibiliza os seus pares no que concerne à importância da notificação de incidentes de segurança, acompanhando-a, ainda na análise e validação dos incidentes de segurança. De acordo com o Manual de Funções e Responsabilidades do GLR da ULS onde decorreu o nosso estágio, este é um colaborador com competências pessoais e profissionais no âmbito da gestão de risco (clínico e não clínico), nomeado no sentido de garantir o desenvolvimento das melhores práticas clínicas num ambiente de segurança, centrado nos utentes e nos profissionais. A Gestão de Risco Clínico e Não Clínico é um processo dinâmico de primordial importância para eliminar e minimizar ou controlar o risco na instituição e integra diversos componentes como a existência de um sistema de relato de incidentes; a identificação e a avaliação do risco; a monitorização de indicadores de segurança do doente e a auditoria com instrumentos de melhoria contínua (Sheffer et al., 2018). Este processo permite à gestão adotar medidas preventivas e corretivas eficazes e possibilita a definição de prioridades de ação que, efetivamente, promovam a melhoria da segurança das pessoas e dos profissionais.

Para adquirir competências nesta área, optamos por consultar os procedimentos/documentação institucionais relativos à qualidade e segurança dos cuidados e acompanhamos o elo da ligação do serviço da GLR na identificação de situações de risco clínico e não clínico, possíveis causas da sua ocorrência e treinar o seu registo na aplicação HER+ (aplicação hospitalar para registo de incidentes de risco clínico e não clínico). Acompanhamos, ainda, o GLR na gestão informática das notificações de risco clínico do serviço, ou seja, da gestão de tudo o que põe diretamente em causa a segurança da pessoa, tais como incidentes relacionados com o seu diagnóstico, tratamento e seguimento (e.g. erros medicamentosos, infeções, quedas, úlceras de pressão). Por conseguinte, desenvolvemos competências relacionadas com a notificação dos incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem, reconhecendo as principais situações ou procedimentos que possam levar à ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado, fomentando medidas preventivas e, em último caso, corretivas.

Neste nosso contacto com o GLR, identificamos uma elevada incidência de quedas no serviço e uma subnotificação das mesmas. Assim, após consulta do procedimento de prevenção de quedas, a par da análise e síntese da evidência existente acerca dos fatores que levam à ocorrência das quedas e suas consequências, realizamos uma auditoria ao cumprimento do procedimento de prevenção de quedas, com grelha própria, em conjunto com a enfermeira tutora. De seguida, após realização de *brainstorming* com as enfermeiras tutoras e restantes elementos da equipa, surgiu este Diagrama de Espinha de Peixe ou Diagrama de Ishikawa (Figura 5) que sintetiza as principais causas para a ocorrência de quedas do serviço e identifica possíveis áreas de atuação no sentido de as prevenir.

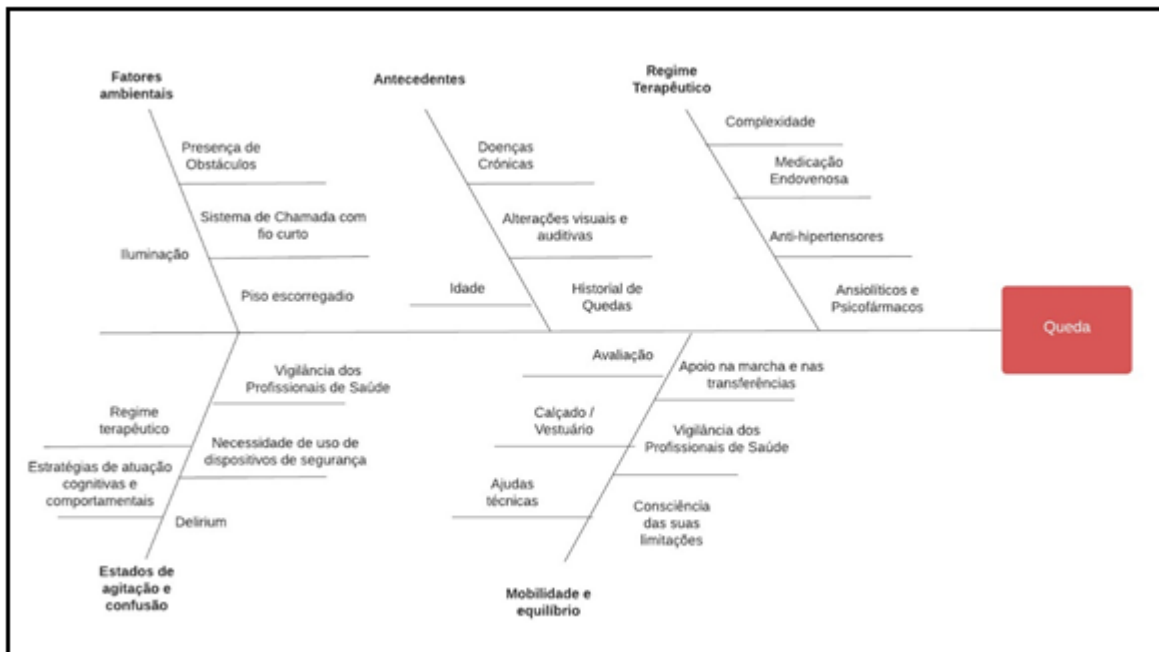


Figura 5- Diagrama Espinha de Peixe relativo às principais causas de quedas

Posto isto, em reflexão com as enfermeiras tutoras, definimos o objetivo de diminuir a taxa de incidência de quedas no serviço e aumentar a sua notificação e, posteriormente, refletimos acerca de estratégias e atividades para atingir esses objetivos como por exemplo: ações de formação para os enfermeiros, ações de formação para os TAS; garantir a identificação inequívoca das pessoas com risco de queda; otimização do espaço físico e utilização de materiais como meias antiderrapantes, cintos pélvicos; reforço da capacitação da pessoas e familiares cuidadores no que concerne à prevenção de queda (Figura 6).



Figura 6 - Fluxograma relativo às estratégias de prevenção de quedas

Por tudo o que foi referido e indo de encontro aos objetivos estratégicos do PNSD, consideramos de especial importância aprofundar competências nesta área pois os enfermeiros, independentemente da sua área de intervenção, têm a responsabilidade de implementar estratégias para a prevenção e redução de quedas, minimizando os fatores intrínsecos e eliminando os fatores extrínsecos sendo para tal fundamental o cumprimento do procedimento institucional de prevenção de quedas, implementando medidas protetoras ou preventivas.

Em contexto hospitalar, a segurança no momento da administração dos medicamentos têm recebido especial destaque pelo impacto nefasto na segurança dos utentes e das organizações. Os erros de medicação, segundo o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, definem-se como quaisquer eventos, passíveis de prevenção, que podem causar ou induzir o uso inadequado de medicamentos, e esses eventos podem estar relacionados com diversos fatores como a prática profissional, produtos, procedimentos e sistemas de saúde, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, rotulagem, embalagem e nomenclatura de produtos, composição, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e uso (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, 2025), são a principal causa de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde e estima-se que, globalmente, o custo associado aos erros de medicação ronde os 42 bilhões de dólares por ano (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis pela preparação e administração de fármacos. Benner et al. (2010) como citado por Abreu et al. (2013) referem que assegurar uma administração de medicação segura, nos serviços de saúde, é um processo complexo que requer muita atenção por parte dos profissionais de saúde, devido aos múltiplos fatores que interferem durante todo o processo desde a preparação até ao momento de administração da terapêutica (Abreu et al., 2013). Assim, face à pertinência deste tema para a qualidade e segurança dos cuidados, indo de encontro ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e o PNSD 2021-2026, em conjunto com a enfermeira tutora, delineamos algumas atividades de forma a aumentar a segurança na utilização da medicação. Optamos por identificar, no armário da medicação, através de sinalética própria, os medicamentos LASA (*Look-Alike - Sound-Alike*) (Anexo I). Estes são fármacos que possuem um nome ortográfico e/ou fonético ou, aspeto semelhante que podem ser confundidos com outros, levando à troca de medicamentos. Os medicamentos que possuem aspeto ou ortografia semelhante são denominados medicamento *Look-Alike*, e os que possuem um nome foneticamente semelhante são denominados com *Sound-Alike* (Direção-Geral de Saúde, 2014).

De salientar que, no serviço onde decorreu o nosso estágio, já existem estratégias de promoção de segurança da medicação nomeadamente a identificação da medicação de alto risco (medicação com risco aumentado de provocar dano significativo cujo erro, embora pouco frequente, pode levar a consequências mais graves para o utente nomeadamente lesões

permanentes ou morte e o aumento dos custos associados a cuidados de saúde ao utente), envolvimento do sistema farmacêutico sendo que medicação que requer diluição ou com necessidade de fracionamento do fármaco bem identificada da farmácia, sistema unidose, existência de uma sala de preparação da medicação com porta e identificação, no processo clínico e na folha de passagem de turno, de toda a pessoa que tenha apresentado no passado ou na atualidade uma reação adversa a um medicamento.

A Direção-Geral de Saúde, em 2022, publicou uma norma (Norma 17/2022 de 19 de dezembro) sobre “Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente”. O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA®) é um sistema de notificação e gestão de incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, no SNS, no qual o cidadão ou o profissional de saúde pode reportar incidentes, de forma simples, confidencial, anónimo e não punitiva. O seu principal objetivo é a promoção da aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria contínua da qualidade. Consideramos que, apesar de o número de notificações ter vindo a aumentar, ao longo do tempo, a subnotificação é ainda uma realidade cabendo ao enfermeiro gestor e à organização a criação de uma cultura de segurança organizacional que encoraje não só o relato do erro mas que também apoie os profissionais quando cometem um erro não esquecendo que “embora os erros sejam eventos indesejados, podem ser fontes significativas para a aprendizagem profissional” (Leicher et al., 2013).

Antes de concluir esta reflexão sobre as competências desenvolvidas, gostaríamos de salientar que tivemos sempre presentes as competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais nortearam a nossa prática (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, ao longo de ambos os momentos de estágio, a nossa atuação decorreu sempre com o respeito do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2015), do Código Deontológico dos Enfermeiros, Declaração Universal dos Direitos do Homem e referenciais éticos da profissão (princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência) considerando sempre a pessoa um ser único e dinâmico, no centro dos cuidados, reconhecendo-lhe liberdade e autonomia de decisão no seu projeto de saúde, respeitando as suas crenças e os seus valores. Tanto no decorrer dos estágios como na elaboração deste relatório, agimos sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão, garantindo que a prática clínica respeitasse os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Assegurámo-nos sempre que em nenhuma circunstância seriam identificadas instituições, pessoas ou profissionais envolvidos.

Na esfera da prática clínica, respeitamos sempre a autonomia individual das pessoas, no que concerne à tomada de decisão, desde que assumam a respetiva responsabilidade e estejam capazes de decidir e, no caso das pessoas incapazes, verificamos a adoção de medidas jurídicas especiais para proteger os seus direitos e interesses como, por exemplo, o estatuto do maior

acompanhado. Antes de qualquer intervenção de enfermagem, procuramos sempre obter o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa, informando-a do motivo e da forma de realização das mesmas e apoiando-a nas suas decisões, contribuindo para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados. Também o respeito pela vida privada, privacidade e pela confidencialidade das informações estão no cerne da nossa prática. Estamos cientes da eventual dificuldade em garantir a privacidade das pessoas, em alguns serviços, devido aos constrangimentos arquitetónicos de enfermarias mistas, com vários anos, e ao espaço limitado. Assim, sempre que procedemos à prestação de cuidados, corremos as cortinas e, em momento de grande afluência de visitas, solicitamos que aguardassem um pouco no exterior da enfermaria. De forma a garantir a confidencialidade da pessoa a que dizem respeito os estudos de caso constantes deste relatório, os nomes, as datas e a própria designação da unidade local de saúde onde decorreu o nosso estágio foram omitidos. As informações clínicas foram usadas apenas para fins académicos.

Relativamente à aquisição de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade, sabemos que os sistemas de melhoria contínua da qualidade são processos dinâmicos essenciais à correta adequação dos serviços às necessidades das pessoas e, através da avaliação sistemática dos resultados, das estruturas e dos processos envolvidos na prestação de cuidados permitem o desenvolvimento dos profissionais e o crescimento e melhoria das organizações (Vilar, 2009). Os enfermeiros especialistas deverão garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019), agindo como agentes de mudança.

No que concerne às competências do enfermeiro especialista relativas à gestão de cuidados, verificamos que, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista gere “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4775) e que, segundo o REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (REPE, 2014, p. 5). Ao longo dos estágios acompanhamos a forma como as enfermeiras tutoras delegavam, orientavam e supervisionavam os técnicos auxiliares de saúde em diversas tarefas nomeadamente a limpeza e higienização da unidade dos utentes, a reposição de material de uso clínico e na prestação de cuidados de higiene às pessoas, garantindo sempre a segurança das mesmas e um ambiente de cooperação favorável.

De acordo com a OE (2009) a investigação dá um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um

processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva. Assim, o mesmo autor menciona que esta é a forma de evoluir para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Optamos, portanto, ao longo do nosso processo formativo pela realização de várias pesquisas exploratórias e revisões narrativas nas principais bases de dados em saúde sendo que algumas se materializaram em apresentações em reuniões científicas, tal como já foi referido (Anexo II e III). Acreditamos que uma prática baseada na evidência, ao ter em consideração a melhor evidência científica - resultados de estudos de investigação metodologicamente adequados e clinicamente relevantes -, a experiência clínica, as preferências da pessoa e os recursos disponíveis para a tomada de decisão clínica, promove a prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade, segurança, pautados pela excelência, eficácia e humanismo.

Consideramos, ainda, que as 360h de estágio foram promotoras do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, características estas fundamentais para o enfermeiro especialista a par do desenvolvimento de competências associadas a uma prática sempre baseada na melhor evidência científica. Foram proporcionados, ainda, inúmeros momentos de aprendizagem, promovendo a aquisição de competências profissionais especializadas e pensamos ter atingido todos os objetivos a que nos propusemos, adquirindo, portanto, competências profissionais próprias a um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Depois de tudo o que foi descrito, baseando-nos no modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001), tendo em consideração a minha experiência profissional de dez anos com pessoas com patologia cerebrovascular e múltiplas aprendizagens e desafios vividos e ultrapassados, todo o investimento realizado em formação e a nossa busca pela melhor evidência disponível, consideramo-nos peritos pois acreditamos ser detentores de um elevado conhecimento e experiência, demonstrando um julgamento clínico ágil e intuitivo na forma como cuidamos da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizamos o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

No último capítulo, pretendemos apresentar, de uma forma sucinta, os principais aspetos que emergiram do processo de desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Consideramos que este relatório cumpriu o seu fim, relativamente ao propósito essencial delineado: descrever as atividades que concretizam os objetivos definidos com vista a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, evidenciando as competências adquiridas paulatinamente e apresentando uma reflexão crítica das oportunidades de aprendizagem e das principais dificuldades, ao longo de todo o percurso académico, perspetivando a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Os dois contextos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional Módulo I e Módulo II, mostraram-se adequados ao processo de desenvolvimento de competências perante os objetivos e atividades previamente delineados. Ao longo de todo o percurso, sentimos abertura para partilhar dúvidas, expectativas e reservas com os orientadores e tutores. Pudemos, ainda, debater casos clínicos, processos de referenciação, estudos de caso, sendo para tal relevante o facto de os tutores serem enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, com vasta experiência profissional e experiência na supervisão de estudantes do curso de base e especialidade, tornando este momento formativo especialmente enriquecedor.

Relativamente ao processo de conceção de cuidados, que se materializou na apresentação do caso clínico, utilizámos a plataforma e4Nursing, plataforma educacional desenvolvida pela ESEP, que tem no seu *backend* a Ontologia em Enfermagem, forma de representação do conhecimento aprovada pela OE e que, num futuro próximo, será incorporada nos sistemas de informação de documentação da prática clínica de enfermagem. A sua inclusão neste relatório, além de evidenciar o processo de conceção de cuidados, permitiu a recolha de dados, a definição de domínios/focos de atenção, a formulação de diagnósticos, o estabelecimento de objetivos, a prescrição de intervenções e a avaliação dos ganhos em saúde, permitindo organizar o processo de pensamento de forma clara e linear, considerando aspetos relacionados com os processos corporais, a ação (autocuidado), a autogestão e o processo de transição.

No capítulo relativo aos contributos do estágio para o desenvolvimento de competências, procurámos descrever as competências adquiridas com base nas descritas no Regulamento das

Competências Gerais do Enfermeiro Especialista, no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e, em particular, no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em Situação Crónica, embora estejamos cientes de que o processo de desenvolvimento de competências não termina aqui, sendo um processo dinâmico e contínuo que ocorre durante todo o percurso profissional.

Ao longo de todo o caminho, pensamos ter adquirido e aprofundado as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica, alcançando as duas competências específicas definidas pela OE, relativamente ao cuidado às pessoas e familiares/cuidadores para vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico, especialmente no caso de pessoas com patologia cerebrovascular que, após evento agudo, ficam dependentes de outros ou de equipamentos de forma definitiva, prolongada ou crónica, sendo de especial relevância o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica pela especificidade, complexidade e cronicidade dos desafios colocados à pessoa e ao seu familiar cuidador, em especial no que concerne ao processo de reconstrução da autonomia, à facilitação da transição saúde-doença ou situacional, à capacitação para uma autogestão da doença crónica diária, de forma a controlar a doença, envolvendo-os no seu projeto de saúde, de forma a alcançarem o bem-estar e a qualidade de vida. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nestes domínios tão específicos, são apenas possíveis através de terapêuticas de enfermagem especializadas dirigidas às necessidades destas pessoas, sendo fundamental a adoção de uma prática baseada na melhor evidência, em que o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de Enfermagem seja uma constante, a par das boas práticas, garantindo cuidados seguros e de qualidade e uma “uma enfermagem mais significativa para as pessoas”.

Neste estágio, destacamos, ainda, as oportunidades que tivemos para aprofundar e desenvolver competências no âmbito da prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, sendo particularmente enriquecedores os turnos efetuados na UL-PPCIRA junto dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Pudemos, ainda, junto de uma das tutoras, desenvolver competências no âmbito da atuação do GRL, sendo possível compreender o seu âmbito de atuação, as principais dificuldades e desafios, e acompanhar o exercício da sua função, visando uma cultura de segurança organizacional, pautada pela promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico.

Em termos globais, findo este percurso, podemos afirmar que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos aquando da definição do projeto de desenvolvimento de competências.

Por último, gostaríamos de expressar toda a gratidão aos orientadores Professor Doutor Carlos Vilela e Professor Doutor Paulo Parente, bem como aos tutores, pela disponibilidade, partilha de

conhecimento e oportunidades de aprendizagem. Nem sempre foi fácil, mas a determinação e motivação pessoal e profissional, a par do apoio de todos os envolvidos, foram aspetos facilitadores.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrahman, E., Toum Musa, M., Eltayeb, R., & Fadlalmola, H. (2021). Effect of an educational training program in tracheostomy care on nurses' knowledge and skills. *International Journal of Nursing Education*, 13(2). <https://doi.org/10.37506/ijone.v13i2.14618>
- Abreu, C., Rodrigues, M., & Paixão, M. P. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 63-68
- Adams, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh, E. E., 3rd. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35-41. <https://doi.org/10.1161/01.str.24.1.35>
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2019). Tabela Nacional de Funcionalidade/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação (SI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados [Circular Normativa Conjunta n. 16/2019/ACSS/ISS]. Administração Regional de Saúde, I.P.
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2020). Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação (SI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados – adequação da periodicidade de reavaliação [Circular Normativa Conjunta n. 4/2020/ACSS/ISS]. Administração Regional de Saúde, I.P.
- Almeida, A. (2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após evento gerador de dependência- Estudo exploratório no contexto domiciliar. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (novembro de 2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. (Série V, nº5), pp. 1-8. doi:10.12707/RV20036
- Amarenco, P., et al. (2016). One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *New England Journal of Medicine*, 374, 1533-1542. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1601385>
- American Heart Association/American Stroke Association. (2022). 2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000408>
- An, S. J., Kim, T. J., & Yoon, B.-W. (2017). Epidemiology, risk factors, and clinical features of intracerebral hemorrhage: An update. *Journal of Stroke*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.5853/jos.2016.00864>
- Balami, J. S., Chen, R. L., & Buchan, A. M. (2013). Stroke syndromes and clinical management. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(7), 607-615. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct090>

- Balami, J. S., Chen, R. L., Grunwald, I. Q., & Buchan, A. M. (2011). Neurological complications of acute ischaemic stroke. *Lancet Neurology*, 10(4), 357-371. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(10\)70313-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(10)70313-6)
- Barreto, L., Barreto, O., & Santos, L. (2023). Outcome neurológico: Construção de um guia de orientação de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido. *Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 123-132.
- Batista, C. S. S. (2013). Continuidade de cuidados de enfermagem: Articulação entre hospital e centro de saúde (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braga, L. (2017). Práticas de enfermagem e a segurança do doente no processo de punção de vasos e na administração da terapêutica endovenosa (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes* (2ª ed.). Addison-Wesley.
- Brito, A. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Teoria Explicativa. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica* (15ª ed. rev.). Artmed.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Catarino, A. F. L. C. (2021). O utente sob precauções baseadas nas vias de transmissão: Evolução da capacidade de autocuidado [Tese de Mestrado, Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade de Coimbra]. Coimbra.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). Guidelines for the Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections, 2009. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/>
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Aspen Publication.
- Chopra, V., Ratz, D., Kuhn, L., Lopus, T., Chenoweth, C., & Krein, S. (2015). The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): Results from a multispecialty panel using the RAND/UCLA appropriateness method. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), 1-40. <https://doi.org/10.7326/M15-0744>
- Chopra, V., Ratz, D., Kuhn, L., Lopus, T., Chenoweth, C., & Krein, S. (2014). PICC-associated bloodstream infections: Prevalence, patterns, and predictors. *American Journal of Medicine*, 127(4), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.01.001>
- Cordeiro, A. L. P. de C., et al. (2024). Cuidados com traqueostomia em adultos e idosos no ambiente domiciliar: Revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2024-0028pt>
- Dennis, M., Caso, V., Kappelle, L. J., Pavlovic, A., & Sandercock, P. (2016). European Stroke

Organisation (ESO) guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*, 1(1), 6-19. <https://doi.org/10.1177/2396987316628384>

Despacho n.º 2784/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2013). *Diário da República*: 2.ª série — N.º 36.

Despacho n.º 9390/2021. (24 de 09 de 2021). *Diário da República* n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24,, 96-103.

Di Santo, M. K., Takemoto, D., Nascimento, R. G., Nascimento, A. M., Siqueira, É., Duarte, C. T., Jovino, M. A. C., & Kalil, J. A. (2017). Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular? *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 104-112. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.011516>

Diário da República. (2006). Decreto-Lei nº 109/2006: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Série I-A.

Diário da República. (2010). Decreto-Lei n.º 8/2010: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, n.º 19, 257-263.

Diário da República. (2015a). Decreto-Lei n.º 136/2015: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, n.º 145, 5081-5091.

Diário da República. (2015b). Portaria n.º 343/2015: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, n.º 199, 8815-8831.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da infeção*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma Nº 029/2012 - "Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)". Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2014). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes - Norma 020/2014*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma Nº 022/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Norma nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. (2017d). Norma 001/2017 -

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde . Lisboa.

Direção-Geral de Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. (2019). Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Norma Nº 019/2022 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de infeção Urinária associada ao Cateter Vesical. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (Norma n.º 021/2015, atualizada). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento. Direção-Geral da Saúde.

Dong, J., Wang, F., & Sundararajan, S. (2020). Use of Dual Antiplatelet Therapy Following Ischemic Stroke. *Stroke*, 51(5), e78-e80. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.028400>

Duwadi, S., Zhao, Q., & Budal, B. (2018). Peripherally inserted central catheters in critically ill patients: complications and its prevention: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.007>

Elkin, Perry, & Potter. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. (2ª ed.). Lusociência.

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

Figueiredo, A., Pereira, L., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *Revista Científica da Escola Superior da Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 2(3), 35-45. <https://doi.org/10.25184/rcesldi.v2i3.250>

Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., & Zuberi, S. M. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*, 58(4), 522-530. <https://doi.org/10.1111/epi.13670>

Fonseca-Teixeira, S., Parreira, P., Mónico, L., Salgueiro-Oliveira, A., & Amado, J. (2020). Referenciação para a rede nacional de cuidados integrados: a percepção dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Fragata, J. (2010). Erro Médico: A segurança dos doentes - Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 564-570.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.

Gurkova, E., Zeleníková, R., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarosová, D., Papastavrou, E., &

- Ziaková, K. (2019). Hospital safety climate from nurses perspective in four European countries. *Internacional Nursing Review* .
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi.
- Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., et al. (2008). Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 359(13), 1317-1329. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804656>.
- Hemphill III, J. C., Greenberg, S. M., Anderson, C. S., Becker, K., Bendok, B. R., Cushman, M., Fung, G. L., Goldstein, J. N., Macdonald, R. L., Mitchell, P. H., Scott, P. A., Selim, M. H., & Woo, D. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 24(6), 1603-1622. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000672>.
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* . Rio de Mouro: Lusodidacta .
- Holtkamp, M., Beghi, E., Benninger, F., Kälviäinen, R., Rocamora, R., & Christensen, H. (2017). European Stroke Organisation guidelines for the management of post-stroke seizures and epilepsy. *European Stroke Journal*, 2(2), 103-115. doi:10.1177/2396987317705536;
- Hurford, R., Siripurapu, R., Emsley, H. C. A., Lovett, J., Werring, D., & Punter, M. M. N. (2022). Uncommon causes of ischaemic stroke: How to approach the diagnosis. *Practical Neurology*. <https://doi.org/10.1136/pn-2022-003449>.
- Infópédia - Dicionários Porto-Editora. (2023-2025). <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. International Council of Nurses.
- Ismail, F., & Gonçalves, M. J. (Coords.). (2022). *Dependências tóxicas e comportamentais na prática clínica*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Jesus, V. C. de, & Secoli, S. R. (2007). Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(2), 252-260.
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009265306&site=ehost-live>.
- Kukolja, J., & Kuhn, J. (2021). SOP: treatment of delirium. *Neurol Res Pract*, 3(1), 12. doi:10.1186/s42466-021-00110-7;
- Kwakkels, G., Stinear, C., Essers, B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R., Lakičević, S., Lampropoulou, S., Luft, A. R., Marque, P., Moore, S. A., Solomon, J. M., Swinnen, E., Turolla, A., Alt Murphy, M., & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*, 8(4), 880-894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos Cuidadores Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Lee, M., Cheng, C. Y., Wu, Y. L., Lee, J. D., Hsu, C. Y., & Ovbiagele, B. (2022). Association

between intensity of low-density lipoprotein cholesterol reduction with statin-based therapies and secondary stroke prevention: A meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Neurology*, 79(4), 349-358. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.5578>.

Li, T., Zhang, P., Zhang, M., Zhang, H., Wang, H., Yuan, Y., Wu, S., Wang, X., & Sun, Z. (2024). Meta-analysis and systematic review of the relationship between sex and the risk or incidence of poststroke aphasia and its types. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04765-0>.

Ling, C., Hu, X., Chen, C., Luo, L., Cai, M., Liang, C., & Wang, H. (2020). Comparison of nutritional effectiveness and complication rate between early nasojejunal and nasogastric tube feeding in patients with an intracerebral hemorrhage. *Journal of Clinical Neuroscience*, 82, 199-205. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2022.07.004>

Loikas, D., Linnér, L., Sundström, A., Wettermark, B., & von Euler, M. (2021). Post-stroke epilepsy and antiepileptic drug use in men and women. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 129(2), 148-157. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13617>.

Machado, N. (2013). Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

Majumdar, M., Tan, L. A., & Chen, M. (2015). Critical assessment of the morbidity associated with ruptured cerebral arteriovenous malformations. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 8(2), 163-167. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2014-011517>.

Manuela, S., Rodrigues, L., Clara, M., Oliveira, C., & Silva, P. (2014). Perceções dos enfermeiros e doentes com AVC sobre a Educação para a Saúde. *Revista Enfermagem Referência, Série IV - n.º 6*. <https://doi.org/10.12707/RIV14058>.

Mao, X., Zhou, Y., Chen, Q., & Zhang, Y. (2024). Clinical management and nursing care for patients with tracheostomy following traumatic brain injury. *Frontiers in Neurology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1455926>;

Marsico, P., & Marsico, G. (2010). Traqueostomia. *Pulmão RJ*, 19(1-2), 24-32.

Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 48-79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>

Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>.

McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40, 159-211.

<https://doi.org/10.1177/0148607115621863>.

Meleis, A. (2010). TRANSITIONS THEORY - MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND practice. New York,: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5ª ed.). Lippincott.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition. Nurs Outlook, pp. 255-259.

Meleis, A., Hall, J., & Stevens, P. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. Journal of Nursing Scholarship, 26(3), 177-180.

Meleis, A., McAlister, M., & Lewis, A. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advanced Nursing Science, 23(3), 12-28.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (Stembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. ADVANCES IN NURSING SCIENCE, pp. 12-28.

Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., et al. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 45(12), 3754-3832. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000046>.

Morse, J. (2009). Preventing Patient Falls (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Moureau, N.; Chopra, V. (2016). Indications for peripheral, midline and central catheters: summary of the MAGIC recommendations. British Journal of Nursing. IV Therapy Supplement, 25(8). <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.8.S15>

Muehlschlegel, S. (2018). Subarachnoid hemorrhage. Continuum (Minneapolis, Minn.), 24(6), 1623-1657. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000679>.

Nandan, A., Zhou, Y. M., Demoe, L., Waheed, A., Jain, P., & Widjaja, E. (2023). Incidence and risk factors of post-stroke seizures and epilepsy: systematic review and meta-analysis. Journal of International Medical Research, 51(11). <https://doi.org/10.1177/03000605231213231>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2025). <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Obtido de National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention .

Norma nº 015/2017 da Direção Geral da Saúde - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto

Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2019).

Oliveira, I. de J., Couto, G. R., Santos, R. V., Campolargo, A. M., Lima, C., & Ferreira, P. L. (2022). Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: A consensus from

a Portuguese expert panel. Portuguese Journal of Public Health, 39(3), 145-162. repositório-aberto.up.pt

Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: Descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 17-40.

Pertussati, E., Donoso, M. T., Mattos, S. S., Lima, L. K., Simino, G. P., & Oliveira e Silva, B. V. (2021). Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Foco*, 12(3), 469-474. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3737>;

Petronilho, F. (2012). Autocuidado - Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Petronilho, F. (2013). A ALTA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: DECISÕES, DESTINOS, PADRÕES DE ASSISTÊNCIA E DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. Universidade de Lisboa.

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2014). Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 35-43.

Pordata. (2023). Óbitos por algumas causas de morte (%). Pordata.

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Proot, I., Crebolder, H., Abu-Saad, H., Macon, T., & Meulen, R. (2000). Facilitating and Constraining Factors on Autonomy - The Views of Stroke Patients on Admission Into Nursing Homes. *Clinical Nursing Research*, pp. 460-478.

Queirós, S., Pinto, I., Brito, M. A., & Samarina, C. (2021). Nursing Interventions for the Promotion of Tracheostomy Self-care: A Scoping Review Protocol.

Queirós, S., Pinto, I., Brito, M. A., & Samarina, C. (2021). REVIEW Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review Sílvia Maria Moreira Queirós RN, MSc, PhD Student, Specialist Nurse 1,2 |. *J Clin Nurs*, 30, 3055-3071. <https://doi.org/10.1111/jocn.15823>;

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Regulamento n.º 429/2018. (16 de Julho de 2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135.

Reis, R. D., Pereira, E. C., Pereira, M. I. M., Soane, A. M. N. C., & Silva, J. V. da. (2016). Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular

- Cerebral (AVC). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 641-650. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (Fev./Mar de 2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 25-36.
- Rordorf, G., McDonald, C. (2022). Spontaneous intracerebral hemorrhage: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. *UpToDate*.
- Russo, A., Vanputte, C., & Regan, J. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley*. (10ª ed. rev.). Mc
- Safdar, N., & Maki, D. G. (2005). Risk of catheter-related bloodstream infection with peripherally inserted central venous catheters used in hospitalized patients. *Chest*, 128(2), 489-495. <https://doi.org/10.1378/chest.128.2.489>
- Sandset, E. C., Anderson, C. S., Bath, P. M., Christensen, H., Fischer, U., Gasecki, D., Tsivgoulis, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *European Stroke Journal*, 6(2), XLVIII-LXXXIX. doi:10.1177/23969873211012133
- Saver, J. L. (2006). Time is brain-quantified. *Stroke*, 37(1), 263-266. doi:10.1161/01.str.0000196957.55928.ab
- Schumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. I. (2010). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice* (pp 129-144). Springer Publishing Company.
- Sequeira, C. (Coord.). (2019). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.ª ed. atualizada). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). *Comunicação Clínica*. (1ª edição). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (n.d.). *Modelos e respostas de tratamento*. <https://sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2019). ECATD-CAD 2019: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências: Portugal 2019. <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/191>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Mortalidade por AVC. Recuperado em 16 de novembro de 2022, de <https://www.sns.gov.pt/?cpp=1>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2022). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (Last update May 2022). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov>
- Siegel, J., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2023). Guideline for isolation precautions:

- Silva, A. P. (2001). Sistema de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, E. (2010). Reabilitação após AVC. (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/52896>;
- Simões, S. C. A., & Grilo, E. N. (2012). Cuidados e cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, (31), 18-23.
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (Eds.). (2011). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12ª ed.). Guanabara Koogan.
- Soinne, L., Sundararajan, S., & Strbian, D. (2014). Malignant Hemispheric Infarction. *Stroke*, 45(9), e185-e187. doi:doi:10.1161/STROKEAHA.114.006076
- Souza, P. B. de, Mantovani, M. de F., Silva, Â. T. M. da, & Paz, V. P. (2021). Perception of post-stroke patients on case management conducted by nurses. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019026703703>
- Teixeira, J., Fernandes, J. C., & Mota, T. (Coords.). (2019). *Álcool: Teoria e clínica*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.107.483933>
- Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros* (14ª ed.
- Vicentini, C., Bussolino, R., Gastaldo, C., Castagnotto, M., D'Ancona, F. P., & Zotti, C. M. (2024). Level of implementation of multimodal strategies for infection prevention and control interventions and prevalence of healthcare-associated infections in Northern Italy. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 13, 39. <https://doi.org/10.1186/s13756-024-01398-1>
- Wang, C., Feng, L., Tu, S., Wei, D., Wang, R., Deng, Z., & Luo, Y. (2025). Antihypertensive strategies for the prevention of secondary stroke: a systematic review and meta analysis. *European Journal of Medical Research*.
- Wang, Q.-S., Liu, Y., Zou, X.-N., Ma, Y.-L., & Liu, G.-L. (2020). Evaluating the Efficacy of Massage Intervention for the Treatment of Poststroke Constipation: A Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/8934751>
- Weisberg, L. A., (1991) Clinical characteristics of transient ischemic attacks in black patients. *Neurology* 41, 1410-1414
- World Gastroenterology Organisation. (2014). *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Dysphagia-Global Guidelines and Cascades Update DYSPHAGIA WGO Cascades-Global Guidelines Cascades-A Resource-sensitive Approach*.
- Yao, S.-C., Hsieh, S.-I., Lee, J.-D., Chu, T.-P., & Fan, J.-Y. (2023). Physical function, depressive

symptoms, and quality of life with post-acute stroke care. *Collegian*, 30(3), 475-482.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.01.001>.

7. ANEXOS

Anexo I

Anexo I – Apêndices

Apêndice 1 – Objetivos e atividades definidas no projeto de desenvolvimento de competências, relativas ao estágio na Equipa de Gestão de Altas e serviço de Neurologia

O objetivo geral definido foi desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do processo de reconstrução da autonomia e da facilitação do processo de transição da pessoa com patologia cerebrovascular, geradora de dependência, e seu familiar cuidador. Este assenta nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, nas competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e nas competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Em sequência do objetivo geral, foram definidos seis objetivos.

Para atingir o objetivo “melhorar competências de identificação das necessidades das pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores após evento agudo gerador de dependência, no domínio dos processos corporais, autocuidado e autogestão do regime terapêutico”:

- a) Pesquisar evidência científica em bases de dados com recurso ao agregador de conteúdos EBSCOhost, RCAAP, livros científicos e outras publicações sobre patologias cerebrovasculares, teoria das transições, teoria do défice do autocuidado, autogestão da doença crónica e processo de reconstrução de autonomia, após evento gerador de dependência;
- b) Elaborar uma síntese da informação relevante e efetuar uma reflexão crítica para inclusão nos planos de cuidados e validar a mesma com as tutoras;
- c) Consultar a instrução de trabalho hospitalar relativamente aos registos de enfermagem;
- d) Analisar e refletir criticamente, em conjunto com a enfermeira tutora, acerca dos processos de enfermagem das pessoas internadas no serviço;
- e) Entrevistar a enfermeira tutora relativamente ao processo de recolha de dados do serviço;
- f) Identificar, em conjunto com a enfermeira tutora, quais os dados a recolher relativos ao processo de transição e de reconstrução da autonomia, após evento gerador de dependência;
- g) Elaborar um guião para recolha de dados, discutir a sua aplicabilidade prática com a enfermeira tutora e treinar a sua aplicação, tantas vezes quanto possível;
- h) Praticar, tantas vezes quanto possível, a documentação dos cuidados de enfermagem no que concerne aos domínios do processo corporal, processo mental,

autocuidado e autogestão do regime terapêutico das pessoas com patologia cerebrovascular;

- i) Treinar, tantas vezes quanto possível, a identificação e redação dos enunciados diagnósticos relacionados com o processo de transição e de reconstrução da autonomia após evento gerador de dependência.

Para atingir o objetivo “desenvolver competências na comunicação clínica com pessoas com patologia cerebrovascular e seus familiares cuidadores”:

- a) Pesquisar a evidência científica com recurso ao agregador de conteúdos EBSCOhost RCAAP, livros científicos e outras publicações sobre compromisso na comunicação de pessoas com patologia cerebrovascular;
- b) Treinar a comunicação clínica com pessoas com patologia cerebrovascular através da implementação de estratégias facilitadoras da comunicação;
- c) Treinar a realização de entrevista clínica com familiar cuidador de pessoas com patologia cerebrovascular;
- d) Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a identificação dos «certos» na transmissão de informação (a informação certa, no momento certo, à pessoa certa, pela via certa) e a utilização de estratégias facilitadoras da sua transmissão.

Para atingir o objetivo “desenvolver competências de intervenção especializada no domínio dos processos corporais, do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico da pessoa com patologia cerebrovascular, após evento agudo gerador de dependência, e do familiar/ cuidador”:

- a) Pesquisar evidência científica com recurso ao agregador de conteúdos EBSCOhost RCAAP, livros científicos e outras publicações sobre as necessidades dos familiares/cuidadores das pessoas dependentes devido a patologia cerebrovascular;
- b) Elaborar uma síntese da informação e validar com a enfermeira tutora;
- c) Identificar as principais dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores das pessoas dependentes devido a patologia cerebrovascular;
- d) Treinar, tantas vezes quanto possível, a avaliação do apoio familiar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular;
- e) Proceder à recolha de dados relativamente ao conhecimento, à capacidade, à consciencialização, ao envolvimento e aos significados atribuídos pela pessoa dependente com patologia cerebrovascular e seu familiar cuidador.

Para atingir o objetivo “desenvolver competências na preparação e planificação da alta hospitalar da pessoa dependente com patologia cerebrovascular”:

- a) Reunir informação relativamente ao funcionamento da RNCCI e aos critérios de admissão/exclusão das diferentes tipologias da rede através da consulta da legislação e publicações existentes;
- b) Estudar os critérios de inclusão e exclusão das diferentes tipologias da RNCCI;
- c) Treinar o processo de recolha de dados de forma a identificar as necessidades em cuidados em saúde das pessoas (cuidados de enfermagem, cuidados médicos, nutrição, reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia) e garantir um *continuum* assistencial;
- d) Refletir, em conjunto com a tutora a decisão da equipa assistencial relativamente ao destino, após a alta, da pessoa com doença crónica agudizada;
- e) Treinar, tantas vezes como possível, a reconciliação terapêutica assegurando o acesso a fármacos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar; garantir o acesso a dispositivos médicos (e.g. aspirador de secreções, VNI, CPAP, ...) e a continuidade de terapêuticas de substituição (e.g. hemodiálise);
- f) Elaborar, em articulação com a tutora, um algoritmo para facilitar a tomada de decisão da equipa assistencial relativamente ao destino, após a alta hospitalar, da pessoa com doença crónica.
- g) Realizar revisão da literatura relativamente ao processo de capacitação da pessoa e familiares/cuidadores, gestão de significados, terapêuticas de enfermagem facilitadoras para o autocuidado, adesão ao regime terapêutico e reconstrução da autonomia;
- h) Elaborar, em conjunto com a enfermeira tutora, uma *check-list* para orientar e uniformizar as práticas relativamente ao processo de capacitação da pessoa e familiar/cuidador;
- i) Identificar e refletir, com a enfermeira tutora, relativamente a fatores que facilitam o processo de capacitação da pessoa e familiar cuidador no que concerne ao autocuidado e à autogestão do regime terapêutico, intervenções facilitadoras do processo de transição, identificar as suas condicionantes e significado e reconhecer os padrões de resposta das pessoas;
- j) Treinar a realização de intervenções específicas no âmbito do processo de capacitação, consciencialização e reconstrução da autonomia das pessoas e familiares/cuidadores;

- k) Treinar otimização de dispositivos médicos como ostomias de alimentação e ostomias de respiração, de forma a poder capacitar as pessoas e familiares cuidadores para o uso e manutenção dos mesmos;

Para atingir o objetivo “melhorar competências na área da prevenção da infeção e contaminação associadas aos cuidados de saúde por microrganismos epidemiologicamente significativos, resistentes aos antimicrobianos”:

- a) Analisar a melhor evidência científica existente relativamente à prevenção da infeção (*e.g. Clostridium*) e da contaminação por microrganismos epidemiologicamente significativos (*e.g. EPC, MRSA, Baumani; Pseudomonas*);
- b) Consultar os procedimentos existentes na ULSGE relativos aos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos;
- c) Identificar, com a enf. tutora, possíveis áreas de melhoria no que concerne ao controlo de infeção no serviço de internamento onde decorrerá o estágio nomeadamente a identificação das unidades com utentes em isolamento;
- d) Elaborar síntese da informação relevante reunida através da consulta de *guidelines* nacionais (DGS) e internacionais (CDC, OMS) e no agregador de bases de dados *EBSCOHost* relacionada com a prevenção da contaminação por microrganismos epidemiologicamente significativos (*e.g. EPC, MRSA, Baumani; Pseudomonas*) para serem validados e, posteriormente, fornecidos às pessoas contaminadas com os respetivos microrganismos aquando da sua deteção;
- e) Acompanhar membro da UL-PPCIRA do HESS EEMC no desempenho das suas funções durante dois dias acompanhando possíveis auditorias e realização de vigilância epidemiológica.

Para atingir o objetivo “desenvolver competências no âmbito da gestão do risco clínico e risco não clínico, visando uma cultura de segurança nos vários contextos de atuação”:

- a) Consultar os procedimentos/documentação institucionais relativos à qualidade e segurança dos cuidados;
- b) Pesquisar sobre o conceito de gestão de risco;
- c) Acompanhar o elo da ligação do serviço na identificação de situações de risco clínico e não clínico, possíveis causas da sua ocorrência e treinar o seu registo na aplicação HER+ (aplicação hospitalar para registo de incidentes de risco clínico e não clínico);
- d) Acompanhar a enfermeira tutora na identificação, no armário da medicação, dos fármacos LASA (*Look Alike Sound Alike*) e de dupla verificação;

- e) Analisar e sintetizar a evidência científica acerca dos fatores que levam à ocorrência das quedas e suas consequências;
- f) Consultar e analisar o procedimento hospitalar relativo à prevenção de quedas e refletir, em conjunto com a enf. tutora, sobre o indicador taxa de incidência de quedas no serviço.
- g) Realizar com a enfermeira tutora e outros profissionais do serviço sessão de *brainstorming* no sentido de apurar a percepção dos profissionais para a ocorrência de quedas e subnotificação das mesmas;
- h) Elaborar uma grelha para realizar auditoria ao cumprimento do procedimento de prevenção de quedas;
- i) Realizar, em conjunto com a enfermeira tutora do serviço neurologia B, auditoria ao cumprimento do procedimento de prevenção de quedas concebendo para a mesma uma grelha de observação;
- j) Acompanhar a enfermeira tutora na execução de um projeto de melhoria contínua da qualidade relacionado com a prevenção de quedas.

Apêndice 2 – Check-list orientadora para a capacitação do familiar cuidador da pessoa dependente com patologia cerebrovascular

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica Unidade Curricular: Estágio Módulo II – Ano Letivo 2024/2025 Professores Orientadores: Professor Carlos Vilela e Professor Paulo Parente Diana Luísa Martins Oliveira (ep 8659)
--

Domínios		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	OBS
Autocuidado cuidar da higiene pessoal	Higiene oral				
	Banho leito / chuveiro				
	Higiene parcial				
Autocuidado vestir-se ou despir-se	Membros superiores				
	Membros inferiores				
	Soutien				
	Meias/Calçado				
Autocuidado transferir-se e sentar-se	CR/ Cama/ CR				
	CR / Sanita / CR				
Autocuidado posicionar-se	Alinhamento Corporal				
	Padrão anti espástico				
	Prevenção pé equino				
	Alternância decúbitos				
Autocuidado Alimentar-se e Beber	Ajudas técnicas (e.g. rebordo de prato, copo recortado, talher adaptado)				
	Posicionamento (corpo / cabeça)				
	Verificação resíduos cavidade oral				
Autocuidado Andar	Andarilho / Canadiana / Tripé / Bastão				
	CR				
Autogestão do regime alimentar	Regime Dietético				
	SNG / PEG				
	Suplementação				
	Disfagia Sólidos				
	Disfagia Líquidos				
	Estratégias Alimentação (TF)				

	Volume Hidratação				
Autogestão regime terapêutico	Regime Terapêutico VO				
	Regime Terapêutico (insulina)				
	PGC				
	Heparina Baixo Peso Molecular (Enoxaparina)				
Autogestão do Regime de exercício físico	Frequência				
	Duração				
Pele e mucosas	Tratamento de Feridas / úlceras / estomas				
	Hidratação				
	Prevenção de UP (colchão, dispositivos de prevenção)				
Eliminação Urinária	Fralda				
	Urinol / Aparadeira				
	Sonda Vesical				
	Cateterismo Intermitente				
	Ostomia de Eliminação				
Eliminação Intestinal	Treinos Intestinais				
	Obstipação				
	Ostomia de Eliminação				
Prevenção de Acidentes	Barreiras arquitetônicas				
	Prevenção de Quedas				
	Prevenção da Aspiração				
Sistema Respiratório	VNI/ CPAP				
	<i>Cough Assist</i>				
	Oxigenoterapia				
	Aspiração de Secreções				
	Técnica Inalatória				
	Traqueostomia				
Comunicação Verbal	Estratégias Facilitadoras da Comunicação				
Comportamento Procura de Saúde	Sinais de Alarme				
	Consultas de Vigilância				
Prevenção de Infecção	EPI				
	Higiene Mãos				

Apêndice 3 - Resumo conceptual da pesquisa sobre: a pessoa com compromisso da comunicação após AVC

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Unidade Curricular: Estágio Módulo II – Ano Letivo 2024/2025

Professores Orientadores: Professor Carlos Vilela e Professor Paulo Parente

Diana Luísa Martins Oliveira (ep 8659)

A pessoa com compromisso da comunicação após AVC – resumo conceptual

A comunicação é algo intrínseco ao ser humano e essencial no processo de socialização. Segundo Phaneuf, comunicação define-se como um “processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”, de maneira consciente ou inconsciente através do comportamento verbal e não-verbal, e deu uma forma mais global, pela maneira de agir dos intervenientes (Phaneuf, 2005, p.23).

De acordo com o enquadramento conceptual da profissão de enfermagem “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018). tendo sempre em consideração valores, crenças e contexto nos quais as pessoas vivem e se desenvolvem.

A relação terapêutica que se estabelece entre os enfermeiros e os clientes (pessoa/família) é pautada por uma parceria enfermeiro/cliente e pelo respeito pelas suas capacidades e pelo seu papel, empoderando-o para ser um elemento ativo no seu projeto de saúde. Para o estabelecimento dessa relação, tão necessária à prestação de cuidados, é essencial que ocorra interação e uma troca verbal ou não-verbal de ideias, comportamentos ou informações. De acordo com Pontes et al. (2008), o cuidado de enfermagem é um ato profissional do enfermeiro e expressa-se no relacionamento interpessoal sendo via dessa interação que o plano de cuidados e a comunicação terapêutica são efetivados. A comunicação terapêutica permite a interação entre estes profissionais e as pessoas, proporcionando a oportunidade de estabelecer

um relacionamento humano que atinja os objetivos dos cuidados (Pontes et al., 2008; Sequeira, 2016).

Segundo Sequeira (2016) e Silva (2010), numa comunicação terapêutica o enfermeiro deve acolher e escutar os utentes com toda a sua sensibilidade, utilizando várias técnicas. A utilização do toque, é de primordial importância ajudando a confortar e a apoiar o utente, o espaço delimitado pelo utente deve ser respeitado e é essencial ter em atenção a expressão do olhar e da face para saber o que o utente quer transmitir.

Contudo, por vezes, a comunicação entre enfermeiro-pessoa é dificultada devido a fatores externos (e.g. ruídos ambientais), fatores internos do enfermeiro (e.g. poucas competências na área da comunicação) e fatores internos do cliente e.g. (défices auditivos; défice visuais; comprometimento da comunicação por patologias cerebrais que perturbam a capacidade do cliente se expressar e/ou na capacidade de compreender o outro). As perturbações da linguagem e da fala causadas por AVC são bastante frequentes (80-85% dos casos), podem ainda estar relacionadas com tumores cerebrais, encefalites, meningites, traumatismos crânio-encefálicos e a processos degenerativos (Lourenço & Mendes, 2008; Stemmer & Schönle, como citado por Kukowski, 2001).

A afasia é um distúrbio da comunicação verbal associada a lesões cerebrais, que pode afetar a comunicação verbal, gestual, visual ou gráfica. As alterações do sistema cognitivo como a memória, a capacidade de ação, o reconhecimento de objetos são sintomas associados à afasia, mas não são a sua causa (Filipska-Blejder et al., 2023; Ramazanu et al., 2021; Stemmer & Schönle as cited in Kukowski, 2001).

As afasias dividem-se em diferentes categorias, dependendo dos autores. Contudo, segundo a sua classificação habitual, são enumerados oito tipos de afasia (Quadro 1): afasia Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mista e afasia anómica. A pessoa afásica possui um fraco desempenho comunicativo sendo a sua participação familiar mais limitada, não só porque não consegue expressar-se da melhor forma ou porque não consegue compreender as ideias que lhe são transmitidas (Filipska-Blejder et al., 2023; Ramazanu et al., 2021; Sequeira, 2016).

A afasia é, portanto, um défice altamente incapacitante e gerador de sentimentos de isolamento, frustração e incapacidade (Parente et al., 2007). Também a vida profissional poderá ficar comprometida se o indivíduo não apresentar capacidades suficientes para desempenhar adequadamente a sua profissão (Parente et al., 2007).

A afasia de Broca (ou afasia motora) caracteriza-se por uma linguagem expressiva não fluente, ou seja, há uma lentificação da fala, com pausas longas e dificuldade em articular as palavras. As frases são curtas, com utilização de palavras isoladas, nomeadamente substantivos (as pessoas não utilizam artigos, pronomes e conjunções). Deste modo, as pessoas não conseguem constituir uma frase com significado gramatical (agramatismo) (Bear et al., 2008).

As afasias de Wernicke, após AVC, têm, geralmente, um bom prognóstico, recuperando as alterações da linguagem ao longo do tempo (Adams et al., 1998; Habib 2000). As lesões que provocam este tipo de afasia localizam-se na área de Wernicke, no lobo temporal e no lóbulo parietal inferior.

Na afasia de condução a produção do discurso é fluente, apesar das pessoas hesitarem na escolha das palavras. Nestes casos, a fala é espontânea, mas estão frequentemente presentes parafasias com transposição de fonemas (utilização de fonemas e sílabas incorretas). A compreensão de material verbal encontra-se aparentemente normal ou com alterações leves. Alguns autores referem que este tipo de afasia se assemelha à afasia de Wernicke mas, contrariamente a esta, na afasia de condução os clientes têm um claro conhecimento dos erros, tentando autocorrigir-se durante o discurso (Habib 2000; Ortiz, 2005). Por outro lado, a afasia de condução apresenta uma grave alteração envolvendo a repetição no contexto da linguagem fluente (caraterística marcante deste tipo de afasia) com a nomeação também prejudicada (Ortiz, 2005). Esta afasia ocorre devido a lesões que afetam a condução da informação da área de Wernicke para a área de Broca, uma vez que interrompem o feixe arqueado (Habib, 2000).

No que concerne à afasia global, esta é a forma mais grave de afasia e ocorre devido a uma lesão extensa que afeta grande parte da área da linguagem no hemisfério cerebral dominante e envolve um comprometimento severo da produção da linguagem e da compreensão verbal e escrita (Mineiro et al., 2008). As pessoas com afasia global praticamente não produzem discurso embora, por vezes, consigam pronunciar algumas palavras estereotipadas (expressões comuns ou cliché) e imitar ações simples (Ortiz, 2005). É possível que compreendam palavras simples, mas não conseguem compreender ordens, nomear objetos nem repetir o que lhes é dito.

No caso das afasias transcorticais motoras, a pessoa apresenta uma linguagem espontânea muito lentificada e reduzida (não fluente); não consegue iniciar uma conversa e apenas produz umas sílabas ou palavras. A capacidade de repetição e de articulação encontram-se preservadas bem como a compreensão. Na escrita pode observar-se uma falta de iniciativa, mas a leitura está normal ou pouco afetada (Ortiz, 2005).).

Relativamente às afasias transcorticais sensoriais, estas caracterizam-se por um discurso fluente com parafasia e anomias onde a repetição se encontra relativamente preservada. Nesta afasia ocorre uma perturbação da compreensão da linguagem oral e da escrita. Os clientes conseguem repetir frases e fazer algumas leituras sem conseguir compreender o seu significado (Ortiz, 2005). A lesão que desperta estas afasias deixa ileso a área de Wernicke, no entanto esta fica desconectada das áreas vizinhas (Habib, 2000).

Nas afasias transcorticais mistas a repetição encontra-se bem conservada apesar de ocorrer com falhas. Nesta afasia existe uma grande limitação da linguagem espontânea associada a uma má compreensão da linguagem (Stemmer & Schönle as cited in Kukowski, 2001). Habitualmente todas as atividades da escrita ficam afetadas num grau elevado. As lesões extensas das áreas circundantes às áreas da fala conduzem ao isolamento destas e surgem as afasias transcorticais mistas.

Por último, a afasia anómica é caracterizada por uma perturbação ao nível lexical da linguagem, em que os clientes têm dificuldade em produzir substantivos e verbos e a sua capacidade de nomeação de pessoas ou objetos foi perdida (Ortiz, 2005). O discurso é fluente embora vazio, com muitos termos indefinidos. A compreensão, repetição e leitura geralmente estão preservadas ou apenas levemente comprometidas (para estruturas mais complexas) (Habib, 2000; Stemmer & Schönle as cited in Kukowski, 2001).

Quadro 1 – Tipos de Afasia

Tipo de Afasia	Discurso	Compreensão	Nomeação	Repetição
Afasia Broca	Não Fluente	Intacta	Perturbada	Perturbada
Afasia Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Condução	Fluente	Intacta	Perturbada	Perturbada
Afasia Global	Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Transcortical Motora	Não Fluente	Intacta	Perturbada	Intacta
Afasia Transcortical Sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Intacta
Afasia Transcortical Mista	Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Intacta
Afasia Anómica	Fluente	Intacta	Perturbada	Intacta

Fonte: adaptado de Hoemam, 2003

Se um indivíduo, por qualquer razão, não conseguir comunicar sozinho, o enfermeiro deve ajudá-lo a expressar-se e a encontrar novas formas de expressão. Deve, ainda, criar condições

para compreender o cliente, identificando os aspetos dificultadores e as estratégias facilitadoras adequadas. Deste modo, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no acompanhamento e recuperação do doente afásico sendo objetivo dos cuidados de enfermagem facilitar a capacidade de compreensão e expressão da pessoa, reduzir a sua frustração devido à sua incapacidade de comunicar, ajudando a pessoa e a família a superar esta situação (Branco & Guerreiro, n.d.; Parente et al., 2007; Ramazanu et al., 2021).

A avaliação de enfermagem da afasia é fundamental e influencia o diagnóstico, prognóstico e determina as intervenções terapêuticas. Assim, devem ser realizadas quatro provas: análise do discurso (fluência), nomeação; repetição e compreensão auditiva verbal. Como complemento pode fazer-se ainda uma avaliação das capacidades de leitura e escrita (Hoeman, 2003; Jensen et al., 2015; Sequeira, 2016).

Assim, numa primeira fase, é necessário avaliar vários aspetos que poderão influenciar o processo de comunicação:

- avaliar o **estado neurológico da pessoa** (pessoas confusas têm um discurso desorientado e poderão ter dificuldades na comunicação);
- avaliar **capacidades cognitivas e motoras** (pessoa com atraso no desenvolvimento poderá ter a comunicação comprometida);
- determinar o **idioma** falado e os fatores culturais do indivíduo (se o enfermeiro e o doente não falarem no mesmo idioma não conseguem compreender-se);
- avaliar a **capacidade da pessoa para ler e escrever** (um indivíduo analfabeto terá dificuldade em responder a algumas questões se estas forem escritas);
- avaliar **qual o tipo de afasia** que a pessoa apresenta (para intervir mais eficazmente);
- avaliar as **capacidades auditivas e visuais do doente** (quando estas capacidades estão diminuídas há alterações na comunicação) (Fontanesi & Schmidt, 2016; Loft et al., 2022).

As intervenções de enfermagem devem, ainda, ser implementadas de forma a minimizar sentimentos de angústia, desespero e raiva. Devem iniciar-se o mais cedo possível e é importante o reconhecimento dos défices para formular objetivos específicos e desenvolver estratégias adequadas à pessoa considerando os seus fatores familiares, sociais, escolares, afetivos, entre outros (Branco & Guerreiro, n.d.; Ramazanu et al., 2021). É, ainda, importante dar tempo à pessoa para se expressar e encontrar a palavra certa, e estratégias como utilização de fotografias, desenhos e utilização de gestos são uma boa forma de estimulação e comunicação (Filipska-Blejder et al., 2023; Ramazanu et al., 2021).

De acordo com Carpenito-Moyet (2011, p.203/205), no Manual de Diagnósticos de Enfermagem, face ao diagnóstico de enfermagem *Comunicação Prejudicada* (comunicação verbal expressiva comprometida e comunicação verbal recetiva comprometida, de acordo com a ontologia de enfermagem) relacionado com comprometimento do processo neuromuscular e efeitos da afasia, sobre a expressão ou a interpretação, deverão ser consideradas as seguintes intervenções e ações específicas de enfermagem (Quadro 2):

Quadro 2 – Intervenções e ações de enfermagem a implementar em pessoas com afasia

Utilizar Técnicas que estimulam a expressão verbal	
Esforçar-se para entender a pessoa.	✓ Ter tempo suficiente para ouvir; ✓ Reformular as mensagens em voz alta para comprovar o que foi dito; ✓ Reconhecer que a mensagem foi entendida, sem grande preocupação com a pronúncia imperfeita; ✓ Ignorar erros e palavrões; ✓ Não fingir compreender a mensagem quando isso não aconteceu; ✓ Observar a linguagem não-verbal para comparação; ✓ Dar tempo à pessoa para responder; não interromper; fornecer palavras apenas ocasionalmente.
Ensinar técnicas para melhorar a expressão verbal (fala).	✓ Solicitar que a pessoa fale lentamente e que pronuncie cada palavra com clareza; ✓ Encorajar a utilização de frases curtas; ✓ Explicar quando as palavras não estão a ser entendidas; ✓ Sugerir respirar fundo antes de começar a falar e incentivar um ritmo lento; ✓ Solicitar que a pessoa escreva a mensagem ou desenhe uma figura se a comunicação verbal for difícil; ✓ Incentivar a pessoa a concentrar-se na formação das palavras; ✓ Utilizar perguntas dicotómicas (tipo de resposta: <i>sim</i> ou <i>não</i>); ✓ Concentrar-se no presente; evitar tópicos abstratos, emocionais ou longos.
Explicar os benefícios dos exercícios diários da fala e, se necessário, pedir colaboração de	

um terapeuta da fala para exercícios específicos.	
Reconhecer as frustrações e os progressos da pessoa	
	✓ Abordar o problema da frustração devido a incapacidade do indivíduo em comunicar e explicar que é necessária paciência tanto para o enfermeiro quanto para a pessoa que quer falar; ✓ Manter atitude calma e positiva; ✓ Tranquilizar; ✓ Manter sentido de humor; ✓ Permitir o choro e a expressão de emoções negativas; ✓ Empoderar a pessoa para tomar decisões sobre os cuidados. ✓ Proporcionar métodos alternativos de autoexpressão (cantar; dançar; escrever; pintar).
Identificar os fatores que promovem a compreensão	
Avaliar a capacidade auditiva e o funcionamento do aparelho auditivo (se indicado)	
Avaliar a capacidade visual e encorajar a pessoa a usar óculos (se indicado)	✓ Explicar à pessoa que vendo melhor, aumentará a compreensão do que está a acontecer em volta dela; ✓ Olhar para a pessoa enquanto fala de forma a projetar a voz na sua direção.
Gerir o ambiente (iluminação suficiente, minimizar ruído diminuindo as distrações)	
Falar quando a pessoa estiver pronta para ouvir	✓ Obter e manter o contato visual; ✓ Captar a atenção da pessoa com um toque e uma mensagem verbal.; ✓ Encorajar todas as tentativas de verbalização; ✓ Adiar se a pessoa está cansada ou aborrecida;
Modificar sua fala	✓ Falar lenta e pausadamente, enunciar e pronunciar as palavras com clareza; ✓ Usar palavras comuns, sem infantilizar; ✓ Usar frases curtas;

	✓ Não mudar de assunto rapidamente, nem fazer perguntas múltiplas e sucessivas; ✓ Repetir ou reformular solicitações; ✓ Não aumentar o volume de voz (exceto se a pessoa tiver deficit auditivo); ✓ Adequar comportamento não-verbal e comportamento verbal; ✓ Tentar usar as mesmas palavras para as mesmas tarefas; ✓ Fazer um registo das palavras na cabeceira da cama para dar continuidade; ✓ Permitir que a pessoa complete frases à medida que alcança progressos.
Usar vários métodos de comunicação	✓ Usar papel e caneta, quadro com letras do alfabeto, computadores; ✓ Usar mímica (piscar olhos, acenar com a cabeça); ✓ Apontar; ✓ Usar cartazes e figuras; ✓ Mostrar o significado das expressões; ✓ Escrever palavras-chave num cartão para o doente praticar enquanto se mostra o objeto.
Mostrar respeito ao proporcionar cuidado	✓ Evitar discutir as condições da pessoa na sua presença; ✓ Alertar os outros profissionais de saúde para adesão ao plano de cuidados; ✓ Falar com pessoa sempre que estiver com ela.
Iniciar as orientações para a saúde e encaminhamentos (se necessário)	✓ Ensinar estratégias facilitadoras de comunicação e abordagem repetitivas às pessoas próximas; ✓ Encorajar a família a partilhar sentimentos em relação aos problemas de comunicação; ✓ Explicar as razões para as emoções instáveis e de irreverência da pessoa; ✓ Explicar a necessidade de incluir a pessoa nas tomadas de decisão familiares; ✓ Solicitar colaboração de um terapeuta da fala para iniciar tratamento.

Fonte: adaptado de Carpenito-Moyet, 2011

**Apêndice 4 - Resumo conceptual da pesquisa sobre reconstrução da autonomia após
evento agudo gerador de dependência**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Unidade Curricular: Estágio Módulo II – Ano Letivo 2024/2025

Professores Orientadores: Professor Carlos Vilela e Professor Paulo Parente

Diana Luísa Martins Oliveira (ep 8659)

Reconstrução da Autonomia: síntese teórica

De acordo com Proot, Abu-Saad, Crebolder e Meulen (2007) as dimensões da autonomia são as seguintes: **a autodeterminação, a independência e o autocuidado**. A autodeterminação refere-se às escolhas livres e às decisões sobre a vida e saúde; a independência (física, psicológica e social) abrange o planeamento e a organização da vida de cada um, incluindo contactos e papéis sociais e a responsabilidade inerente aos cuidados de saúde; o autocuidado inclui capacidades (mobilidade, comunicação e cognição) e as AVD.

Segundo Proot e colaboradores (2000), com base nos seus estudos com utentes com AVC, a autonomia da pessoa aumenta durante a reabilitação devido a fatores individuais e a fatores ambientais: No que concerne aos fatores individuais da pessoa, salientam-se os seguintes, como facilitadores da reconstrução da autonomia: responsabilidade e autonomia, competências de autocuidado, instruções da família (suporte emocional e instrumental) e tomada de decisão conjunta. Relativamente aos fatores do ambiente, estes estão relacionados, entre outros, com aspetos relacionados com os profissionais de saúde que cuidam da pessoa que sofreu o AVC, nomeadamente a disponibilidade e a experiência.

A ocorrência de um evento agudo gerador de dependência no autocuidado por patologia cerebrovascular, o AVC, altera, profundamente, a autonomia da pessoa. De acordo com Brito (2012), a pessoa no seu processo de reconstrução de autonomia no autocuidado, vivência uma transição, sendo inevitável o desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com dependência.

O potencial de cada pessoa para reconstruir a autonomia no autocuidado, após a instalação de um quadro de dependência no autocuidado, não se reduz apenas à instalação de défices mais ou menos graves, isto é, a aspetos físicos. De acordo com Maciel (2013), também a atitude da pessoa face à dependência, o significado da dependência para cada pessoa, a sua força de vontade, a sua convicção e desejo de recuperar ou o apoio e mobilização de recursos da comunidade, são aspetos a ter em linha de consideração.

Brito (2012), na sua tese de doutoramento, identifica três percursos de reconstrução da autonomia, salientando que a identificação do tipo de percurso tem um papel fundamental na definição dos objetivos e na prescrição das intervenções de enfermagem sendo que, cada um destes percursos, implica diferentes terapêuticas de enfermagem

No que concerne ao primeiro percurso, este é definido como linear e progressivo, o nível de autonomia evolui de um nível mais baixo para um mais elevado, em que as pressões positivas vão ultrapassar as forças negativas. Para estas pessoas, as intervenções de enfermagem visam promover a autonomia, criando condições que favoreçam a satisfação das necessidades de autocuidado e incentivem o desenvolvimento de novas competências nesse aspecto.

Quando as forças negativas predominam sobre as positivas, o percurso torna-se irregular, instável e não linear. Nesse caso, há momentos em que a autonomia é elevada, mas também períodos em que a dependência de terceiros se torna necessária para o autocuidado. Nessa trajetória, os cuidados de enfermagem visam a substituição da pessoa no autocuidado ou na autogestão dos sinais e sintomas. Além disso, ações como orientação e informação podem contribuir para uma gestão mais eficiente da energia no autocuidado e para a aceitação do suporte de outras pessoas.

Relativamente ao terceiro percurso, tal como o primeiro, é linear e progressivo. No entanto, nele as forças negativas superam as positivas, resultando em um nível de autonomia cada vez mais reduzido. Esse caminho caracteriza pessoas dependentes, e a intervenção dos enfermeiros tem como principal objetivo assumir a realização do autocuidado, em seu lugar. As intervenções de enfermagem incluem a execução direta das atividades necessárias, garantindo a satisfação das necessidades do paciente e proporcionando a melhor qualidade de vida possível.

Intervenções de Enfermagem:

1. Promover a consciencialização
 - a. Assistir o cliente na autoavaliação do autocuidado;
 - b. Partilhar conhecimentos;

- c. Negociar experiência indutora da consciencialização.
- 2. Promover o envolvimento
 - a. Promover a confiança;
 - b. Reformular significados;
 - c. Incentivar à tomada de decisão;
 - d. Promover da literacia em saúde.
- 3. Promover autocuidado
 - a. Adequar a habitação;
 - b. Advogar o uso equipamentos;
 - c. Desenvolver capacidades.
- 4. Promover a socialização
 - a. Promover as acessibilidades;
 - b. Organizar grupos de apoio.
- 5. Promover o suporte:
 - a. Informar sobre recursos;
 - b. Assistir a gerir recursos;
 - c. Reunir com a família.
- 6. Desenvolver competências do Familiar Cuidador
 - a. Desenvolver capacidades para tomar conta;
 - b. Assistir na distribuição de tarefas;
 - c. Assistir na gestão de recursos.

**Apêndice 5 – Guião semiestruturado para entrevista a Enfermeira Especialista em
Enfermagem Médico Cirúrgica a desempenhar funções na EGA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crónica

Unidade Curricular: Estágio Módulo II – Ano Letivo 2024/2025

Professores Orientadores: Professor Carlos Vilela e Professor Paulo Parente

Diana Luísa Martins Oliveira (ep 8659)

Enquadramento: Face à necessidade de desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico cirúrgica, durante o estágio clínico - modulo II, considero de extrema importância a recolha da opinião de peritos. Neste caso, optei por entrevistar a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a desempenhar funções na Equipa de Gestão de Altas (EGA).

Confidencialidade e anonimato: Consideramos que o consentimento para a realização da entrevista foi obtido pela resposta à mesma. A mesma não será gravada – nem áudio nem vídeo- e serão retiradas anotações em *situ*. Posteriormente as notas retiradas serão

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever o funcionamento da EGA, equipa intra-hospitalar, multiprofissional;
- Explorar e caracterizar o percurso do utente desde a referênciação à EGA até à colocação numa das tipologias da RNCCI;
- Descrever e perceber a relação entre a EGA e os serviços referenciadores.

Foi elaborado, no sentido de orientar a entrevista e conhecer a perspetiva da perita, um guião da entrevista (Quadro 3) com os seguintes blocos temáticos:

- Legitimação da entrevista;
- Questões de natureza ética;
- Caracterização da entrevistada;

- Descrição do funcionamento da EGA com foque no trabalho multidisciplinar e fatores facilitadores e dificultadores do mesmo;
- Descrição do processo de sinalização/referenciação das pessoas à EGA;
- Descrição do processo de articulação com os serviços referenciadores e seus profissionais;
- Descrição de outros aspetos para além dos questionados;
- Finalização da entrevista e agradecimento.

Quadro 3 – Objetivos e questões entrevistas

Objetivos	Questões
Caracterização da entrevistada	Habilitações Académicas: Tempo de Serviço na EGA:
Descrever o funcionamento da EGA, equipa intra-hospitalar, multiprofissional: • Aspetos facilitadores e dificultadores; • Método de trabalho; • Principais dificuldades no desempenho de funções.	Como caracteriza/descreve as funções da EGA?
Explorar e caracterizar o percurso do utente desde a referenciação à EGA até à colocação numa das tipologias da RNCCI.	Poderia descrever o percurso do utente desde que é sinalizado à EGA até ao momento que é integrado numa das Unidades da RNCCI?
Descrever e perceber a relação entre a EGA e os serviços referenciadores.	Como caracteriza a comunicação e a articulação com os principais serviços referenciadores?
	Gostaria de comentar ou adicionar mais algum aspeto acerca dos temas abordados?

Habilitações Académicas: Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem São João.

Tempo de Serviço na EGA: 15-20 anos

Caracterização/descrição das funções da EGA / Descrição do percurso do utente desde que é sinalizado à EGA até ao momento que é integrado numa das Unidades da RNCCI

As Equipas de Gestão de Altas são equipas intra-hospitalares multidisciplinares sediadas em hospitais de agudos. O seu principal objetivo é o planeamento efetivo da alta hospitalar complexa, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, de formar a garantir a continuidade de cuidados de saúde a todas as pessoas que delas necessitem.

A EGA desta ULS é constituída por uma médica a tempo parcial, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica a tempo completo, uma assistente social a tempo parcial e uma assistente técnica a tempo completo. O método de trabalho é trabalho em equipa.

A EGA tem acesso a novos pedidos de referência através da consulta do aplicativo da RNCCI. Como se trata de um hospital de agudos cabe, em primeiro lugar, à equipa assistencial em articulação com a EGA identificar a necessidade de cuidados continuados integrados das pessoas, o mais precocemente possível. À EGA compete a validação dessa mesma referência, verificando a sua adequação aos critérios das diferentes tipologias de unidades da RNCCI e sua posterior referência à ECL (Equipa Coordenadora Local).

A EGA referencia, portanto, pessoas que, pelo seu nível de dependência funcional ou pelo nível de cuidados que necessitam, não têm condições de retornar ao domicílio em segurança, necessitando de cuidados de saúde integrados em regime de ambulatório (Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários - ECCI) ou de internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção) das valências da RNCCI Geral, Rede Nacional de Cuidados Continuados Pediátrica, Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental e Psiquiatria e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) garantindo sempre a continuidade e adequação dos cuidados às pessoas.

Contudo, verifica-se que o principal motivo pelo qual os serviços referenciam não é a necessidade de continuidade de cuidados de saúde ou a sua complexidade, mas sim a ausência de suporte familiar e a inexistência de um cuidador seja ele formal ou informal.

Entre o processo de referência e a colocação da pessoa numa das tipologias da RNCCI decorre um período de tempo variável. A demora média para colocação numa Unidade de Convalescença ronda os 8 dias, cinco semanas para colocação numa UMDR, duas semanas para colocação numa ULDM e, nos casos das ECCI, dependente da causa de solicitação, demora média pode chegar a seis semanas na área da ULS onde decorreu o nosso estágio.

Tendo em conta os tempos de espera para ingresso na rede e para diminuir o impacto no funcionamento e resposta do hospital de agudos em que a EGA está sediada, esta ULS tem um contrato com uma instituição privada (unidade exterior) para onde estes utentes, referenciados para a RNCCI e sem necessidade de cuidados em hospital de agudos, são transferidos.

O acesso à RNCCI está condicionado uma vez que nas unidades da RNCCI estão internados vários utentes, cerca de 30%, à espera de resposta social (e.g. Integração em ERPI, Centros de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário), familiar e judicial (e.g. processo de maior acompanhado para gestão de alienação de bens).

Nesta unidade exterior é garantido um nível de cuidados idêntico ao de uma Unidade de Média Duração e Reabilitação. A EGA monitoriza a evolução clínica dos utentes com a periodicidade de 15/15 dias.

Em caso de agudização, os utentes regressam à ULS.

Como aspetos facilitadores do desempenho de funções na EGA saliento o facto de, atualmente, os processos clínicos estarem informatizados e a minha vasta experiência profissional. Como aspetos dificultadores saliento a necessidade de lidar com as expectativas irrealistas dos familiares face à recuperação das pessoas, a conspiração do silêncio face ao verdadeiro estado clínico da pessoa e ao seu real prognóstico e o tempo de espera para ingresso nas tipologias da RNCCI. A nossa principal dificuldade, enquanto equipa, é sermos vistos como a equipa que tem de dar resposta ao encaminhamento das pessoas quando tudo o resto falhou.

Caracterização da comunicação e a articulação com os principais serviços referenciadores

Os principais serviços referenciadores são, na área médica: medicina interna, neurologia, unidade de AVC. Na área cirúrgica os principais serviços referenciados são: ortopedia-ortogeriatria e neurocirurgia.

O estilo de comunicação com os serviços referenciadores é uma comunicação assertiva sendo que sempre que a EGA deteta incongruências nos registos clínicos, sinaliza-as os serviços referenciadores de forma a serem corrigidas para viabilizar o processo de referência.

A articulação é feita presencialmente, via telefónica, por correio eletrónico, através do aplicativo da RNCCI – GestCare, através da participação em reuniões multidisciplinares e reuniões familiares (gestão de expectativas, esclarecimento de dúvidas e definição do melhor local para a continuidade de cuidados) e avaliação presencial do utente.

Uma comunicação com os serviços referenciadores é essencial especialmente quando existe a transição para um outro nível de cuidados (e.g. hospital de agudos – unidades RNCCI).

No momento da alta, segundo o despacho relativo à elaboração da nota de alta, os utentes devem acompanhar-se de toda a informação clínica necessária para garantir a continuidade de cuidados. Deste modo, a EGA valida a informação que consta na nota de alta, garantindo que os utentes tenham uma carta de alta institucional devidamente preenchida em que esteja clara a sua história clínica, a evolução no internamento, a terapêutica proposta, os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem ativos e plasmadas as suas necessidades em cuidados de saúde médicos, de enfermagem e de reabilitação, se aplicável. É, ainda, necessário realizar conciliação terapêutica e verificar, sempre, se as necessidades de cuidados em saúde e plano terapêutico dos utentes são passíveis de ser satisfeitos na tipologia onde o utente ingressará.

Apêndice 6 – Procedimento de referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Unidade Curricular: Estágio Módulo II – Ano Letivo 2024/2025

Professores Orientadores: Professor Carlos Vilela e Professor Paulo Parente

Diana Luísa Martins Oliveira (ep 8659)

Para a redação deste procedimento, foi utilizado a norma dos procedimentos da Unidade Local de Saúde onde decorreu o nosso estágio.

1. Objetivos

- Garantir as necessidades em cuidados de saúde das pessoas internadas;
- Agilizar o processo de referenciação para a RNCC;
- Uniformizar o preenchimento dos campos necessários para a referenciação dos utentes no sistema de informação (SI) da RNCCI.

2. Âmbito

Os principais destinatários deste procedimento são os médicos, os enfermeiros e assistentes sociais da ULS que pretendem referenciar utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI).

3. Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2019). Tabela Nacional de Funcionalidade/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação (SI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados [Circular Normativa Conjunta n. 16/2019/ACSS/ISS]. Administração Regional de Saúde, I.P.

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2020). Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação (SI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados – adequação da periodicidade de reavaliação [Circular Normativa Conjunta n. 4/2020/ACSS/ISS]. Administração Regional de Saúde, I.P.
- Diário da República (2006). Decreto-Lei nº 109/2006: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Série I-A;
- Diário da República (2010). Decreto-Lei n.º 8/2010: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, no 19, 257-263;
- Diário da República (2015). Portaria n.º 343/2015: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, no 199, 8815-8831;
- Diário da República (2015). Decreto-Lei n.º 136/2015: Rede Nacional de Cuidados Continuados, 1.ª série, no 145, 5081-5091.

4. Definições

Apoio Social - Serviço que se traduz num conjunto de atos técnicos de estudo, análise e avaliação diagnóstica da situação individual e/ou familiar de um utente, definindo um plano de intervenção social, global e participado, dinamizando e mobilizando os recursos dos Serviços e da rede formal e informal de proximidade, informando e orientando para os direitos prestacionais do Sistema de Segurança Social e/ou de outros Serviços, exercendo a advocacia social e garantindo o apoio e/ou a prestação de cuidados nas Atividades de Vida Diária.

CrITÉRIOS de Referenciação - Conjunto de requisitos pré-estabelecidos identificadores de problemas ou necessidades de um utente, com vista à adequação da resposta a prestar por uma tipologias de unidades da RNCCI.

Cuidados Continuados Integrados - Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Cuidados Paliativos - Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a utentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Dependência - situação transitória ou permanentes em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as Atividades da Vida Diária e ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (atividades básicas necessárias à vida que incluem a higiene, a alimentação, a mobilização e a eliminação).

Doença Crónica - doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de patologias como, por exemplo, a doença cardiovascular, a diabetes, a asma, a doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), a doença oncológica, o VIH/SIDA, as patologias do foro mental e psiquiátrico, as doenças osteoarticulares e as doenças musculares

Funcionalidade - Capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.

Planeamento da Alta- Processo pelo qual são antecipadamente programadas e organizadas as respostas às necessidades de continuidade de cuidados de saúde e apoio social de um utente internado/ integrado, após a alta.

Reabilitação - Processo pelo qual são antecipadamente programadas e organizadas as respostas às necessidades de continuidade de cuidados de saúde e apoio social de um utente internado/ integrado, após a alta.

5. Abreviaturas

- a) CI – Consentimento Informado
- b) ECL – Equipa Coordenadora Local
- c) ECR – Equipa Coordenadora Regional
- d) ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários
- e) EGA – Equipa de Gestão de Altas
- f) ERPI – Estrutura Residencial para Idosos
- g) ISS – Instituto de Segurança Social
- h) RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados
- i) RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- j) SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
- k) SI – Sistema de Informação
- l) SNS – Sistema Nacional de Saúde
- m) UC – Unidade de Convalescença
- n) UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
- o) ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
- p) UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
- q) USF – Unidade de Saúde Familiar
- r) TA – Termo de Aceitação

6. Descrição

Enquadramento Teórico

As Equipas de Gestão de Altas (EGA) são equipas intra-hospitalares multidisciplinares sediadas em hospitais de agudos. A EGA é constituída por uma médica, uma enfermeira, uma assistente social e uma assistente técnica. O seu principal objetivo é o planeamento efetivo da alta hospitalar complexa, em conjunto com os restantes serviços hospitalares, de formar a garantir a continuidade de cuidados de saúde a todas as pessoas que delas necessitem.

Uma vez que as pessoas estão internados num hospital do Sistema Nacional de Saúde (SNS), cabe à equipa assistencial (serviço referenciador) a identificação da necessidade de cuidados continuados integrados e à equipa de gestão de altas (EGA) a sua referenciação para a RNCCI. É, também, fundamental a identificação prévia do tipo de cuidador (informal, formal ou ambos) que as pessoas necessitam face ao seu grau de dependência e/ou à complexidade dos cuidados que necessitam.

O processo de referenciação ocorre em três etapas (figura 1):

1. sinalização das pessoas com critérios de ingresso para a RNCCI à EGA e posterior avaliação;
2. ingresso na RNCCI e avaliação pela Equipa Coordenadora Local (ECL);
3. admissão numa unidade da RNCCI, após consentimento do utente (CI), com remessa do processo à ECR para cativação de vaga numa unidade.

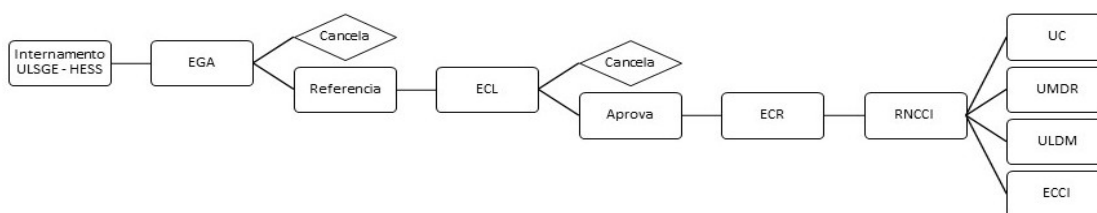


Figura 1 – Etapas do processo de referenciação RNCCI

A EGA pode referenciar à ECL os utentes que, pelo seu nível de dependência funcional ou pelo nível, periodicidade e complexidade de cuidados que necessitam, não têm condições de retornar ao domicílio em segurança, necessitando de cuidados continuados integrados em regime de ambulatório (Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários – ECCI) ou de Internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção) das valências da RNCCI Geral, Rede Nacional de

Cuidados Continuados Pediátrica, Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental e Psiquiatria e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) garantindo a continuidade e adequação dos cuidados.

São **critérios de referenciação** para a RNCCI:

- pessoas dependentes, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas (e.g. desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais);
- pessoas com episódios frequentes de agudização de doenças crónicas e que necessitam de ser seguidos e acompanhados durante períodos de tempo mais ou menos longos; utentes com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado;
- pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos e necessidade de capacitação dos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

À EGA compete a validação dessa mesma referenciação, verificando a sua adequação aos critérios das diferentes tipologias de unidades da RNCCI e sua posterior referenciação à ECL. Para as pessoas em situação de dependência, sem necessidade de cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde e que não reúnam critérios para ingresso em nenhuma das tipologias da RNCCI são equacionadas soluções como ERPI (Estrutura Residencial para Idosos), FA (Família de Acolhimento), Alta para Domicílio com apoio de SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) ou apoio da USF (Unidade de Saúde Familiar), sempre em articulação com a pessoa, familiar/cuidador e equipa assistencial.

São **critérios de exclusão** para a RNCCI:

- pessoas com episódio de doença em fase aguda;
- pessoas que necessitem exclusivamente de apoio social;
- pessoas em estudo ou cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
- pessoas cujo regime terapêutico farmacológico inclua antibióticos/antifúngicos de uso exclusivo hospitalar;
- pessoas com tuberculose pulmonar em fase bacilífera.

Processo de Referenciação no sistema de informação da RNCCI - GestCare®

O processo de referenciação é realizado pela equipa assistencial (Médico, Enfermeiro e Assistente Social) do serviço em que as pessoas se encontram, é necessário que estejam preenchidos os seguintes campos no SI da RNCCI:

- **Avaliação de Enfermagem:** parâmetros vitais; parâmetros biofísicos; risco de úlcera de pressão (Escala de Braden); risco de úlcera de pressão (Escala de Morse); úlceras de pressão, se aplicável; tabela de funcionalidade e, no caso de referenciação para a RNCCI Saúde Mental classificação de funcionalidade de saúde mental; objetivos para integração na tipologia; necessidade de cuidados de enfermagem após a alta e avaliação de diabetes, risco ou avaliação, se aplicável;
- **Avaliação Médica:** diagnóstico principal e secundários, história clínica (antecedentes pessoais, história da doença atual, evolução no internamento, clínica atual, necessidades em cuidados médicos, dieta e terapêutica proposta com posologia);
- **Avaliação Social:** agregado familiar, contactos privilegiados, avaliação social, diligências efetuadas e plano após a alta
- **Avaliação de Fisiatria** se o objetivo da referenciação for ingresso numa das tipologias com em programa de reabilitação (UC, UMDR, ECCI).

O período entre a primeira e a última informação tem que ser igual ou inferior a três dias úteis. Terminado o preenchimento dos campos anteriormente descritos, a EGA tem dois dias úteis para avaliar o processo através da análise documental do processo clínico, da análise da congruência entre diferentes campos e, no caso de dúvidas, visita presencial às pessoas ou contacto com os serviços referenciadores.

Assim, se a pessoa reunir os critérios para ingresso numa das tipologias da RNCCI a EGA coloca o processo na ação da ECL que tem dois dias úteis para validar ou não a tipologia proposta. No caso de ser necessário informação adicional, a EGA enviará um email à equipa assistencial que tem dois dias úteis para responder.

Após a validação do processo pela ECL, é solicitado o CI para as tipologias de internamento UC ou ECCI o qual tem de ser enviado à EGA no prazo de dois dias úteis. No caso das UMDR, das ULDM e das tipologias da RNCCI Saúde Mental, é solicitado, também, o Modelo 55. Este deverá ser devolvido à EGA preenchido num espaço de dois dias úteis para ser pedido ao ISS a elaboração do TA. Após a receção do CI e TA, estes deverão ser enviados assinados à EGA num espaço de dois dias úteis.

Se os documentos anteriormente referidos (CI e TA) não forem devolvidos à EGA assinados num prazo máximo de dois dias úteis, no caso de pessoas capazes o processo de referenciação para a RNCCI é cancelado por não obtenção da documentação. No caso de utentes incapazes, é instruído o processo de acompanhamento de maior.

No caso de pessoas a aguardar vaga para a RNCCI e com critérios de alta do hospital de agudos, deve ser considerada a sua transferência para a unidade exterior do hospital.

No momento de colocação da pessoa numa das tipologias ou de transferência do utente para a unidade exterior é necessário:

- Validar a manutenção dos critérios de ingresso na unidade RNCCI;
- Realizar nota de alta médica, de enfermagem e social de forma a garantir uma eficaz transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, a segurança dos utentes e a continuidade dos cuidados;
- Realizar a conciliação terapêutica assegurando o acesso a fármacos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar (e.g. antineoplásicos, antirretrovirais) e a prescrição de fármacos passíveis de serem administrados pela unidade;
- Garantir o acesso a dispositivos médicos (aspirador de secreções, *cough assist*, VNI, CPAP, ...) e a continuidade de terapêuticas de substituição (e.g. hemodiálise);
- Descrever o plano de seguimento / acompanhamento do utente fornecendo à unidade o Agendamento de Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

No momento da alta, a pessoa deve fazer-se acompanhar da nota de alta médica, de enfermagem, social; do CI e TA; da medicação que deverá ser fornecida pela farmácia hospitalar e dos dispositivos médicos que o utente necessita (*cough assist*, VNI, CPAP).

Apêndice 7 – Medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike*

Quadro 3 - Medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike*

Medicamentos LASA	
Aciclovir	GANciclovir/ VALaciclovir/ VALGANciclovir
aloPURINol	halOPERIDol
amiNOFILina	amioDAROna/ amLODIPina
cLARITROMicina	CIPROfloxacina
CLONazepam	Diazepam/ LORazepam/ OXazepam
DULoxetina	FLUoxetina/ PARoxetina
esomePRAZOL	pantoPRAZOL
hidrALAzina	hidrOXIzina
lamIVUDina	lamOTRIGina
levoMEPROMAZina	levoTIROXina
metFORMINA	metRONIDAZOL
morfina	HIDROmorfona
niMODipina	niFEdipina/ niZATidina
OLANZapina	QUETiapina
propRANOlol	propOFol
rifamPlcina	rifamicina
SIrolimus	TACrolimus
sulfaDiazina	sulfaSSALazina

Fonte: Adaptado Direção-Geral de Saúde (2023)

Anexo II

Anexo II – Certificados relativos à presença em eventos científicos

WEBINAR

ENFERMAGEM CEREbroVASCULAR

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NAS DIFERENTES FASES DO AVC

CERTIFICADO DE PARTICIPANTE

Certifica-se que Diana Luísa Martins Oliveira

Participou no Webinar “**Enfermagem Cerebrovascular: Atuação de Enfermagem nas diferentes fases do AVC**”, organizado pela SPAVC no dia 17 de abril de 2024.



SUSANA SALSELAS
(COORDENADORA DO CURSO)



VÍTOR TEDIM CRUZ
(PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA SPAVC)



Tertúlia «Níveis de alocação de cuidados ao doente agudo»



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GAIA E ESPINHO

Cuidamos de
UNIC

Certificado de Participação

Certifica-se que

DIANA LUISA MARTINS OLIVEIRA

participou na TERTÚLIA "NÍVEIS DE ALOCAÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE AGUDO", promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, que decorreu no dia 18 de abril de 2024, entre as 14h30 e as 18h00, no Auditório do Salão Nobre do Hospital Eduardo Santos Silva.

Pela Comissão Organizadora,

Tiago Oliveira
Diretor do Serviço de Formação



Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Diana Luisa Martins Oliveira** participou no **Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem**, realizado a 6 e 7 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 18 horas.

Atividades em que participou:

Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

IV Jornadas de Prestadores de Cuidados Continuados Integrados do Alto Ave



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

IV Jornadas dos Prestadores de Cuidados Continuados Integrados do Alto Ave A RNCCI, na nova Organização de Saúde

Auditório da Casa do Tempo Cabeceiras de Basto

Formato Híbrido



22 | MAIO | 2024

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Diana Luísa Martins Oliveira

participou nas “IV Jornadas dos Prestadores de Cuidados Continuados Integrados do Alto Ave”, promovidas pela ULS Alto Ave e que decorreram no dia 22 de maio de 2024, das 09h00 às 16h15, no Auditório da Casa do Tempo em Cabeceiras de Basto, em formato *online*.

Pela Comissão Organizadora,

Ana Isabel Mogalhas



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



SEGURANÇA SOCIAL



CUIDADOS CONTINUADOS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que *Diana Luísa Martins Oliveira*

Participou no Webinar intitulado **“AVC nos Cuidados de Saúde Primários”**, organizado pela Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC) e pelo Grupo de Estudos de Doenças Cardiovasculares (GESDCard) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), no dia 11/09/2024, com 2 horas de duração.



Vitor Tedim Cruz
(Presidente da Direcção da SPAVC)

Uma parceria:



Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2024



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Diana Luisa Martins Oliveira

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2024

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 21 e 22 de Março de 2024,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 25 de março de 2024

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2025



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

DIANA LUISA MARTINS OLIVEIRA

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2025**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 27 e 28 de Março de 2025,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 28 de março de 2025

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



Anexo III

Anexo III – Certificados relativos à apresentação de pósteres em eventos científicos



19.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC
29 A 31 DE JANEIRO DE 2025 | SHERATON PORTO HOTEL



CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO

Pelo presente certifica-se que **Diana Oliveira** participou no 19º Congresso Português do AVC, realizado no Porto, de 29 a 31 de janeiro de 2025, tendo apresentado o trabalho como CARTAZ:

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO DA LITERATURA

Diana Oliveira¹, Isabel Valente², Salomé Mendes³, Maria Jesus Torres⁴, Paulo Parente⁵, Carlos Vilela⁶

¹ Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ² Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ³ Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ⁴ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ⁵ Escola Superior de Enfermagem do Porto, ⁶ Escola Superior de Enfermagem do Porto

Vítor Tedim Cruz

Presidente do Congresso e da Direcção da SPAVC



Certificado de apresentação de E-Poster no Congresso Internacional de Controlo de Infecção
2025



Certificado

Certifica-se que Diana Oliveira, Maria Jesus Torres, Susana Magalhães, Lúcia Fonseca, Paulo Parente e Carlos Vilela, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster**, **Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a Traqueostomia: Revisão Narrativa da Literatura**, no Congresso Internacional de Controlo de Infecção, CICI2025, que se realizou On-Line, nos dias 27 e 28 de março de 2025

Porto, 28 de março de 2025

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

