

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DA PESSOA COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA**

**THE ROLE OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION IN THE RESPIRATORY
REHABILITATION FOR INDIVIDUALS LIVING WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE**

Susana Araújo

Almada
2025

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DA PESSOA COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA**

**THE ROLE OF THE NURSE SPECIALIST IN REHABILITATION IN THE RESPIRATORY
REHABILITATION FOR INDIVIDUALS LIVING WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE**

Susana Araújo

Orientador: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada
2025



“Quando as pessoas são capazes de cuidar de si mesmas, recuperam a dignidade e o controlo sobre as suas vidas.”

Dorothea Orem (s.d)

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta etapa fosse possível.

Aos meus pais Isabel e Victor em especial, pelo seu amor incondicional, apoio constante e incentivo nos momentos de maior desafio, assim como a sua compressão pelas minhas ausências. Amo-vos muito.

Ao meu amor Fábio, a quem devo a base que sustentou esta caminhada, me ajudou e motivou, reconhecendo sempre as minhas capacidades e me incentivou nos momentos difíceis.

À minha melhor amiga Joana, sempre carinhosa, compreensiva e disponível para me ajudar neste percurso.

Aos melhores amigos que o Homem pode ter, Átila e Lemmy que me enchem o coração de amor e me ajudam a ganhar energia.

Aos meus colegas de turma, pelo apoio, partilha, camaradagem e pelos momentos divertidos, em especial à minha colega Inês, pelo seu positivismo, alegria e constante disponibilidade.

Aos meus colegas de trabalho Ana Isabel, José Maria, Sofia e Suraya, e à minha chefe Ana Vitória Almeida, que mesmo ficando prejudicados pelas minhas frequentes ausências, sempre me ajudaram, motivaram e apoiaram, muito obrigada.

A todos os professores e orientadores com quem me cruzei neste percurso, obrigada pelo profissionalismo, disponibilidade, partilha de conhecimento e orientação.

Um especial obrigado ao Professor Doutor Júlio Belo Fernandes, não só pela sua orientação e disponibilidade, mas também pela sua paciência, motivação e apoio nesta jornada, aliado à sua boa disposição. Será sempre uma referência que levo para a vida.

A todos vós, muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o código de conduta ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BOLD - Burden of Obstructive Lung Disease

CATR - Ciclo Ativo de Respiração

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE - Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias

PGDI - Programas de Gestão integrada da Doença

pMDI - Inaladores Pressurizados Dosáveis

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

Sr.- Senhor

Sra. - Senhora

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

TEF - Técnica de Fluxo Expiratório

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

Este percurso académico teve como finalidade o desenvolvimento de competências diferenciadas que permitam a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Tal objetivo é concretizado através da realização de um estágio, durante o qual a estudante deve evidenciar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e capacidades imprescindíveis ao exercício profissional.

Neste sentido, foi concebido um projeto de estágio no qual se planearam estratégias e atividades a desenvolver, orientadas para a problemática previamente identificada, centrada na área de interesse, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação respiratória da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Sendo esta uma das principais causas de internamento hospitalar por doença crónica a nível mundial, caracterizada pela limitação progressiva e irreversível do fluxo aéreo, associada a sintomas como dispneia, fadiga e intolerância ao exercício. Estas manifestações clínicas contribuem de forma significativa para a diminuição da capacidade funcional, comprometendo a realização das atividades de vida diária e restringindo a participação social das pessoas afetadas. Neste contexto, a reabilitação respiratória assume um papel fulcral na abordagem terapêutica da DPOC, visando a otimização da função pulmonar, o aumento da tolerância ao esforço, bem como a promoção da autonomia e da qualidade de vida da pessoa.

O presente relatório tem como propósito descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, orientadas para mitigação da problemática identificada, contribuindo para o desenvolvimento das competências definidas nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos, concomitantemente alinhadas com competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A referenciação teórica utilizada para a sustentação da prática de cuidados foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, com o objetivo de melhorar capacidades funcionais e maximizar a autonomia na execução das atividades de vida diária, assim como uma melhoria global da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; DPOC; Reabilitação Respiratória; Autocuidado

ABSTRACT

This academic journey was designed to develop advanced competencies required for obtaining the Master's degree and the professional title of Nurse Specialist in Rehabilitation. This goal is achieved through the completion of a professional internship, during which the student is expected to demonstrate the acquisition and progression of essential knowledge and skills for specialized nursing practice.

In this context, an internship project was developed, outlining strategies and planned activities tailored to a previously identified issue of interest: the role of the Nurse Specialist in Rehabilitation in the respiratory rehabilitation for individuals living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

COPD is a highly prevalent condition and remains one of the leading causes of hospital admissions due to chronic illness worldwide. It is marked by a progressive and irreversible limitation of airflow, often accompanied by symptoms such as dyspnea, fatigue and exercise intolerance. These clinical manifestations significantly reduce functional capacity, hinder the performance of daily living activities, and limit the social participation of affected individuals. Within this framework, respiratory rehabilitation plays a crucial role in the therapeutic approach to COPD, aiming to optimize pulmonary function, increase exercise tolerance, and promote autonomy and quality of life.

This report aims to describe and reflect on the activities undertaken during the internship, with a specific focus on addressing the identified issue. These activities contributed to the development of competencies outlined in the Dublin Descriptors for second-cycle education, aligning with the professional competencies defined by the Portuguese Nursing Council for the title of Nurse Specialist in Rehabilitation.

The theoretical foundation guiding the care provided was Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory, which underpinned the interventions aimed at enhancing functional capacity, fostering greater independence in daily living, and improving overall quality of life.

Keywords: Rehabilitation Nursing; COPD; Respiratory Rehabilitation; Self-care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA	12
1.1.1 Etiologia e fatores de risco	12
1.1.2 Apresentação clínica	13
1.1.3 Tratamento	13
1.1.4 Epidemiologia da DPOC.....	13
1.1.5 Impacto social e económico	14
1.1.6 Intervenções do EEER na RR da pessoa com DPOC	15
1.2 TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM	19
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	22
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	22
2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade	25
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	27
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	30
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	34
2.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	34
2.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	40
2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	43
3. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE 2 – PROTOCOLO REVISÃO SCOPING	

APÊNDICE 3 –SESSÃO DE FORMAÇÃO – ESCALA HADS

APÊNDICE 4 - SESSÃO DE FORMAÇÃO – INALADORES PRESSURIZADOS DOSÁVEIS

APÊNDICE 5 – POSTER INALOTERAPIA

APÊNDICE 6 – FOLHETO INFORMATIVO – PRESCRIÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO PARA O BANHO

APÊNDICE 7 – FOLHETO INFORMATIVO – FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL

APÊNDICE 8 – SESSÃO DE FORMAÇÃO – CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA: COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO

APÊNDICE 9 – SESSÃO DE FORMAÇÃO – MECÂNICA CORPORAL PARA ENFERMEIROS NO LEVANTE E POSICIONAMENTO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA

APÊNDICE 10 – POSTER MECÂNICA CORPORAL PARA ENFERMEIROS NO LEVANTE E POSICIONAMENTO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA

APÊNDICE 11 – SESSÃO DE FORMAÇÃO - REVISÃO SCOPING: INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC

APÊNDICE 12 – POSTER DA REVISÃO SCOPING: INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC

APÊNDICE 13 – ESTUDO DE CASO I

APÊNDICE 14 – ESTUDO DE CASO II

ANEXOS

ANEXO 1 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO - POSTER INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC

ANEXO 2 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO- APRESENTAÇÃO ORAL INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Intervenções Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem De Reabilitação (EEER) na Reabilitação Respiratória (RR) da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)”, constitui um elemento de avaliação da unidade curricular de estágio e relatório, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER), da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros ([OE] 2021), o relatório de estágio tem como finalidade a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, demonstrando a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica e evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE, constituindo um instrumento de avaliação no processo de aprendizagem e aquisição de conhecimento.

O principal objetivo deste relatório é descrever, analisar e refletir sobre as experiências e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando a aquisição das competências definidas para a atribuição do título profissional de EEER e dos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino, para obtenção do grau de mestre.

Para permitir o desenvolvimento das competências acima mencionadas, foi delineado um projeto (Apêndice 1), no qual foram definidos os objetivos gerais e específicos, bem como as intervenções a serem realizadas ao longo do estágio. Este planeamento teve como propósito orientar a prática clínica, garantindo a aplicação fundamentada dos conhecimentos e capacidades adquiridas e a progressão no desenvolvimento das competências do EEER.

Os objetivos gerais definidos foram: “Desenvolver intervenções do EEER com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade”, e “Desenvolver competências do EEER na RR da pessoa com DPOC”.

A escolha da temática teve por base as áreas de investigação prioritárias para a especialidade de ER (OE, 2023), que destacam as intervenções autónomas do EEER na RR como uma área de intervenção muito prioritária de estudo a investigar.

Após a seleção da RR como foco de investigação, foi realizada uma pesquisa preliminar, culminando na escolha da DPOC como tema a desenvolver durante o estágio.

A DPOC é uma das principais causas mundiais de morbilidade e mortalidade, da qual resulta um impacto social e económico substancial. Caracteriza-se por uma progressiva dificuldade respiratória, que tem repercussões na funcionalidade e, consequentemente, interfere na realização das atividades de vida diária (AVD). Este défice no autocuidado, pode levar também ao isolamento social e,

consequentemente, à diminuição da qualidade de vida. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas.

Tendo por base que as intervenções do EEER têm como objetivo a manutenção e promoção do bem-estar da pessoa, a recuperação da funcionalidade, e a maximização das capacidades, através da promoção do autocuidado e da prevenção de complicações (OE, 2015), torna-se evidente a relevância do estudo desta temática.

Considerando a problemática selecionada e as suas consequências, foi adotada a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, para orientar a intervenção durante o estágio, uma vez que se verifica uma clara relação entre a evolução da DPOC e a diminuição das capacidades funcionais para a realização do autocuidado.

Para operacionalização do projeto desenvolveu-se um estágio em dois momentos distintos: o primeiro de 20 de Maio a 26 de Julho e o segundo entre 2 de Setembro a 14 de Janeiro, abrangendo diferentes contextos, nomeadamente, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), Hospital no serviço Pneumologia e no serviço de Ortopedia, e Intervenção Comunitária em Projeto de Intervenção na pessoa com demência.

A estrutura do relatório inicia-se com uma introdução, seguida do enquadramento teórico, onde se apresenta a contextualização e justificação da temática, bem como o referencial teórico que sustentou as intervenções durante o estágio. Posteriormente, procede-se à descrição, reflexão e análise das experiências e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, demonstrando o desenvolvimento das competências previstas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, assim como as competências comuns e das competências específicas do EEER. Segue-se a conclusão, que inclui uma análise retrospectiva do percurso realizado. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos que contribuíram para a realização do relatório de estágio.

O presente trabalho foi redigido segundo as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa. As referências bibliográficas seguem as normas da American Psychological Association, 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A DPOC é uma condição pulmonar heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos, devido a anormalidades persistentes das vias aéreas, alvéolos e/ou vasos pulmonares (Celli et al., 2022). De acordo com diretrizes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ([GOLD], 2023), a DPOC deve ser considerada em qualquer pessoa que apresente tosse crónica, produção de expectoração, dispneia e/ou história de exposição a fatores de risco para a doença, já que estes, geralmente precedem o desenvolvimento da limitação do débito aéreo. O diagnóstico é confirmado pela presença de uma limitação ao fluxo aéreo, determinada espirometricamente, e/ou por evidência objetiva de disfunção pulmonar estrutural ou fisiológica. Para tal, a espirometria deve demonstrar que a relação percentual do valor do Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (VEMS) sobre a Capacidade Vital Forçada (CVF), após a administração de broncodilatador, é inferior a 70%, indicando limitação obstrutiva do débito aéreo.

1.1.1 Etiologia e fatores de risco

A DPOC resulta de interações geno-ambientais complexas, cumulativas e dinâmicas ao longo da vida que podem danificar os pulmões e/ou alterar os seus processos normais de desenvolvimento ou envelhecimento. Na DPOC é necessário compreender as relações e interações entre a componente genética da pessoa e os vários fatores de risco ambientais ao longo da vida (GOLD, 2023).

As principais exposições ambientais que levam ao desenvolvimento da DPOC incluem o tabagismo, a exposição à biomassa, a exposição ocupacional e a poluição ambiental (Eisner et al., 2010). O fator de risco genético mais relevante identificado, embora epidemiologicamente raro, são as mutações no gene SERPINA1, que levam à deficiência de alfa-1 antitripsina (Miravittles et al., 2017). No entanto, outras variantes genéticas, com baixo tamanho de efeito individual, também estão associadas à redução da função pulmonar e ao risco desenvolvimento da DPOC (GOLD, 2023).

Outra das causas da DPOC é o desenvolvimento pulmonar anormal que ocorre quando existe uma alteração na trajetória de desenvolvimento normal da função pulmonar, desde a gestação, até à adolescência, e que afeta o crescimento pulmonar. Nestes casos existe uma aceleração da fase de envelhecimento pulmonar e consequentemente uma aceleração da taxa normal de declínio da função pulmonar (Martinez, 2016).

Adicionalmente, diversos fatores estão vulgarmente relacionados com o risco de DPOC,

incluindo a idade, devido ao declínio fisiológico na função pulmonar; o sexo, mais frequente em homens; a presença de bronquite crónica, asma e hiper-reatividade das vias aéreas; infeções respiratórias de repetição e fatores socioeconómicos como a exposição ambiental e má nutrição (GOLD, 2023).

A pessoa com DPOC apresenta frequentemente outras comorbilidades que também influenciam a sua condição clínica e prognóstico, exigindo tratamento específico. Essas condições podem limitar e/ou agravar uma exacerbação aguda (GOLD, 2023). Independentemente da gravidade funcional, são fatores de agravamento a existência de exacerbações frequentes e a presença de comorbilidades como, afeções cardiovasculares, cancro do pulmão, osteoporose e osteopenia, ansiedade e depressão, síndromes metabólicas e disfunção muscular periférica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019).

1.1.2 Apresentação clínica

As pessoas com DPOC apresentam por norma dispneia, sibilância, toracalgia, fadiga, tosse com ou sem produção de muco e limitações na execução das AVD, podendo experienciar eventos agudos caracterizados por um aumento de sintomas respiratórios que influenciam o seu estado de saúde e prognóstico, requerendo medidas preventivas e terapêuticas específicas (GOLD, 2023).

1.1.3 Tratamento

Os objetivos do tratamento da DPOC passam por aliviar os sintomas, prevenir a progressão da doença, melhorar a capacidade de exercício, prevenir e tratar complicações e exacerbações e reduzir a mortalidade (DGS, 2019).

Intervenções como a cessação tabágica, a administração de oxigenoterapia de longa duração, e a ventilação não invasiva, aumentam o tempo de sobrevivência, enquanto a terapêutica farmacológica, e a RR melhoram os sintomas e a qualidade de vida (GOLD, 2023).

A prevenção da doença envolve a redução da exposição a fatores de risco exógenos como o uso de equipamento de proteção individual na exposição a poluentes ou a biomassa, no decurso do exercício profissional ou em zonas de altos níveis de poluição ambiental. No entanto, a principal medida preventiva é a evicção de hábitos tabágicos, considerada a única intervenção comprovadamente eficaz para retardar a deterioração respiratória (GOLD, 2023).

1.1.4 Epidemiologia da DPOC

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com um impacto social e económico substancial e tendencialmente crescente. Trata-se da doença respiratória

crónica mais prevalente, representando uma significativa sobrecarga para os sistemas de saúde (GOLD 2023).

O programa Burden of Obstructive Lung Diseases ([BOLD], 2023) descreve uma prevalência geral de DPOC de 11,8% para homens e 8,5% para mulheres. Embora a prevalência seja consideravelmente maior em fumadores e ex-fumadores, existe uma prevalência substancial de DPOC entre 3% a 11% em pessoas que nunca fumaram. Numa perspetiva etária, a DPOC é mais frequente em pessoas acima dos 39 anos de idade.

Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias ([ONDR], 2020) a DPOC representou 2,5% da mortalidade em Portugal, sendo a 7ª principal causa de morte na União Europeia e a 24ª principal causa de incapacidade no adulto. Globalmente em 2022 a DPOC causou 3,23 milhões de mortes, tornando-se a terceira principal causa de morte (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023).

Nos cuidados de saúde primários, o número de utentes com problemas ativos de DPOC em Portugal aumentou cerca de 152% entre 2011 e 2019 (ONDR, 2020).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado têm contribuído para um decréscimo de 45,5% na mortalidade hospitalar entre 2005 e 2014 (DGS, 2017).

1.1.5 Impacto social e económico

A DPOC afeta não só a qualidade de vida e a taxa de mortalidade, mas também acarreta um custo socioeconómico, que resulta da soma dos custos diretos relacionados com a utilização dos serviços de saúde, dos custos indiretos decorrentes da perda de produtividade e do valor económico perdido devido à redução da qualidade e dos anos de vida da pessoa. Em 2019, a perda económica total anual causada pela DPOC, foi estimada em 1,6 mil milhões de euros (ONDR, 2020).

Na União Europeia, os custos totais diretos com doenças respiratórias são estimados em cerca de 6% do orçamento dos sistemas de saúde, sendo a DPOC responsável por 56% desse valor (38,6 mil milhões de euros). Modelos dinâmicos indicam que as mulheres tendem a incorrer em custos diretos mais elevados e a perder mais anos de qualidade de vida do que os homens. As exacerbações da DPOC representam a maior proporção do peso económico da doença para o sistema de saúde (ONDR, 2020).

Existe uma relação direta entre a gravidade da DPOC e os custos do tratamento, com uma redistribuição de custos à medida que a doença progride. Temos como exemplo, os custos associados à hospitalização e oxigenoterapia em contexto de ambulatório que aumentam com a gravidade da doença. Qualquer estimativa dos cuidados diretos para cuidados domiciliários subestima o verdadeiro impacto económico da DPOC para a sociedade, pois ignoram o valor económico pelos cuidados informais (GOLD, 2023).

1.1.6 Intervenções do EEER na RR da pessoa com DPOC

As pessoas com DPOC apresentam frequentemente dificuldades em realizar as AVD, devido à dispneia e efeitos sistêmicos, como disfunção muscular esquelética e desequilíbrios no fornecimento energético, levando-as a adaptar ou reduzir essas atividades, o que resulta na incapacidade funcional (Weldam et al., 2013).

Uma grande parte destas pessoas considera-se parcialmente ou totalmente dependente de ajuda para realizar uma ou mais AVD, o que pode contribuir para o isolamento social e, consequentemente, para a diminuição da qualidade de vida (Vaes et al., 2019). Cabe ao EEER participar ativamente na promoção do autocuidado e da qualidade de vida da pessoa com DPOC.

Para identificar as intervenções do EEER na RR da pessoa com DPOC, foi realizada uma revisão *scoping* cujo protocolo pode ser consultado em apêndice (Apêndice 2). A análise dos dados da revisão revelou várias intervenções, que foram agrupadas em 5 categorias.

- Electroestimulação

A electroestimulação muscular é uma abordagem terapêutica que utiliza corrente elétrica de baixa intensidade para estimular grupos musculares específicos. Em pessoas com DPOC a electroestimulação dos quadríceps é aplicada com o objetivo de melhorar a força muscular e a capacidade funcional. Barragán-Mendez et al. (2014), analisaram eficácia de um programa de RR com e sem electroestimulação. Os resultados demonstraram que a inclusão da electroestimulação, aumentou a tolerância ao esforço, diminui o número de deslocções ao serviço de urgência, melhorou o estado emocional, promoveu a independência nas AVD e teve impacto na qualidade de vida da pessoa com DPOC.

- Terapia de pressão expiratória positiva

Nicolli, et.al (2018), compararam a eficácia de dois dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP): o PEP oscilatória (O-PEP) e o PEP temporária (T-PEP). O O-PEP cria ondas acústicas de baixa frequência para reduzir a viscosidade do muco e facilitar a sua mobilização, enquanto o T-PEP atua em baixas pressões para otimizar a remoção de secreções, melhorando a função pulmonar, por meio da redução no grau de hiperinsuflação pulmonar e da redistribuição fisiológica concomitante dos volumes pulmonares. O estudo demonstra a eficácia destes dispositivos na redução das exacerbações, na qualidade de vida e nos parâmetros de função respiratória entre 3 grupos de participantes com DPOC. Os resultados demonstraram que ambos os dispositivos proporcionam benefícios na função respiratória, na melhoria da dispneia, na tolerância ao exercício e na redução de exacerbações, sendo que o T-PEP, obteve melhores resultados estatísticos em todos os parâmetros, num período mais curto em

comparação com o O-PEP.

- Programa de exercício físico

Os programas de exercício físico utilizados nos estudos analisados incluíram exercícios aeróbios, exercícios de fortalecimento muscular abdominal, membros superiores e inferiores, exercícios de controlo respiratório, de alongamento e relaxamento.

Alfarroba et al. (2016) realizaram um estudo onde comparou os benefícios de um programa multidisciplinar com foco no exercício físico em pessoas com DPOC. Após a aplicação do programa que incluía exercícios aeróbios, exercícios de fortalecimento muscular e controlo respiratório, os participantes demonstraram uma maior tolerância ao exercício físico, diminuição da dispneia e da fadiga, além da melhoria da qualidade de vida.

Dentro da mesma linha de pensamento Rosero et al. (2023) realizaram um estudo com o objetivo de determinar o efeito do acompanhamento telefónico nas necessidades educativas, dispneia, qualidade de vida e capacidade funcional de pessoas com DPOC. O programa de reabilitação consistiu em exercícios de passadeira ou bicicleta ergométrica durante 30 minutos e exercício de fortalecimento muscular, realizados em 4 séries de 12 repetições. O grupo de controlo recebeu educação sob diversos temas como: conhecimento da doença, importância da cessação tabágica, uso de inaladores, sinais de alerta, uso de oxigenoterapia, nutrição adequada, técnicas de conservação de energia e exercícios respiratórios. O grupo de intervenção recebeu o mesmo programa de educação e reabilitação, mas foi suplementado com acompanhamento telefónico educacional. Um profissional de saúde realizou o contacto telefónico com o objetivo de complementar os tópicos discutidos nas sessões presenciais. Embora o grupo de intervenção tenha obtido melhores resultados, o grupo de controlo demonstrou melhorias significativas na tolerância ao exercício, redução da dispneia e melhoria da qualidade de vida.

Luk et al. (2017) avaliaram a influência de um modelo de gestão integrada de doença e um programa de reabilitação na utilização dos cuidados de saúde agudos. A equipa de gestão integrada realizou intervenções que incluíam a definição de metas e reavaliações regulares, educação para a saúde, cessação tabágica, elaboração de um plano de gestão de exacerbação e contacto regular. A cada participante foi atribuído um gestor de caso que avaliou a pessoa e garantiu que foram prestados cuidados personalizados. O programa de reabilitação incluiu sessões de exercício e educação para a saúde. Cada sessão de exercício consistiu em caminhada na passadeira, bicicleta e exercícios em circuito. As sessões de educação para a saúde foram realizadas em grupo e abordaram tópicos sobre a doença e gestão terapêutica.

Collins et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de analisar se a duração do exercício, após um programa de treino associado à RR e suplementação de oxigénio, seria superior após um

programa de treino combinado com Heliox. Os participantes foram distribuídos por 3 grupos de intervenção: treino físico com suplementação de oxigénio, treino físico com suplementação com Heliox (onde os participantes inalaram uma mistura com 30% de oxigénio e 70% de hélio) e treino físico com RR e suplementação de oxigénio. Em todos os grupos a componente de exercício consistiu num programa de treino em passadeira. Os resultados indicam que todos os grupos apresentaram melhorias na tolerância ao esforço, mas o grupo que realizou treino físico combinado com RR suplementada por oxigénio obteve os melhores resultados.

Padrella et al (2015) estudaram a eficácia de um programa de exercício físico em domicílio para pessoas com DPOC. O grupo de intervenção frequentou o centro de reabilitação durante a primeira semana para aprender os exercícios e recebeu um folheto educativo com a descrição dos exercícios (exercícios aeróbicos, de alongamento e relaxamento) e um diário onde deveriam escrever os registos da sua atividade. O grupo de controlo não recebeu intervenção de reabilitação. Ambos os grupos receberam telefonemas semanais para avaliar o estado clínico dos participantes, sendo que no grupo de intervenção os participantes foram encorajados para aderir ao programa. Os resultados demonstraram que o grupo de intervenção obteve melhorias estatisticamente significativas em todos os domínios de avaliação, enquanto no grupo de controlo não foram identificadas diferenças significativas.

- Programas de gestão integrada da doença (PGID)

Diversos investigadores avaliaram a eficácia de PGID em pessoas com DPOC. Estes programas incluíram intervenções como: educação para a saúde, cessação tabágica, elaboração de plano de ação em caso de exacerbação, treino de técnicas inalatórias e conservação de energia, vacinação, apoio motivacional e apoio cognitivo relacionado com a adesão terapêutica.

No estudo de Rosero, et al. (2023), o programa integrou sessões educação para a saúde com foco na cessação tabágica, reconhecimento de sinais de alarme e técnicas de conservação de energia, associadas a programa de reabilitação pulmonar que incluiu exercícios aeróbios, de fortalecimento muscular, alongamento e relaxamento, complementados por acompanhamento telefónico. Os participantes apresentaram melhorias significativas na tolerância ao exercício, redução da dispneia, aumento da qualidade de vida, maior conhecimento sobre a doença e melhoria nas estratégias de autogestão.

No estudo de Luk et al. (2017) tal como descrito anteriormente, um PGID foi associado ao programa de RR. As intervenções incluíram sessões de educação para a saúde, cessação tabágica, elaboração de um plano de ação para a gestão de exacerbações e contacto regular. Para garantir um acompanhamento personalizado aos participantes, foi atribuído um gestor de caso responsável pela identificação e gestão das suas necessidades ao longo do programa.

Truumees et al. (2022) aplicaram um PGID no domicílio, tendo os participantes recebido visitas regulares de um terapeuta ao longo de quatro semanas. As vistas incluíram sessões de educação para a saúde com o intuito de aumentar as capacidades de gestão da doença, educação para a cessação tabágica, treino no uso de inaladores, reconciliação da medicação, aconselhamento nutricional, estratégias para lidar com ansiedade/depressão e reforço para adesão ao plano de reabilitação.

No estudo de Silver et al. (2017), os participantes frequentaram uma sessão de educação para a saúde, com a duração de uma hora, que incluiu informação sobre a DPOC, observação direta do uso de inaladores, revisão e ajuste da medicação, aconselhamento para a cessação tabágica, recomendações sobre vacinação, incentivo à prática regular de exercício e instrução sobre a higiene das mãos. Cada participante recebeu um plano personalizado por escrito e o contacto telefónico do gestor de caso responsável pelo acompanhamento, para esclarecer dúvidas ou preocupações.

No estudo de Leiva-Fernández et al. (2014), a intervenção consistiu numa sessão de grupo no início do estudo e em intervenções individuais durante as visitas de acompanhamento, utilizando uma estratégia educativa multifatorial centrada em três aspetos essenciais para a adesão ao tratamento em pessoas com DPOC. Na primeira componente, foram explorados os aspetos motivacionais para melhorar a adesão ao tratamento. Na segunda componente, abordaram-se os aspetos cognitivos relacionados com a adesão ao tratamento, fornecendo aos participantes informações detalhadas sobre a doença, com o objetivo de aumentar a confiança e a consciência sobre a importância do tratamento diário. Na terceira componente, focada no desenvolvimento de competências e treino em técnicas inalatórias, os participantes receberam treino sobre o uso correto dos inaladores, recorrendo a inaladores placebo. Materiais audiovisuais e escritos, como um folheto informativo sobre a doença e um esquema das técnicas inalatórias, foram utilizados para reforçar os conteúdos.

No estudo de Benzo et al. (2019), os participantes receberam um acompanhamento inicial presencial, seguido de sessões telefónicas semanais durante os primeiros três meses e mensais posteriormente. A primeira visita centrou-se na discussão do conceito de autogestão, na definição de metas e no planeamento de ações, além de esclarecer os detalhes das sessões subsequentes.

Cada interação foi conduzida segundo os princípios da entrevista motivacional, reconhecendo a pessoa como o especialista na sua própria experiência. Através da escuta ativa, procuraram compreender a perspetiva dos participantes e incentivá-los a adotar comportamentos que considerassem relevantes. Foram ainda exploradas expectativas e objetivos futuros, ajudando os participantes a estabelecer metas realistas e alcançáveis.

1.2 TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM

A TDAE foi criada pela enfermeira Dorothea Orem, tendo o autocuidado como conceito central. É uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Alligood, 2021).

A Teoria do Autocuidado descreve o porquê e como as pessoas se cuidam. Abrange o conceito de autocuidado, as atividades de autocuidado e as exigências terapêuticas associadas ao autocuidado. O autocuidado é uma função reguladora humana realizada pela pessoa (agente) ou por outros em seu nome (agente de cuidar dependente) para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Caso esta função seja desempenhada por uma ação profissional do enfermeiro este é designado de agente de autocuidado terapêutico (Tomey & Alligood, 2002).

O objetivo do autocuidado é manter a vida, manter as funções físicas e psicológicas essenciais e preservar a integridade das funções e do desenvolvimento da pessoa no contexto de condições essenciais para a vida. Este foco central baseia-se no pressuposto de que as pessoas aprendem práticas de autocuidado através da experiência, educação, cultura, conhecimento científico, crescimento e desenvolvimento (Alligood, 2021).

A capacidade adquirida para colmatar as necessidades de autocuidado, de forma deliberada e intencional, com o objetivo de manter o funcionamento e desenvolvimento humano é designado de atividade de autocuidado (Smith, 2020).

A necessidade de autocuidado terapêutico refere-se ao conjunto de medidas de cuidados necessários, num determinado período de tempo, para atender todos os requisitos de autocuidado (Smith, 2020).

Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado: os requisitos universais, os requisitos de desenvolvimento, e os requisitos de desvio de saúde. Estes requisitos podem ser definidos como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos universais têm a sua base no conhecimento consolidado, validado ou em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diferentes estádios do ciclo de vida, sendo comuns a todas as pessoas (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos de desenvolvimento são todos aqueles que promovem os processos de vida e envelhecimento e previnem as condições prejudiciais à vida (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos de desvio de saúde existem em condições de doença ou lesão, associados a desordens patológicas, incluindo defeitos ou incapacidades, e estão sujeitos a diagnóstico ou tratamento médico.

A natureza dos desvios de saúde determina as necessidades de cuidado da pessoa durante o processo de doença (Tomey & Alligood, 2002). Para satisfazer as exigências do desvio de saúde é necessário transformar os cuidados em ações dos sistemas de autocuidado, permitindo assim a realização planos de enfermagem adequados. A complexidade destes sistemas aumenta devido ao número de exigências do desvio de saúde, que devem ser satisfeitos em espaços de tempo específicos, com auxílio do enfermeiro (agente de autocuidado terapêutico) (Smith, 2020).

O déficit de autocuidado ocorre quando, devido a fatores condicionantes, as exigências de autocuidado ultrapassam a capacidade da pessoa para desenvolver o autocuidado (Petronilho, 2012). Ou seja, quando existe uma relação deficitária, atual ou projetada, entre o autocuidado, a necessidade de autocuidado e a atividade de autocuidado. Neste contexto, o enfermeiro atua como agente de autocuidado terapêutico, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio entre estes três conceitos (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Déficit de Autocuidado baseia-se na relação entre a necessidade de cuidados de enfermagem e a percepção da pessoa em relação às suas limitações para agir em função da sua saúde ou dos cuidados que necessita (Tomey & Alligood, 2002). Estas limitações podem tornar a pessoa completa ou parcialmente incapaz de cuidar de si própria ou dos seus dependentes (Smith, 2020). O déficit de autocuidado reflete, assim, a relação entre a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um déficit de autocuidado entre aquilo que a pessoa é capaz de realizar, e o que necessita de realizar para manter o funcionamento adequado (Smith, 2020).

Esta teoria pressupõe que a pessoa necessita de possuir valores e capacidade de aprendizagem para tomar decisões, executar e regular o seu próprio autocuidado (Smith, 2020).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem considera as necessidades de autocuidado e a capacidade da pessoa para desempenhar atividades relacionadas com o seu próprio autocuidado (Petronilho, 2012). Esta teoria sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois os sistemas de enfermagem são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros no exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações no autocuidado ou no cuidado dependente, devido a condições de saúde (Tomey & Alligood, 2002).

A teoria define de que forma os enfermeiros, as pessoas ou ambos, colaboram para responder às necessidades de autocuidado (Petronilho, 2012). Parte do pressuposto de que os enfermeiros prestam cuidados intencionais a pessoas cujas necessidades excedem a sua capacidade de realizar o autocuidado. Os cuidados de enfermagem são solicitados quando existe um déficit de autocuidado entre o que a pessoa pode realizar (ação de autocuidado), e o que necessita de realizar para manter o funcionamento

adequado (necessidade de autocuidado) (Petronilho, 2012).

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos de autocuidado, que definem o âmbito da responsabilidade da pessoa no seu autocuidado, e dos enfermeiros no seu exercício profissional. O sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Petronilho, 2012).

O sistema totalmente compensatório ocorre quando a pessoa não consegue realizar as ações de autocuidado, tornando-se dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar. O enfermeiro compensa a pessoa na sua incapacidade em executar o autocuidado, além de fornecer apoio e proteger (Petronilho, 2012).

O sistema parcialmente compensatório envolve uma partilha de responsabilidades. O enfermeiro ajuda a pessoa na realização das atividades que esta não é capaz de realizar de forma autónoma, compensando as suas limitações. A distribuição das responsabilidades para a realização das ações de autocuidado, variam e ficam dependentes das limitações da pessoa resultantes da sua condição de saúde, do conhecimento científico, técnico e habilidade exigida para a ação, e a força de vontade da pessoa para realizar ou aprender a realizar uma ação específica (Petronilho, 2012).

Já no sistema de apoio-educação a pessoa possui capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de apoio, orientação e instrução para a ação. O enfermeiro assiste a pessoa na tomada de decisão, no controlo comportamental, na aquisição de conhecimentos e na supervisão da realização de ações (Petronilho, 2012).

Para a aplicação da TDAE, Orem propõe a utilização de métodos de ajuda. Nesta perspetiva a enfermagem deve desempenhar uma sequência de ações que visam ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde da pessoa, com o objetivo de delinear ações que regulem o seu funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. É da responsabilidade do enfermeiro, selecionar e combinar os métodos, de acordo com os cuidados de enfermagem prestados, e com as limitações associadas à pessoa. Os métodos de ajuda são, executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

Assim o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, realizar um planeamento e intervir. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Queirós et al, 2014).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Tendo por base Regulamento Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019), foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências do EEER na otimização e/ou reeducação das funções nos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências do EEER na RR da pessoa com DPOC.

Neste capítulo serão descritas e analisadas as intervenções realizadas ao longo do estágio, evidenciando a sua contribuição para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, bem como para a concretização das competências preconizadas nos descritores de Dublin para 2º ciclo de estudos.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE distingue-se pelo nível aprofundado de conhecimento e capacidades que lhe conferem aptidão para planear e implementar intervenções diferenciadas na sua área de atuação. As competências do EE resultam da consolidação e especialização das competências dos cuidados gerais (OE, 2011). Para permitir o desenvolvimento destas competências, foram delineados objetivos específicos que orientaram a realização de atividades estruturadas em diferentes domínios.

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para desenvolver competências neste domínio, foi delineado o objetivo específico, *Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, com suporte nos princípios éticos e deontológicos da profissão.*

O enfermeiro é frequentemente confrontado com a necessidade de tomada de decisões durante a sua prática clínica. Neste sentido, deve agir em conformidade com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, de acordo com estipulado na Deontologia Profissional De Enfermagem (OE, 2015) e nos princípios que garantem os direitos dos utentes (Lei n.º 15/2014, Diário da República Portuguesa, 2014).

A decisão ética em Enfermagem surge de problemáticas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem envolvendo não só a pessoa, mas também a família e a equipa multidisciplinar. A tomada de decisão do enfermeiro, segue modelos de natureza processual, uma vez que os cuidados

prestados resultam de um conjunto de etapas, a partir da problemática identificada (Deodato, 2014). Esta decisão deve ser fundamenta no respeito pela pessoa, considerando as suas crenças, valores e desejos, reconhecendo-a como um ser provido de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2002).

Para desenvolver competência neste domínio, foi fundamental reconhecer a pessoa como o centro da tomada de decisão e desenvolver estratégias que promovam uma parceria de cuidados.

Esta parceria enfermeiro-pessoa foi realizada ao longo de todo o estágio, tendo a pessoa sido ativamente envolvida em todo o processo de cuidar, desde a definição dos objetivos até ao planeamento de atividades e implementação de intervenções de ER. Assim, o cuidado teve em consideração as necessidades e capacidades da pessoa, as suas crenças e valores, garantindo uma abordagem personalizada.

As tomadas de decisão, que resultaram em atitudes terapêuticas centradas na pessoa, tiveram por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE [OE,2015]), a Deontologia Profissional De Enfermagem (OE, 2015), o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019) e Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019).

A título de exemplo, no estágio no Serviço de Pneumologia a Sra. F.F, internada nessa unidade com o diagnóstico de DPOC em fase de agudização, à data de admissão, mantinha tabagismo ativo e mostrou-se renitente aos cuidados ER, recusando realizar as sessões de RR por não gostar de fazer exercício. Apresentava uma atitude ansiosa em relação ao internamento, mantendo a decisão de continuar a fumar, algo que até então não lhe havia sido proposto.

Para promover um ambiente seguro e preservar a privacidade da Sra. F.F, que se encontrava num quarto partilhado, foi aproveitado o momento em que esta estava sozinha no quarto para realizar uma conversa informal, utilizando a escuta ativa e a empatia. Durante esse diálogo foi explicado em que consistiam as sessões de ER e os benefícios que poderiam trazer para a sua recuperação. Foram discutidos os malefícios do tabagismo e quais as estratégias disponíveis para a cessação do hábito, assegurando que estivesse plenamente informada e capacitada para tomar uma decisão consciente, exercendo a sua autodeterminação. A Sra. F.F aceitou iniciar sessões de RR durante o internamento, mas manteve a decisão de continuar a fumar após a alta. Esta escolha foi respeitada, conforme preconizado pelos princípios éticos da enfermagem.

Com o objetivo de promover a adesão ao plano terapêutico, foi desenvolvido em parceria com a equipa de EEER e a Sra. F.F um plano individualizado de RR. Este plano teve em consideração as suas capacidades, necessidades e preferências, garantindo que os objetivos não fossem comprometidos. Paralelamente, o caso foi discutido com a equipa médica e de enfermagem de cuidados gerais para assegurar que a decisão de manter o tabagismo fosse respeitada, evitando constrangimentos

desnecessários.

A relação terapêutica entre o EEER e a pessoa deve ser baseada no respeito e valorização da sua capacidade de autodeterminação. Segundo a OE (2001), bons cuidados de enfermagem significa oferecer uma assistência diferenciada e adaptada à individualidade de cada ser, exigindo sensibilidade para lidar com as diferenças.

Enquanto profissional de saúde, o EEER deve ter como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, ajudando-a a atingir uma capacidade funcional máxima, no mínimo de tempo possível. Neste sentido não basta uma qualidade científica ou técnica, pelo que se exige também de uma qualidade humana e humanizadora (OE 2015).

Durante o estágio a prestação de cuidados de ER teve por base os princípios éticos que visam orientar as discussões, procedimentos e tomadas de decisão nos cuidados de saúde, sendo estes os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e vulnerabilidade (OE, 2015).

O estabelecimento da relação baseou-se no respeito pela pessoa, reconhecendo que esta tem a capacidade de refletir sobre as informações transmitidas e tomar as suas decisões em conformidade com o seu plano de vida, crenças e valores. Neste sentido, foram transmitidas informações técnicas necessárias para orientar a decisão da pessoa, sem utilizar nenhuma forma de manipulação ou influência, respeitando assim o direito da dignidade e à liberdade, em conformidade com o REPE (OE, 2015) e a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015).

A título de exemplo, no estágio de ortopedia, durante a consulta pré-operatória o Sr. J.J diagnosticado com artrose da coxofemoral, aguardava cirurgia. No entanto vivia com a esposa, que por motivos de saúde não poderia prestar apoio no pós-operatório, e não dispunha de outro suporte familiar. Além disso enfrentava dificuldades económicas e residia numa zona rural, o que iria dificultar o acesso a cuidados de reabilitação e acompanhamento no pós-operatório. Estas condicionantes poderiam comprometer a realização do procedimento cirúrgico, uma vez que não estavam garantidas as condições para um pós-operatório seguro e eficaz. Diante deste cenário e respeitando o princípio da vulnerabilidade, considerou-se essencial garantir o acesso aos cuidados de saúde e a continuidade da reabilitação. Foi realizado um plano de cuidados de ER que incluía orientações detalhadas sobre o pós-operatório, como a adaptação do domicílio para maior segurança, um plano exercícios de reabilitação pós-artroplastia da anca, e a prescrição de produtos de apoio à higiene e auxiliares de marcha para promover a autonomia no regresso a casa. Foi também articulado com a equipa multidisciplinar, o apoio domiciliário no pós-operatório e o encaminhamento para fisioterapia com transporte hospitalar, garantindo que o Sr. J.J mantivesse o acompanhamento necessário. Por fim, a pessoa foi referenciada para o EEER da ECCI da área de residência, assegurando a continuidade de cuidados. Esta intervenção permitiu garantir um pós-operatório seguro e eficaz, respeitando os princípios éticos reguladores da

profissão definidos pela OE (2015).

2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade

No âmbito da melhoria da qualidade, foi definido o objetivo: *Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.*

A qualidade de cuidados abrange diversas dimensões da profissão de enfermagem, sendo fundamental a criação de instrumentos que ajudem a determinar e afirmar o seu papel junto da pessoa e de outros grupos profissionais. Para que esta qualidade seja atingida é essencial o desenvolvimento e implementação de objetivos e estratégias bem definidas que visam a melhoria contínua da profissão (OE, 2015).

Tendo por base os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EE (OE, 2011), as atividades desenvolvidas durante o estágio centraram-se na satisfação das necessidades da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem.

Para sustentar estas ações foram realizadas ao longo dos estágios pesquisas e partilhas de evidência científica relevantes com a equipa multidisciplinar, assim como, a elaboração de registos de ER que permitiram a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. A aplicação de escalas possibilitou a avaliação, identificação e gestão de risco, favorecendo um ambiente terapêutico seguro e eficaz.

Para além das normas profissionais já descritas no ponto anterior, foi garantida a adesão às diretrizes institucionais dos locais de estágio, assegurando a gestão de risco e a qualidades dos cuidados. Durante o estágio, foi também possível colaborar na conceção e implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade dos cuidados e gestão de risco.

No serviço de Pneumologia, foi possível observar que as pessoas com depressão ou níveis mais elevados de ansiedade apresentam maior probabilidade de não adesão terapêutica e falhas no seguimento dos cuidados saúde (Yohannes, et al., 2010), pelo que foi proposto a aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Para garantir a uniformidade da aplicação da escala foi realizada uma sessão de formação (Apêndice 3) dirigida aos EEER do serviço, na qual foram abordados os objetivos, a aplicabilidade, os critérios de inclusão e exclusão, bem como os benefícios da sua utilização nos planos de cuidados.

A aplicação da HADS no serviço permitiu uma melhoria significativa na qualidade de cuidados, pois esta possibilitou a deteção precoce de casos de depressão e ansiedade, o encaminhamento adequado para outros profissionais de saúde e a adaptação dos planos de cuidados às necessidades físicas e psicológicas da pessoa. Para este efeito foram aplicadas técnicas de relaxamento à pessoa, como

técnicas de concentração e consciencialização de movimentos respiratórios (OE, 2018), assim como estratégias que permitiram estabelecer uma relação terapêutica empática e de confiança, promoção do envolvimento da família como suporte emocional e estimulação da autonomia.

Assim, a aplicação desta escala preencheu os enunciados descritivos do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EE (OE, 2011), representando uma mais-valia para os cuidados de ER.

Ainda no âmbito da melhoria da qualidade de cuidados, foi identificado na UCCI que a técnica inalatória não estava uniformizada entre os profissionais. Considerando que a técnica de inalação incorreta compromete a eficácia do tratamento, reduzindo a dose de fármaco depositada ao nível das vias respiratórias (Vincken et al., 2010), e que cerca de 15% das pessoas internadas na unidade realizavam terapêutica inalatória diariamente, foi efetuada uma sessão de formação específica para enfermeiros sobre a utilização de inaladores pressurizados dosáveis (pMDi) (Apêndice 4). Complementarmente, foi elaborado um poster sobre a técnica inalatória com pMDi e lavagem da câmara expansora destinada à pessoa internada e familiares (Apêndice 5).

A pedido do enfermeiro gestor e EEER da UCCI, foi também realizado um folheto informativo sobre a prescrição de produtos de apoio para o autocuidado banho (Apêndice 6). Este folheto visou não apenas orientar a pessoa e a família sobre os produtos de apoio que existem no mercado, mas também fornecer suporte aos EEER na seleção e prescrição dos produtos adequados para cada caso. A realização deste folheto teve por base as diretrizes do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) e o Decreto-Lei n.º 93/2009, que reconhecem o EEER como prescritor ativo, promovendo a autonomia e qualidade de vida da pessoa com limitações funcionais ou deficiência.

No serviço de Ortopedia, em resposta a uma necessidade do serviço, foi elaborado um folheto informativo sobre os cuidados pós-fratura do proximal do úmero (Apêndice 7). Esta matéria foi desenvolvida com o objetivo de servir de guia orientador da pessoa após a alta, abordando aspetos essenciais como os cuidados de higiene e posicionamento adequados em domicílio, exercícios de ER, precauções e sinais de alerta. A elaboração deste guia permitiu incorporar os resultados da investigação científica na prática clínica, garantindo que os cuidados fossem baseados nas melhores recomendações disponíveis. É importante reconhecer que a produção de guias orientadores de boas práticas fundamentados na melhor evidência científica, representa uma ferramenta na melhoria contínua da qualidade de cuidados e do exercício profissional (OE, 2012).

Foram também realizadas sessões de formação para profissionais de saúde das instituições parceiras da Egaz Moniz School of Health and Science, com o tema “Comunicação na Pessoa com Demência” (Apêndice 8), contando com um total de 76 participantes. Esta formação teve como objetivo aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados à pessoa com demência, abordando temas como alterações da comunicação, técnicas comunicacionais, gestão de conflito e

estratégias para gerir as alterações do comportamento.

Esta iniciativa contribuiu para melhorar a abordagem à pessoa com demência, proporcionando aos profissionais de saúde ferramentas eficazes de comunicação e gestão comportamental, refletindo-se na melhoria da qualidade de cuidados.

A comunicação desempenha um papel central na construção da individualidade e no estabelecimento de relações interpessoais (Figueiredo et al., 2016). No contexto da enfermagem, não se limita à transmissão de informações clínicas, pois abrange aspetos emocionais, psicológicos e sociais, que permite a compreensão das necessidades individuais da pessoa e a promoção de um ambiente seguro (Campos, 2017). Além disso, a avaliação dos riscos profissionais constitui a base de uma gestão eficaz de segurança e de saúde fundamental, sendo essencial para redução de acidentes de trabalho e as doenças profissionais (Freitas et al., 2023).

Para garantir um ambiente seguro, todos os profissionais de saúde devem ter acesso a informação adequada que lhes permita assumir a responsabilidade, tanto individual como coletiva, pela manutenção de um ambiente seguro e saudável. A definição de orientações, normas e práticas seguras nos serviços de saúde, é essencial para a uniformização das precauções, e para que a administração de cada instituição assegure uma proteção adequada aos seus profissionais (Simões et al., 2010).

No âmbito da avaliação do risco, integrado no plano de formação da UCC foi proposto desenvolver uma formação sobre mecânico corporal do enfermeiro no posicionamento e transferência da pessoa com dependência (Apêndice 9), com o objetivo de prevenir de lesões musculoesqueléticas. Complementarmente foi realizado um poster informativo (Apêndice 10), que serviu como guia orientador de boas práticas, garantindo que todos os profissionais tenham acesso a orientações claras sobre o tema.

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados, foi desenvolvido o objetivo, *Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multidisciplinar e na gestão dos recursos disponíveis*. De forma a atingir o objetivo, foram realizadas diversas atividades, incluindo a avaliação das necessidades da pessoa e da família, a colaboração nas decisões multidisciplinares e a referenciação da pessoa para outros profissionais de saúde, sempre com base na gestão eficiente dos recursos, sejam eles humanos ou materiais. As atividades desenvolvidas, tiveram por base tomadas de decisão em enfermagem, das quais resultaram intervenções terapêuticas centradas nas pessoa e família. Para isso, foram utilizadas referências normativas essenciais, com o recurso ao REPE (OE, 2015), a Deontologia em Enfermagem (OE, 2015), o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019) e Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE,

2019).

A prestação de cuidados de saúde assume-se como uma tarefa multidisciplinar, na qual cada profissional desempenha um papel importante, não só na definição de padrões de qualidade, como na promoção da melhoria contínua de cuidados em saúde. A pessoa alvo de cuidados espera dos profissionais de saúde rapidez e efetividade no tratamento, pelo que a articulação e a complementaridade funcional interprofissional são condições imprescindíveis. Além disso a ética nas relações interpessoais em saúde exige uma atitude crítica, na qual o equilíbrio entre os interesses individuais e coletivos contribui para uma prática centrada no melhor interesse da pessoa e/ou comunidade. Os deveres e responsabilidades profissionais têm por base a garantia dos direitos da pessoa, com respeito pela dignidade dos diferentes profissionais de saúde. As relações entre estes profissionais visam a comunicação, articulação, complementaridade e corresponsabilidade. Estes tipos de relações permitem que os problemas comuns sejam resolvidos com base na reciprocidade (OE, 2015).

Durante o estágio, foram várias as situações que exigiram a colaboração da equipa multidisciplinar na tomada de decisão, assim como a necessidade de articulação e/ou referência para outros profissionais de saúde. Um exemplo relevante foi o caso do Sr. J.J., que devido à sua vulnerabilidade e múltiplas comorbidades não garantia uma recuperação segura e eficaz no pós-operatório. Inicialmente, foi realizada a referência para o Assistente Social, seguida da articulação com a equipa de fisioterapia hospitalar e com a ECCI para garantir uma continuidade de cuidados de reabilitação no pós-operatório. Este processo otimizou os cuidados prestados e garantiu a gestão eficiente dos recursos de saúde disponíveis, promovendo um plano de reabilitação adequado às necessidades da pessoa.

No âmbito da colaboração na tomada de decisão, destaca-se a participação nas reuniões da ECCI, que contava com a presença de diferentes elementos da equipa multidisciplinar, como o EEER, EE, enfermeiros de cuidados gerais, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionista e terapeuta da fala. Estas reuniões decorriam semanalmente ou conforme necessidade, para discussão de casos clínicos e promover a melhoria da qualidade de cuidados. Refere-se a participação na discussão de um caso clínico de uma pessoa referenciada para ECCI, que tinha sido admitida na instituição naquela semana. Esta reunião permitiu uma abordagem multidisciplinar que garantiu um cuidado integrado e personalizado, baseado na avaliação e partilha de conhecimentos de cada profissional, o que permitiu a realização de um plano de cuidados de ER individualizado. Este plano foi adaptado às necessidades clínicas, funcionais e psicossociais da pessoa, garantindo uma abordagem integrada e eficaz na promoção de saúde e qualidade de vida.

No âmbito da otimização de cuidados e gestão de recursos disponíveis, o EEER articula a sua prática entre duas dimensões fundamentais: a prática de liderança clínica e a gestão operacional. A nível

da gestão, o EEER desenvolve ações direcionadas para a organização do trabalho e de recursos humanos, cujo objetivo é viabilizar condições adequadas para a prestação de cuidados. Já na prática clínica, o EEER foca a sua intervenção nas necessidades de saúde da pessoa, através da aplicação de conhecimentos especializados, e da coordenação do processo de reabilitação, assegurando a sua satisfação e bem-estar (Pontes et al., 2016).

No serviço de Pneumologia ocorreu uma situação que ilustra a importância da prática de liderança clínica e a gestão operacional. A equipa de EEER deste serviço era constituída por três elementos e prestava apoio ao serviço de internamento, à consulta externa e ao ginásio de ER, este último exclusivo para pessoas diagnosticadas com *Micobactéria não Tuberculosa* em regime de ambulatório, pelo que por norma fica distribuído um elemento da equipa de EEER por setor.

Nos setores da consulta externa e ginásio, os atendimentos eram agendados previamente, permitindo uma gestão organizada. No entanto, no serviço de internamento, o trabalho era dinâmico, variando consoante o número de pessoas referenciadas e a disponibilidade do EEER. Assim, tornou-se essencial priorizar a gestão dos cuidados de ER, de acordo com as necessidades de cuidados de cada pessoa. Para tal, no início de cada turno, eram consultadas as informações clínicas de todas as pessoas referenciadas de forma a organizar um plano de trabalho estruturado que priorizasse os casos de maior necessidade. Após essa definição de prioridades, eram realizados planos de cuidados de ER para cada pessoa que respeitasse a autonomia, rotinas, preferências e objetivos da pessoa. Em cada sessão, os recursos disponíveis eram otimizados e existia um foco especial na educação para a saúde e nos exercícios de ER. Foi tido o cuidado de englobar a equipa multidisciplinar e a família no planeamento de cuidados, de forma que pudesse ser garantida a continuidade de cuidados ao longo do dia e/ou após a alta, de modo a otimizar e potenciar os resultados em saúde. A ação de educar/capacitar assume-se como uma prática na gestão de cuidados ao atuar como facilitadora da aquisição de saber, atualização profissional e capacidade de auto-organização, que contribuem para a melhoria da prática de cuidados (Varandas et al., 2013).

Sempre que existia uma nova referenciação, a intervenção iniciava-se pela apresentação da equipa e uma entrevista à pessoa, permitindo conhecê-la e envolvê-la no seu plano de saúde. Este momento era essencial para obter o seu consentimento informado para participar nas sessões de ER. A partir desta abordagem era realizado um plano de cuidados personalizado, tendo em consideração o respeito pelas preferências e objetivos da pessoa, bem como os seus valores, crenças e costumes. Outro exemplo de gestão e liderança de cuidados ocorreu na UCC. Nesta unidade eram realizadas sessões semanais de discussão de casos clínicos e gestão da distribuição de trabalho e recursos. No âmbito da discussão de casos clínicos, discutiu-se a possibilidades de otimização de processos de cuidados, assim como possíveis referenciações para outros profissionais de saúde, de maneira a dar

continuidade ao processo de saúde da pessoa. No âmbito da gestão em equipa discutiu-se a distribuição de carga de trabalho, consoante a complexidade do plano de cuidados definido para cada pessoa, experiência de cada enfermeiro, assim como a necessidade ou não de cuidados de enfermagem especializados.

A distribuição dos recursos foi realizada consoante as necessidades do serviço e da pessoa alvo de cuidados. Um exemplo dessa gestão, foi o planeamento de atendimentos de enfermagem realizado consoante disponibilidade de transporte, visto que a unidade não tem transporte próprio e recorre a um serviço externo contratado pela Unidade Local de Saúde. O planeamento de cuidados semanais, tinha por base a disponibilidade de transporte e motorista, a disponibilidade e preferência de horário da pessoa alvo de cuidados e/ou família, a disponibilidade do enfermeiro e a localização geográfica da residência da pessoa. Tendo em conta que a UCC presta apoio a uma área geográfica extensa, torna-se essencial otimizar distâncias e percursos entre atendimentos. Este modelo de gestão e otimização de cuidados permite maximizar os recursos disponíveis garantindo que todas as pessoas referenciadas recebam cuidados de qualidade, apesar da limitação existente.

Destaca-se ainda que as intervenções descritas acima, para além das competências no domínio da gestão de cuidados, permitiram a obtenção dos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos, pois relativamente à aplicação de conhecimentos e à capacidade de compreensão, as competências desenvolvidas foram aplicadas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares. A participação em discussões de casos clínicos, a colaboração na gestão de recursos e a integração em equipas multidisciplinares demonstram a capacidade de transpor conhecimento teórico para a prática, ajustando as intervenções às necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados. O envolvimento em diversos contextos da prática clínica do EEER permitiu não só a aplicação de conhecimentos em cenários variados, mas também a adaptação e inovação na resolução dos desafios.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento de competências no âmbito das aprendizagens profissionais foi definido como objetivo, *Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento e da prática profissional, tendo em perspetiva a obtenção de conhecimentos baseados em evidência científica.*

A enfermagem enquanto ciência pressupõe a conjunta utilização da teoria, do método e da evidência científica, para uma abordagem sistémica e metodológica em todas as dimensões do cuidar. A investigação em enfermagem permite o desenvolvimento de evidência científica necessária à fundamentação da prática clínica, contribuindo para o aumento do conhecimento, qualidade e

promoção de cuidados de enfermagem (OE, 2023).

A incorporação dos resultados da investigação na prática, permitem a implementação de intervenções suportadas na evidência, que orientam o enfermeiro para um exercício profissional autónomo (OE, 2015), pelo que durante o estágio, houve um esforço na procura de situações que permitissem desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de ER. Os conhecimentos desenvolvidos ao longo do estágio foram obtidos através da leitura de artigos científicos recentes, de obras de referência no domínio pretendido e através da partilha de conhecimentos entre o EEER orientador, docente orientador e estudante.

As competências comuns do EE (OE, 2019) preveem que este independentemente da sua área de especialidade, deve ser agente ativo na formação, investigação e assessoria. A Enfermagem, como qualquer outra ciência, carece de produção e renovação contínua do conhecimento, o que apenas poderá ser garantido pela Investigação (OE, 2006). De forma a aprofundar os conhecimentos sobre o tema selecionado para o projeto, foi realizada uma revisão *scoping* sobre as técnicas de RR à pessoa com DPOC. Esta revisão contribuiu para aprofundar conhecimentos na área da ER, alicerçando o percurso de investigação em enfermagem. Os resultados da revisão *scoping* foram disseminados em formato de comunicação oral nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios da ESSEM (Apêndice 11) e através de poster (Apêndice 12) apresentado no mesmo evento, contribuindo para a divulgação do conhecimento científico (Anexo 1 e 2).

Além disso, a revisão *scoping* foi submetida para publicação num jornal internacional indexado na base de dados Scopus, encontrando-se atualmente em fase de revisão por pares. No contexto de estágio no serviço de Ortopedia, surgiu a oportunidade de, em coautoria com a EEER orientadora, desenvolver um capítulo de livro intitulado *Preparação pré-operatória na Cirurgia Ortopédica: Consulta de Enfermagem do EEER*, integrado no manual de reabilitação da pessoa com prótese da anca ou joelho. Este manual está a ser desenvolvido no âmbito de um projeto financiado pelo centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz e encontra-se em processo de edição. Esta colaboração reforça o compromisso com a produção científica e disseminação de boas práticas na reabilitação ortopédica.

A partilha e divulgação de dados proveniente da evidência são fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019) e no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade Especializados em ER (OE, 2011). Neste sentido, ao longo do estágio, foram promovidos momentos de partilha de conhecimento com profissionais de saúde, pessoa em reabilitação e família, através de vários recursos como sessões de formação, educação para a saúde, folhetos, posters e partilha informal, tendo por base um diagnóstico prévio de necessidades formativas. A este nível relembra-se as atividades anteriormente descritas no domínio da qualidade.

Para além do desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, as experiências de investigação e disseminação do conhecimento permitiram a obtenção das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. No que respeita ao conhecimento e capacidade de compreensão, a realização de pesquisa, com destaque para a revisão *scoping*, possibilitou aprofundar conhecimento, permitindo uma abordagem crítica e fundamentada sobre os cuidados de ER na prática clínica. A necessidade de integrar conhecimento de diferentes áreas, lidar com questões complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada, reforçou a capacidade de tomar decisões fundamentadas, considerando sempre as implicações ético-legais no que concerne à comunicação e às oportunidades de disseminação do conhecimento, como a submissão do artigo e participação em eventos científicos, permitiram o desenvolvimento da capacidade de transmitir conclusões e raciocínios de forma clara e estruturada. Por fim, no âmbito das competências de autoaprendizagem, a autonomia desenvolvida na investigação, na gestão da informação e da aplicação prática do conhecimento reflete a capacidade de continuar o processo de aprendizagem ao longo da vida. A experiência adquirida na pesquisa e análise crítica da literatura fortaleceu a capacidade da auto-orientação e atualização contínua, garantindo um percurso profissional sustentado na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ainda no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais está também contemplado o autoconhecimento.

O Autoconhecimento na enfermagem dá a oportunidade ao enfermeiro de se reconhecer a si mesmo, como um instrumento no cuidado, no sentido de facilitar o estabelecimento de relações mais humanizadas consigo mesmo e com o outro. (Pereira et al., 2020).

Durante o estágio, desenvolveram-se competência para aplicar o autoconhecimento na prática clínica, o que resultou na construção da relação terapêutica. As intervenções baseadas nas qualidades pessoais e profissionais, foram focadas em utilizar essas qualidades humanas como ferramentas principais da relação terapêutica, de forma a proporcionar um cuidado mais humanizado (Chalifour et al., 2008).

A aplicação dos atributos profissionais e pessoais como o domínio teórico e técnico, bem como o desenvolvimento da capacidade de comunicação, foram fundamentais para o sucesso da relação terapêutica (Campos et al., 2017).

Ao longo do estágio, percebi como comunicação assertiva e eficaz pode fortalecer a autoestima, reduzir a tensão e promover o bem-estar emocional, contribuindo para construção de uma imagem positiva, inspiradora, de confiança e respeito. Este tipo de comunicação foi essencial para estabelecer relações autênticas baseadas na confiança e respeito com as pessoas alvos de cuidados (King, 2013).

Durante o estágio foi realizada a formação sobre os cuidados à pessoa com demência, embora

focada na demência, a formação abordou temas aplicáveis em todas as áreas de intervenção do EEER como alterações da comunicação, técnicas de comunicação, gestão de conflitos e comportamento desafiantes. Esta formação não só permitiu melhorar a abordagem comunicacional a pessoas com demência, mas também forneceu ferramentas úteis para o dia a dia, como técnicas de gestão de conflito e comportamentos.

A prática demonstrou que conhecer a pessoa vai além de compreender a doença, sendo necessário ver a pessoa na sua totalidade. Durante o estágio foi possível aplicar este princípio, ajudando a pessoa a resolver problemas práticos e promovendo o cuidado individualizado, no qual se pressupõe que o enfermeiro se torna um suporte para que a pessoa possa gerir a sua vida face à doença (Dziopa et al., 2009).

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER permite capacitar a pessoa e a maximizar o seu potencial funcional e independência (Regulamento n.º 392/2019).

Estas competências possibilitam que o EEER planeie intervenções com o objetivo de *promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de ER, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas* (OE, 2019).

Em seguida, são apresentadas as atividades realizadas ao longo do estágio, que alinhadas com os objetivos inicialmente definidos no projeto de estágio, contribuíram para a obtenção das competências específicas do EEER.

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

Para adquirir competências neste domínio, foi delineado o objetivo específico, *Desenvolver o processo de cuidados de enfermagem na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidados das pessoas com alterações da função cognitiva, sensitiva, motora, respiratória, cardíaca, da eliminação e da sexualidade.*

O processo de cuidados tem por base uma abordagem sistémica onde o enfermeiro reúne e analisa dados da pessoa alvo de cuidados, com o objetivo de identificar, diagnosticar e tratar reações humanas à saúde e doença. Este processo contempla cinco fases: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação (Potter & Perry, 2018). A avaliação inicial deve focar-se na obtenção de informações sobre a pessoa e a sua condição de saúde e bem-estar, sendo conduzida com base num Modelo Conceptual de Enfermagem, de forma a alinhar-se com uma filosofia de cuidados (Ribeiro et al., 2018b; Simões & Simões, 2007).

Tendo por base a TDAE de Dorothea Orem, o cuidado à pessoa foi realizado a partir de uma perspetiva holística, em que o autocuidado se constituiu como conceito central. Os cuidados de enfermagem revelaram-se necessários sempre que se verificou um défice de autocuidado entre aquilo a pessoa pode realizar, e o que necessita de realizar para manter o funcionamento desejado (Smith, 2020). Nesta perspetiva, a enfermagem deve desenvolver uma sequência de intervenções destinadas a

ultrapassar ou compensar as limitações associadas ao estado de saúde da pessoa, selecionando e combinando estratégias de acordo com os cuidados de prestados e as necessidades identificadas (Tomey & Alligood, 2002).

Assim, procedeu-se à avaliação inicial, com a recolha de dados pessoais, identificação de necessidades e definição de objetivos em parceria com a pessoa e/ou família, de forma a planear e implementar intervenções de ER que permitissem colmatar os défices de autocuidado.

No âmbito da avaliação inicial, recorreu-se à aplicação de instrumentos sistematizados de recolha de dados que, para além de permitirem identificar as capacidades e necessidades da pessoa, possibilitaram também a quantificação dos efeitos decorrentes das intervenções realizadas pelo EEER. Estes instrumentos revelaram-se fundamentais para uma análise aprofundada do estado de saúde da pessoa, com especial enfoque na identificação das suas necessidades de autocuidado, considerando-os processos terapêuticos e/ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Esta avaliação sustentou a tomada de decisão clínica no âmbito do processo de enfermagem, sendo este orientado por um plano de cuidados de reabilitação, implementado de forma contínua ao longo de todo o estágio (OE, 2016).

A seleção dos instrumentos de avaliação teve por base o documento *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em ER* (OE, 2016), que visa uniformizar e orientar a utilização de instrumentos de avaliação, promovendo não só a documentação e a continuidade dos cuidados especializados, como também o desenvolvimento de projetos de investigação. Esta escolha foi ainda sustentada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de EEER (OE, 2012), pelas Competências Específicas do EEER (OE, 2019) e pelo Padrão documental dos Cuidados da Especialidade em ER (OE, 2014).

Para avaliação da função respiratória foram utilizadas as escalas do Medical Research Council modificada (mMRC) (Maheler et al, 1988) de Dispneia, que é uma ferramenta que permite uma avaliação objetiva da limitação funcional causada pela dispneia. Esta escala permitiu prescrever, avaliar e gerir as intervenções de ER com base no grau de dispneia descrito pela pessoa. Foi também usada a COPD Assessment Test (CAT) (Jones et al., 2009) para avaliar o impacto da DPOC no bem-estar da pessoa e auxiliar nas decisões terapêuticas, assim como avaliar a eficácia do plano de reabilitação.

Segundo Menoita et al. (2012) a avaliação da motricidade divide-se em avaliação da força muscular, tônus muscular e coordenação motora. Assim sendo, foi utilizada a Escala Medical Research Council (MRC) de Força Muscular (MRC, 1976), para avaliação da força muscular; a escala de Ashworth modificada (Bohannon et al, 1987), para avaliação do tônus muscular e para avaliação da coordenação motora foi utilizada a prova Índice Dedo/Nariz (Menoita et al., 2012) para avaliação da coordenação dos membros superiores e Prova Calcanhar/Joelho (Menoita et al., 2012) para avaliação da coordenação dos membros inferiores.

Para avaliação do equilíbrio foram utilizados os instrumentos de avaliação Teste de Babinski-Weil (DeJong et al, 2005) e Teste de Romberg (DeJong et al, 2005) para avaliação do equilíbrio dinâmico e equilíbrio estático respetivamente. Para a avaliação do equilíbrio corporal associado ao risco de queda foi realizada a escala de Berg (Berg et al., 1992), que tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, assim como predizer o risco de queda na pessoa.

Segundo Menoita et al. (2012), a avaliação do estado mental baseia-se na avaliação do nível de consciência, orientação, atenção, memória, capacidade praxicas, negligência hemiespacial e linguagem. Esta avaliação foi realizada através do diálogo clínico com a pessoa, no decurso da interação terapêutica, com a exceção dos parâmetros relacionados com o estado de consciência e memória, para os quais foram utilizadas a Escala de coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974) para a avaliação do estado de consciência e a *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975) para avaliação da memória. Foi também realizada uma avaliação de pares cranianos para deteção de alterações do foro neurológico, o que pode ser considerado um instrumento sistematizado de recolha de dados, uma vez que permite uma avaliação inicial da pessoa e possibilita a quantificação dos efeitos decorrentes das intervenções realizadas pelo EEER (Menoita et al, 2012).

Com o objetivo de aumentar a adesão terapêutica e melhorar a qualidade de cuidados, foi também utilizada a escala HADS (Zigmod et al., 1983). Esta foi utilizada para detetar e avaliar os níveis de ansiedade e depressão da pessoa alvo de cuidados, permitindo identificar sintomas emocionais que podem ter um impacto negativo na saúde geral e a qualidade de vida.

O grau de dependência de autocuidado foi avaliado segundo a Escala de Medida de Independência Funcional (Granger et al., 1986) e Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Os dados obtidos através destas escalas possibilitaram não só uma avaliação objetiva da funcionalidade da pessoa, como também sustentaram a classificação do tipo de sistema de enfermagem a adotar, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem. Esta teoria propõe três sistemas de cuidados, sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação, definidos com base no défice de autocuidado identificado (Tomey & Alligood, 2002). Assim, a análise dos resultados das escalas permitiu enquadrar a pessoa num destes sistemas, orientando a planificação de intervenções de ER que visaram colmatar ou compensar as suas limitações e promover a sua autonomia.

O uso das escalas mencionadas permitiu também monitorizar a eficácia das intervenções implementadas, possibilitando ajustar o plano de cuidados em função da evolução das capacidades funcionais da pessoa ao longo do tempo.

A aplicação destes instrumentos foi realizada através de entrevista à pessoa e/ou família/cuidador, bem como através da consulta do processo clínico. A recolha estruturada de dados

possibilitou uma avaliação abrangente e rigorosa das funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e função sexual (OE, 2019). Esta análise permitiu a deteção precoce de alterações funcionais com impacto direto na realização das AVD, orientando a definição de prioridades na elaboração de um plano de cuidados de ER personalizado e centrado na pessoa, com base nas suas crenças, valores e objetivos individuais.

Concluída a avaliação inicial, procedeu-se à partilha e análise, em articulação com a pessoa e respetiva família/cuidador, das alterações funcionais identificadas, bem como dos fatores de risco associados, criando assim diagnósticos de ER. Este processo colaborativo permitiu delinear estratégias de intervenção orientadas para a promoção da autonomia, estabelecendo, em conjunto, os objetivos terapêuticos a alcançar. Com base nesta avaliação, foram elaborados e implementados planos de cuidados de ER individualizados, onde foram prescritas intervenções direcionadas à otimização ou reeducação das funções comprometidas, bem como à mitigação ou eliminação dos fatores de risco presentes. Todo o processo de planeamento e implementação do plano de intervenção foi previamente discutido e validado com os EEER orientadores.

Dando continuidade ao processo de cuidados anteriormente descrito por Potter et al. (2013), após a implementação das intervenções, foi realizada uma avaliação da eficácia das mesmas, recorrendo novamente aos instrumentos aplicados na fase inicial. Esta reavaliação permitiu verificar a progressão funcional da pessoa e ajustar, sempre que necessário, o plano de cuidados, garantindo a sua adequação e eficácia ao longo do percurso terapêutico.

A título de exemplo, destacamos a intervenção com o Sr. L.M., internado no serviço de Pneumologia com os diagnósticos de DPOC agudizada, insuficiência respiratória global e infeção traqueobrônquica (Apêndice 13). Anteriormente à data do internamento o Sr. L.M. referia incapacidade para realizar as AVD devido ao cansaço, tendo necessidade de contratar uma empregada doméstica, a qual também prestava funções de cuidadora nos períodos em que o filho não se encontrava em casa. Referia também já não se deslocar à rua por cansaço, medo e ansiedade relacionado com a mobilidade reduzida. Esta imobilidade secundária resultou num progressivo descondicionamento físico, o que provocou o abandono do programa de RR em regime de ambulatório, por não conseguir deslocar-se ao hospital.

A avaliação inicial da situação clínica do Sr. L.M. teve por base o *Guia Orientador de Boa Prática - RR* (OE, 2018), integrando a avaliação sintomatológica, exame físico, meios complementares de diagnóstico, avaliação função respiratória, capacidade funcional, função muscular e qualidade de vida (OE, 2018). Para tal, foram utilizados os instrumentos de recolha de dados descritos nos *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em ER* (OE, 2016). A aplicação destes instrumentos permitiu detetar alterações funcionais que fundamentaram a formulação de

diagnósticos de ER. De maneira a dar respostas aos requisitos de autocuidado identificados, os diagnósticos foram classificados segundo os sistemas de enfermagem de Orem (2015), permitindo clarificar âmbito de responsabilidade de cada diagnóstico do EEER de cada situação. Estes diagnósticos, juntamente com a avaliação dos requisitos de autocuidado, permitiram, em conjunto com o Sr. L.M., criar um plano de reabilitação que teve por base a promoção da autonomia e funcionalidade.

A intervenção contemplou a avaliação da funcionalidade, assim como uma avaliação dos riscos presentes. Em parceria com o Sr. L.M. e a família/cuidadora, foram realizadas e implementadas intervenções, com o intuito de otimizar e reeducar a função respiratória e motora, de modo a capacitá-lo para as suas limitações, aumentando a sua autonomia na realização das AVD. Como resultado do programa de reabilitação, verificou-se uma diminuição do impacto da DPOC na qualidade de vida, evidenciada pela pontuação obtida na CAT (Jones et al., 2009), diminuição da limitação funcional de acordo com a mMRC dispneia (Maheler et al., 1988), diminuição da ansiedade e da depressão segundo a HADS (Zigmod et al., 1983), e um grau de independência completa nas AVD segundo a MIF (Granger et al., 1986). Estes resultados traduziram-se na melhoria do estado geral do Sr. L.M., com diminuição das secreções, aumento da tolerância à atividade física, aquisição de aprendizagens e conhecimentos para a saúde, o que permitiu ao Sr. L.M. regressar para domicílio com melhoria na sua autonomia e da sua qualidade de vida, com capacidade para reintegrar e participar ativamente na comunidade.

Durante o estágio foram implementadas diversas intervenções a nível da reeducação funcional respiratória, incluindo o treino de posições de descanso e relaxamento, o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, bem como a expiração com lábios semicerrados. Realizou-se a auscultação pulmonar, com o objetivo de identificar murmúrio vesicular e ruídos adventícios.

Foram também realizados ensinamentos, instrução e treino de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global, anteriores e posteriores, com e sem resistência e exercícios seletivos da hemicúpula pulmonar esquerda e direita. Complementarmente, foram realizados exercícios de reeducação costal global, com e sem bastão, e exercícios de reeducação costal ântero-laterais e pósterio-laterais, bilateralmente, com e sem resistência.

Visando a mobilização de secreções e a promoção da desobstrução brônquica, foi utilizada a percussão, vibração e compressão, assim como as técnicas de limpeza das vias aéreas, expiração forçada, o ciclo ativo da respiração (CATR), a técnica de fluxo expiratório (TEF), a drenagem postural clássica e modificada e a tosse assistida e dirigida. Foram também utilizados dispositivos de apoio disponíveis nos respetivos campos de estágio, como o Flutter/Shaker e inspirómetro de incentivo.

Ainda relacionada com a RR, foram realizados planos de exercício ajustados à intolerância ao esforço, uma das manifestações mais comuns e limitadoras da funcionalidade na pessoa com DPOC (OE, 2018; Spruit et al., 2013). Estes planos de exercícios combinaram treinos aeróbicos e anaeróbicos, com

vista à melhoria da função muscular e consequente redução da dispneia, assim como, a melhoria da função cardiovascular, previamente comprometida, que ao longo do tempo provoca alterações fisiológicas do sistema cardíaco, como é o caso da hipertrofia e insuficiência ventricular direita muito frequentes em pessoas com DPOC (Spruit et al., 2013). A inatividade secundária à limitação respiratória contribui para o descondicionamento cardiovascular, o que, por sua vez, agravava a limitação ao exercício físico e comprometia a autonomia nas AVD (OE, 2018; Panagiotou et al., 2013; Spruit et al., 2013).

A prescrição do treino baseou-se na avaliação individualizada da pessoa, incluindo a análise dos sintomas, da capacidade funcional, da função respiratória e da força muscular (OE, 2018). A dispneia e a fadiga foram quantificadas através das escalas mMRC (Maheler et al, 1988) e Escala de Borg modificada (Borg, 1982); a capacidade funcional foi avaliada com a prova de marcha de seis minutos (American Thoracic Society, 2002); a função respiratória, sempre que possível em contexto de internamento, foi aferida por espirometria ou gasometria arterial; e a força muscular avaliada pelo teste de uma repetição máxima (Baechle, 2008). Os programas de treino seguiram os princípios da mnemónica FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo de Treino), conforme preconizado no *Guia Orientador de Boas Práticas - RR* da OE (2018). A aplicação concreta destas técnicas e dos princípios de prescrição de exercício está descrita no Estudo de Caso I (Apêndice 13).

Ao nível da reeducação funcional motora e sensorial, realizou-se o ensino, a instrução e o treino ao nível das mobilizações (passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas) dos diferentes segmentos corporais, bem como o treino de equilíbrio (estático e dinâmico, sentado e ortostático), transferência, marcha com e sem dispositivos de apoio e subir e descer escadas. Realizou-se também a instrução e treino da técnica de facilitação cruzada, posicionamento antispástico e estimulação sensorial, assim como atividades terapêuticas de automobilização, rotação controlada da anca, rolar, ponte e carga no cotovelo, com o objetivo de capacitar a pessoa para movimento funcional autónomo (Menoita et al, 2012).

A título de exemplo, destaca-se o caso Sra. M.F (Apêndice 14) referenciada para UCC para continuidade de cuidados de reabilitação em domicílio, após AVC isquémico lacunar da hemiprotuberância esquerda, apresentando alterações ao nível da marcha, equilíbrio dinâmico e diminuição da força muscular do hemicorpo à direita, mais evidente no membro inferior. Após implementação de programa de reabilitação, verificou-se uma melhoria na capacidade de deambulação, do equilíbrio dinâmico e da força muscular dos membros inferiores, bem como uma diminuição do risco de queda e a recuperação da capacidade de subir e descer escadas.

Importa salientar que, no âmbito da promoção da autonomia e da mitigação do défice de autocuidado nas AVD, foram desenvolvidos planos de cuidados centrados na capacitação funcional da

pessoa para a realização dos cuidados de higiene pessoal, vestuário, alimentação, bem como no apoio à eliminação vesical e intestinal. Neste sentido foi necessário avaliar a capacidade da pessoa para o autocuidado com base nos instrumentos de avaliação anteriormente descritos (Escala de Barthel e MIF), bem como avaliar as condições habitacionais/ local onde a pessoa se encontra, de forma a desenvolver estratégias que promovam a autonomia no autocuidado. Assim, foi realizado o ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas de autocuidado ajustadas às limitações da pessoa, como a eliminação de barreiras arquitetónicas e o uso de dispositivos compensatórios ou de apoio.

Quanto à reeducação funcional cognitiva, foi realizado o ensino, instrução e treino ao nível da memória, atenção, linguagem, orientação e raciocínio, especialmente relacionadas com casos de demência e acidente vascular cerebral (AVC), através do uso de calendários e relógios, assim como diálogos que incluíam relembrar data, hora, local e contexto que permitissem a reorientação temporal, espacial e pessoal, ou exercícios de estimulação de memória, com recursos a jogos de nomeação e associação de palavras ou imagens, assim como recordar eventos passados significativos (Teasell et al., 2020; Antunes, et al., 2025).

Sempre que possível, as AVD foram integradas na promoção da estimulação cognitiva de maneira a promover a participação ativa da pessoa, por exemplo, através da organização de objetos pessoais e planeamento de tarefas quotidianas.

Estas intervenções tiveram como principal objetivo potenciar a autonomia da pessoa, valorizando as suas capacidades cognitivas, promovendo assim a sua funcionalidade, autoestima e reinserção social, no processo de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

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

Para desenvolver competências neste domínio, foi definido o objetivo específico, *Implementar e/ou programas de AVD, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa.*

A TDAE, proposta por Orem, sustenta que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos à compensação das limitações da pessoa, em satisfazer as suas necessidades de autocuidado, promovendo, sempre que possível, a recuperação da sua autonomia (Orem, 2001). Esta abordagem permite ao EEER identificar défices de autocuidado, e desenvolver planos de cuidados individualizados que fomentem competências adaptativas e possibilitem a capacitação da pessoa na gestão da sua condição e no restabelecimento do seu papel social.

Neste contexto, a capacitação é compreendida como um processo terapêutico com foco no conhecimento e na aprendizagem de capacidades que visam a ajudar a pessoa através do

empoderamento, da autonomia, da ação e da independência nas AVD. Cabe ao EEER desenvolver e implementar de ações autónomas ao nível da educação, instrução e treino para capacitar a pessoa na realização de AVD, que visam melhorar os processos de transição e a qualidade de vida (Sousa 2020).

Este tipo de capacitação visa promover a autonomia funcional, o autocuidado e a autogestão da condição de saúde, contribuindo para a participação ativa da pessoa na vida social. O papel do EEER é central neste processo, pois atua não apenas sobre os défices identificados, mas também como facilitador da autonomia, da tomada de decisão e da inclusão social (Lima et al., 2021).

Durante o estágio a intervenção foi guiada por uma perspetiva holística e centrada na pessoa, promovendo a adaptação funcional através da implementação de estratégias de treino e ensino de forma assertiva.

Nesta lógica, Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar nos cuidados à pessoa, sendo estes, executar ou agir, substituindo-a naquilo que não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2002). Estes pressupostos sustentaram a prática ao longo do estágio, guiando a prestação de cuidados de ER.

O envolvimento da pessoa e da sua família no seu processo de reabilitação permitiu a prestação de cuidados personalizados e a conceção de programas de reabilitação ajustados às suas necessidades e objetivos individuais, especialmente no que se refere à participação e inclusão social (Pereira et al, 2020).

A título de exemplo, no serviço de ortopedia, foram realizadas consultas pré-cirúrgicas de ER com o objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado, promover a adesão ao plano terapêutico e otimizar os resultados funcionais pós-operatórios. Estas consultas consistiram no ensino e capacitação da pessoa e da família para o processo cirúrgico, na avaliação do estado funcional prévio, na identificação dos riscos e necessidades específicas, como o apoio familiar e barreiras ambientais no domicílio e no ensino, instrução e treino para o uso de produtos de apoio no processo pós-cirúrgico. Entre estes incluíram-se produtos de apoio à higiene (calçadeiras, cadeiras de duche e barras de apoio), assim como produtos de apoio à deambulação (canadianas, andarilho e bengala). Nesta consulta foi também abordado o treino de exercício pré-cirúrgico, com ensino instrução e treino com vista a melhoria da força e mobilidade, facilitando a recuperação funcional pós-cirúrgicos. Esta intervenção garantiu que a pessoa dispunha de condições físicas, psíquicas e sociais favoráveis à cirurgia e transição para o domicílio, promovendo a mobilidade, acessibilidade e a participação social.

Em alguns casos, foi possível acompanhar a pessoa avaliada em consulta no período de internamento pós-cirúrgico. Esta continuidade assistencial permitiu reavaliar a eficácia dos ensinamentos realizados, assim como reforçar conteúdos previamente abordados, e ensinar e treinar as AVD *in loco*

conforme as limitações identificadas e reajustar o plano terapêutico consoante as necessidades emergentes.

Durante o estágio existiu a oportunidade de participar no projeto *SarcoRecuperar*, integrado na UCC. Este projeto tem como objetivo a reabilitação funcional da pessoa com sarcopénia, assegurando o seu acompanhamento após a alta hospitalar. A sarcopénia caracteriza-se pela perda de força e massa muscular relacionadas com a idade (Cruz-Jentoft et al., 2010). O programa consistia em sessões de ER no domicílio, após encaminhamento hospitalar, adotando uma abordagem holística que incluía a avaliação da história clínica, medicação atual, apoio familiar, barreiras arquitetónicas no domicílio que pudessem limitar as AVD, necessidade de produtos de apoio e adequação do vestuário às necessidades da pessoa. Com base nesta avaliação, eram traçados objetivos em conjunto com a pessoa e com a família de forma a mitigar a sarcopénia e capacitar a pessoa para o seu autocuidado. Foi realizado ensino, instrução e treino de produtos de apoio, técnicas de conservação de energia, vestuário adequado e técnicas de adaptação funcionais das AVD. De forma a promover a mobilidade e acessibilidade, foram identificadas barreiras arquitetónicas e emitidas orientações para a sua eliminação e/ou diminuição do seu impacto no contexto de vida da pessoa.

Todas as sessões tinham uma componente de ensino e prescrição de exercício físico, com vista à melhoria progressiva da massa e da força muscular, com readaptação e progressão do plano de exercício conforme a capacidade física e tolerância da pessoa. Como resultado, os participantes, conseguiram adquirir conhecimentos promotores da capacitação para o autocuidado, assim como uma gestão de estratégias facilitadoras da sua reintegração social. Referindo novamente o caso da Sra. M.F. (Apêndice 14), foram identificadas condições habitacionais com barreiras arquitetónicas que dificultavam o autocuidado na higiene. Para superar essas limitações, foi implementado um programa de treino de AVDs, com o objetivo de promover a adaptação às limitações de mobilidade e maximizar a autonomia e qualidade de vida.

Como a pessoa tomava banho na banheira, foi explicada a necessidade de passar a utilizar o chuveiro existente no quarto da filha. Foram ainda prescritas e instaladas barras de apoio, uma cadeira/banco de duche e um tapete antiderrapante para maior segurança. Paralelamente, foram realizadas sessões de ensino de técnicas específicas de autocuidado, tanto para a pessoa como para o cuidador, e treinos de AVD com os produtos de apoio, sempre visando a máxima capacidade funcional. Com a implementação deste programa, a Sra. M.F. alcançou autonomia no autocuidado da higiene, o que se refletiu numa melhoria significativa da sua pontuação na Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).

Com o propósito de capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, colaborou-se na dinamização das sessões formativas “*Cuidar*

da Pessoa com Demência” (Apêndice 10). Embora dirigidas a profissionais de saúde, estas sessões foram orientadas para apoiar estes profissionais, no sentido de capacitarem a pessoa com demência e os seus cuidadores informais. O foco esteve no aumento de conhecimentos que favorecessem a autonomia, a participação ativa na tomada de decisão e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida da pessoa com demência.

Para que o processo de reabilitação e inclusão social da pessoa e da sua família seja bem-sucedido, é essencial que estes recebam ensino, instrução e treino na continuidade dos cuidados necessários. A existência de guias orientadores para o planeamento da alta hospitalar, ajustados às necessidades individuais, assume aqui particular importância (Pereira et al., 2020).

Neste contexto, e respondendo a uma necessidade identificada no serviço de ortopedia, foi elaborado um guia orientador de cuidados pós-cirúrgicos na fratura do úmero proximal (Apêndice 7). Este guia tem como objetivo capacitar a pessoa na gestão do autocuidado, nomeadamente no que se refere à higiene e mobilidade, bem como fornecer orientações sobre mobilização precoce e estratégias de prevenção da rigidez articular.

Ainda no âmbito da continuidade de cuidados e promoção da autonomia, foi elaborado um poster sobre a correta técnica inalatória dos pMDI, desenvolvido no contexto da UCCI. Este material teve como objetivo o ensino da técnica adequada de inalação e da higienização da câmara expansora, dirigido a pessoas internadas, familiares e cuidadores, promovendo a administração segura e eficaz da terapêutica inalatória (Apêndice 5).

Durante o estágio, identificaram-se necessidades relacionadas ao acesso e uso adequado de produtos de apoio. Com base no Despacho n.º 7197/2016 do Diário da República Portuguesa (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2016), que reconhece o EEER como prescritor desses produtos, foram selecionados e prescritos diversos itens. Cada prescrição foi acompanhada de orientação e treino para capacitar o usuário na realização de AVD, como alimentação, higiene, vestuário, eliminação e locomoção.

Para reforçar essa ação, foi elaborado um folheto informativo sobre produtos de apoio à higiene (Apêndice 6), visando sensibilizar, orientar e promover o uso desses recursos, tendo como objetivo garantir maior autonomia e segurança a pessoas com incapacidade, temporária ou permanente, durante a realização desta AVD.

2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para desenvolver competências neste domínio, foi delineado o objetivo específico, *Organizar*

programas de treino motor e cardiorrespiratório com vista à melhoria da tolerância à atividade física da pessoa e à maximização da sua funcionalidade.

O EEER detem um nível de conhecimento que lhe permite a toma de decisão relativa à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação que maximizam o potencial da pessoa. Neste sentido, fazem parte das competências do EEER a conceção, implementação e monitorização de programas de enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais (Regulamento n.º 350/2015).

Ao longo do estágio, foram elaborados e implementados programas de treino de exercício ao nível motor e cardiorrespiratório, que permitiram a maximização das capacidades funcionais da pessoa.

Tendo em conta a TDAE de Orem, a implementação destes programas teve como objetivo facilitar a transição entre sistemas, do sistema de cuidados totalmente ou parcialmente compensatório para o sistema de apoio-educação, promovendo assim a autonomia da pessoa.

Os programas de treino cardiorrespiratório foram personalizados de acordo com a avaliação inicial da pessoa, considerando as suas alterações funcionais, objetivos pessoais e fatores de risco associados. Os principais objetivos incluíram: a prevenção e correção de alterações músculo-esqueléticas; a redução da tensão psíquica e muscular; a permeabilidade das vias aéreas; a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios; a melhoria do desempenho dos músculos respiratórios; e a reeducação ao esforço baseada na promoção da autonomia.

Todas as intervenções foram planeadas respeitando as contraindicações e limitações descritas na literatura sobre a RR (Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018).

Para a prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, foram realizadas técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular que visaram o treino da musculatura envolvida (OE, 2018).

A reeducação da tensão psíquica e muscular foi promovida através de planos de cuidados que incluíram o ensino e treino de posições de descanso e relaxamento, correção postural e dissociação dos tempos respiratórios, visando diminuir a sobrecarga muscular.

A permeabilidade das vias aéreas foi assegurada através de métodos de facilitação e eliminação de secreções brônquicas. Esta permeabilização foi atingida através de duas fases. Na primeira fase foi realizada a facilitação da progressão das secreções através de movimentos respiratórios profundos, manobras expiratórias, vibrações, percussões ou compressões torácicas e drenagem postural. Nesta fase foram também associadas medidas terapêuticas por via inalatória ou sistémica como a fluidificação de secreções, a hidratação e a inaloterapia. A segunda fase consistiu no ensino da tosse, dirigida ou assistida, e manobras expiratórias para expulsão de secreções.

Para prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, foram implementados planos de reabilitação que

visam uma melhoria da distribuição e ventilação alveolar. Desta maneira foram realizadas técnicas de controlo respiratório e exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costal global e seletiva com correção de assínergias e de deficiências ventilatórias localizadas ou globais.

Foram também realizados treinos de exercício específicos focados na musculatura respiratória e encorajamento à espirometria de incentivo com o objetivo de melhorar o desempenho dos músculos respiratórios.

A reeducação ao esforço obteve-se combatendo a tendência da pessoa à vida sedentária, utilizando para o efeito planos de exercício físico adaptado, contemplando o treino da marcha, subir e descer escadas e utilização de equipamentos como pedaleira, passadeira, bicicleta, elíptica, pesos e elásticos, adaptando-se sempre à disponibilidade dos recursos no contexto hospitalar ou domiciliário, podendo este ser substituídos por alternativas com efeitos equivalentes.

No âmbito da intervenção com a pessoa com DPOC, os programas de exercício de RR tiveram como principal objetivo a otimização da função ventilatórias e a melhoria da tolerância ao esforço (Spruit et al., 2013). Estes programas contribuíram para o alívio da dispneia, a redução da hiperinsuflação dinâmica e o aumento da eficiência da musculatura respiratória (GOLD, 2023). Para além dos benefícios fisiológicos, estes programas promoveram a capacitação da pessoa com DPOC para o autocuidado, favorecendo uma maior autonomia na realização das AVD e, conseqüentemente, uma maior participação nas rotinas sociais e familiares. Assim, a reeducação respiratória não só maximizou a funcionalidade, como também reforçou a capacidade de autogestão da doença (McCarthy et al., 2015).

A evidência científica reconhece a integração destas técnicas nos programas de RR como fundamental para maximizar a funcionalidade e capacitar a pessoa com DPOC para uma vida mais autónoma e com melhor qualidade (GOLD, 2023).

A título de exemplo, destaca-se o caso do Sr. L.M, apresentado no estudo de caso (Apêndice 13), que, após a implementação de um programa de RR, evidenciou melhorias funcionais ao nível do autocuidado, da deambulação e da função respiratória.

No que diz respeito ao treino motor, foram desenvolvidos programas de reabilitação que incluíram a instrução e treino de fortalecimento muscular, o desenvolvimento do equilíbrio corporal e da marcha, com ou sem recurso a produtos de apoio, tendo como foco a maximização da funcionalidade.

A recuperação da autonomia na realização das AVD exige uma abordagem centrada na valorização das capacidades funcionais preservadas, complementada pela introdução de estratégias compensatórias adaptadas às limitações identificadas. Este processo pode envolver a aprendizagem de novos padrões de movimento, a reorganização de rotinas diárias e o recurso a produtos de apoio, com o intuito de facilitar o desempenho funcional e promover a autoconfiança da pessoa (Gitlin et al., 2015; Weakley et al., 2019). Neste sentido, o treino das AVD constitui um componente essencial dos programas

de reabilitação, contribuindo para a reintegração funcional e social da pessoa após um episódio de doença ou acidente, favorecendo a sua participação ativa e o desenvolvimento de competências para o autocuidado (OE, 2019). Um exemplo disso é o caso do Sr.L.M (Apêndice 13), que inicialmente não conseguia caminhar devido à dispneia, sentia-se demasiado cansada para se alimentar e não era capaz de realizar os cuidados de higiene de forma independente.

Nos programas de reabilitação desenvolvidos ao longo do estágio, foi promovida a prática regular de exercício físico, enquanto componente essencial para a melhoria da capacidade funcional. Durante o planeamento das sessões de RR e reabilitação motora, foram realizados ensinamentos dirigidos à pessoa e à sua família, com vista à promoção do autocuidado e à valorização do papel ativo no processo de recuperação. Nesse âmbito, foram elaborados planos de reabilitação personalizados, construídos com base nos princípios FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tipo, Tempo, Volume e Progressão), amplamente reconhecidos na prescrição do exercício em contexto clínico (American College of Sports Medicine, 2018).

A frequência dos exercícios foi determinada em função do estado clínico da pessoa, das suas necessidades específicas e da fase do programa, assegurando uma prática regular, inicialmente diária ou em dias alternados, com posterior adaptação. A intensidade dos exercícios foi cuidadosamente ajustada, tendo em conta a condição respiratória, a perceção de esforço (escala de Borg modificada – [Borg, 1982]) e os sinais vitais, de modo a garantir segurança e eficácia. Quanto ao tipo de exercício, foram privilegiadas atividades aeróbias de baixa a moderada intensidade, treino de resistência muscular, exercícios respiratórios específicos (como o reforço do diafragma e a respiração com lábios semicerrados), bem como exercícios funcionais orientados para as AVD.

O tempo dedicado a cada sessão variou de acordo com a tolerância da pessoa, iniciando-se com durações mais curtas (10 a 15 minutos) e sendo gradualmente alargado até 30 minutos ou mais, conforme a evolução clínica. O volume de exercício, entendido como o produto da frequência, intensidade e tempo, foi igualmente monitorizado e adaptado com regularidade, garantindo uma carga de treino suficiente para induzir benefícios sem comprometer a segurança. Por fim, a progressão foi assegurada através da reavaliação sistemática das capacidades funcionais da pessoa, permitindo o ajuste gradual dos parâmetros do exercício e a introdução de novos desafios de forma controlada e motivadora.

Simultaneamente, foi reforçada a importância da adesão ao tratamento e da manutenção de hábitos de vida saudáveis. Este tipo de ensino em saúde fomenta o desenvolvimento de capacidades que permitem à pessoa gerir o seu autocuidado ao promover a sua autonomia (WHO, 2002).

Com o objetivo de aferir os ganhos em saúde decorrentes da intervenção, procedeu-se à monitorização da implementação do plano de cuidados e dos resultados alcançados, com base nos

objetivos previamente estabelecidos em parceria com a pessoa. Para tal, foram utilizados os instrumentos de avaliação anteriormente descritos no âmbito da competência *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*. Esta monitorização permitiu avaliar, de forma contínua, a necessidade de reestruturação do programa de intervenção. A título de exemplo, os estudos de caso (Apêndices 13 e 14) ilustram as avaliações dos resultados dos planos de cuidados e as adaptações introduzidas nos programas de treino sempre que necessário.

3. CONCLUSÃO

Para finalizar o presente relatório, propõe-se uma reflexão crítica sobre o percurso formativo realizado ao longo do curso de mestrado, o qual possibilitou o desenvolvimento das competências delineadas pelos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, essenciais para a obtenção do grau de mestre, bem como das competências comuns e específicas definidas pela OE no âmbito do EEER.

De forma a estruturar a reflexão de forma sistematizada e abrangente, recorreu-se à aplicação da metodologia SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Esta ferramenta analítica permitiu identificar os pontos fortes e as fragilidades do percurso, assim como as oportunidades que potenciaram o crescimento pessoal e profissional, e os constrangimentos ou ameaças enfrentadas durante o processo. Esta abordagem contribui para uma análise reflexiva orientada à melhoria contínua e à consolidação de uma prática profissional crítica, fundamentada e transformadora.

Como principais forças e aspetos positivos ao longo do percurso formativo, destaca-se a diversidade e profundidade dos conhecimentos adquiridos, os quais contribuíram de forma decisiva para o desenvolvimento das competências preconizadas para esta etapa formativa. A estrutura curricular do curso, alicerçada numa metodologia de aprendizagem contínua com uma abordagem teórica e teórico-prática na fase inicial, seguida de uma componente prática na fase final, favoreceu a consolidação progressiva do conhecimento e capacidades e a sua aplicação contextualizada na prática clínica. Este desenvolvimento de competências permitiu integrar e aplicar conhecimentos na prestação de cuidados de ER baseados em evidência científica, promovendo uma prática diferenciada e centrada na pessoa ao longo do seu ciclo de vida, em diversos contextos da prática.

A produção e disseminação de conhecimento emergente da atividade de investigação desenvolvida ao longo do curso, como foi o caso da revisão *scoping* intitulada *“Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com DPOC”*, constituiu uma mais-valia relevante. De igual forma, a oportunidade de colaborar, em coautoria com a EEER orientadora, na redação de um capítulo de livro intitulado *Preparação pré-operatória na Cirurgia Ortopédica: Consulta de Enfermagem do EEER*, integrado no *Manual de Reabilitação da Pessoa com Prótese da Anca ou Joelho*, reflete o compromisso com a melhoria contínua da prática clínica e com a valorização do conhecimento científico em ER.

A elaboração de estudos de caso, enquanto estratégia formativa, foi igualmente determinante para o desenvolvimento das competências preconizadas. Estes estudos permitiram aplicar a prática baseada na evidência, promover o raciocínio clínico, sustentar a tomada de decisão ética e deontológica, bem como fomentar uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados nos contextos clínicos e de

investigação.

Por fim, a redação do presente relatório e a documentação sistemática das atividades desenvolvidas ao longo do estágio constituíram uma oportunidade valiosa de reflexão pessoal e análise crítica do percurso formativo. Esta análise permitiu identificar o desenvolvimento das competências, bem como o impacto das aprendizagens na melhoria dos cuidados, na promoção da qualidade de vida e na capacitação da pessoa.

Ao longo do percurso formativo, destacam-se como oportunidades relevantes a diversidade de experiências profissionais e as interações multidisciplinares proporcionadas pelos diferentes contextos de prática clínica. Estas experiências foram fundamentais para a aprendizagem e partilha de conhecimentos, contribuindo significativamente para a aquisição e o desenvolvimento de competências. A variedade de contextos de prática clínica, permitiu uma abordagem abrangente à pessoa alvo de cuidados e respetiva família, possibilitando a análise das suas necessidades em diferentes fases do ciclo de vida e em distintos níveis de complexidade. Esta multiplicidade de contextos favoreceu a implementação de intervenções de ER orientadas para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e família.

A participação em eventos científicos, como a apresentação oral e a apresentação em formato de poster da revisão *scoping* “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Respiratória da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”, III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios da ESSEM, constituiu igualmente uma oportunidade de valorização da prática baseada na evidência e de divulgação do conhecimento científico. Do mesmo modo, a elaboração de guias orientadores de boas práticas durante o estágio contribuiu para o reforço da qualidade dos cuidados e para a consolidação de uma cultura de melhoria contínua.

Importa ainda salientar a oportunidade de desenvolver e implementar programas de atividade física e funcional, adaptados às necessidades específicas das pessoas em contexto de estágio, os quais maximizaram as suas capacidades motoras, cardíacas e respiratórias.

Durante o percurso formativo, foi identificada como principal fraqueza a limitada disponibilidade do EEER orientador de estágio para exercer exclusivamente funções no âmbito da ER. Em alguns contextos, o EEER acumulava funções de cuidados gerais ou de chefia, o que poderia, à partida, comprometer a orientação contínua e específica ao estudante. No entanto, apesar desta limitação, a colaboração demonstrada pelos orientadores, aliada à capacidade de adaptação e iniciativa do estudante, permitiu transformar esta fraqueza numa oportunidade de aprendizagem. A exposição a diferentes dimensões da prática clínica acabou por enriquecer a experiência formativa, promovendo uma visão mais abrangente e realista do exercício profissional do EEER nos diversos contextos dos cuidados de saúde.

Como principal ameaça, identifica-se a escassez de pessoas diagnosticadas com DPOC referenciadas para programas de ER, o que restringiu a aprendizagem nesta área específica ao contexto hospitalar. Ainda assim, foi possível colmatar parcialmente esta lacuna através da realização de um estudo de caso centrado no tema do projeto de estágio, que integrou atividades de ensino e exercícios de RR adaptados ao contexto domiciliário.

No contexto da ECCI, também se verificou uma escassez de pessoas referenciadas especificamente para cuidados de ER, o que limitou o número de atendimentos e a diversidade de situações clínicas. No entanto, esta limitação traduziu-se, simultaneamente, numa oportunidade de prestar cuidados mais individualizados e focados, uma vez que permitiu um maior tempo de acompanhamento e uma abordagem mais centrada nas necessidades de cada pessoa. Como resultado, observou-se uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados, na qualidade de vida e na participação social das pessoas em acompanhamento.

Após a análise do percurso descrito neste relatório, considera-se que foram plenamente alcançados os objetivos inicialmente delineados para a sua elaboração. A descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio evidenciam a consolidação progressiva das competências definidas pelos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos conducentes à obtenção do grau de mestre, assim como das competências comuns e específicas preconizadas pela OE para o exercício profissional do EEER.

Importa salientar que o desenvolvimento das competências específicas do EEER foi sustentado por um percurso formativo integrado, que combinou de forma coerente os saberes teóricos adquiridos no primeiro ano do curso de mestrado com a prática clínica supervisionada. A investigação autónoma em bases de dados científicas e a leitura crítica de literatura de referência, revelaram-se fundamentais para alicerçar a tomada de decisão clínica baseada na evidência. Paralelamente, os momentos de orientação e reflexão conjunta com as enfermeiras orientadoras e o docente orientador, revelaram-se oportunidades valiosas para consolidar conhecimentos promover o raciocínio clínico e reforçar a segurança na prática profissional. Esta articulação entre teoria, evidência e prática traduziu-se numa atuação clínica fundamentada e responsável, centrada na pessoa e ajustada às suas necessidades específicas. O processo de cuidar desenvolveu-se segundo uma abordagem empática e humanizada, sustentada por uma avaliação holística e pelo uso sistemático de instrumentos e escalas validadas, que permitiram não só avaliar as necessidades da pessoa, mas também monitorizar os resultados das intervenções implementadas.

A planificação e execução de programas de treino ao nível da função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, e sexualidade, revelou-se determinante na promoção da autonomia e da participação ativa da pessoa no seu processo de

reabilitação. Esta prática foi norteadada pela TDAE de Dorothea Orem, que reforça o papel do enfermeiro na capacitação do indivíduo para retomar ou desenvolver a sua capacidade de autocuidado. Assim, o exercício profissional desenvolvido durante este percurso formativo contribuiu de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida e para a reintegração social das pessoas acompanhadas, traduzindo o verdadeiro impacto da ER nos diferentes contextos de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfarroba, S., Rodrigues, F., Papoila, A. L., Santos, A. F., & Morais, L. (2016). Pulmonary rehabilitation in COPD according to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease categories. *Respiratory Care*, 61(10), 1331–1340. <https://doi.org/10.4187/respcare.04414>
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Mosby.
- American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9781496339065
- American Thoracic Society. (2002). ATS statement: Guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(1), 111–117. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102>
- Anjos, E. R. L. dos, Santana, M. E. S., Silva, M. L. M., Sousa, P. d. S., de Souza, R. F., & Mendonça, S. R. (2023, dezembro). Importância e os desafios da comunicação na prática de enfermagem. *Revista ft: Enfermagem*, 27(Edição 129). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10428017>
- Antunes, S., Campos, C., Barreto, M., Araújo, P., & Rodrigues, T. (2025). Rehabilitation programs for people with post-stroke cognitive impairment: Integrative literature review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.37668>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baechle, T. R., & Earle, R. W. (2008). *Essentials of Strength Training and Conditioning* (3rd ed.). Human Kinetics
- Barragán-Méndez, G., Ortega Torres, S. E., Chagoya Bello, J. C., & Sánchez-González, D. J. (2014). Eficacia de la fisioterapia respiratoria vs. fisioterapia combinada con electroestimulación muscular en pacientes con EPOC moderada. *Revista de Sanidad Militar*, 68(4), 213–220. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15179691>
- Benzo, R., & McEvoy, C. (2019). Effect of health coaching delivered by a respiratory therapist or nurse on self-management abilities in severe COPD: Analysis of a large randomized study. *Respiratory Care*, 64(9), 1065–1072. <https://doi.org/10.4187/respcare.05927>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 83(Suppl. 2), S7–S11.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67 (2), 206–207. <http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>
- Borg, G. A. V. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377–381. <https://doi.org/10.1249/00005768-198205000-00012>
- Campos, C. M. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91–101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Cândida, L., Silva, P., Santos, M., Oliveira, R., & Almeida, T. (2024). Ansiedade e depressão em pacientes com câncer: Associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento oncológico. *Cogitare Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92059>.
- Celli, B. R., Fabbri, L. M., Criner, G. J., Martinez, F. J., Mannino, D. M., Vogelmeier, C. F., Montes de Oca, M., Papi, A., Sin, D. D., Han, M. K., & Agustí, A. (2022). Definition and nomenclature of chronic obstructive pulmonary disease: Time for its revision. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 206(11), 1317–1325. <https://doi.org/10.1164/rccm.202204-0671PP>.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1. vol.). Loures: Lusodidacta
- Collins, E. G., Jelinek, C., O'Connell, S., Butler, J., McBurney, C., Gozal, C., Reda, D., & Laghi, F. (2014). Contrasting breathing retraining and helium–oxygen during pulmonary rehabilitation in

- COPD: A randomized clinical trial. *Respiratory Medicine*, 108(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.10.023>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros.
 - Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
 - Costa, M., Silva, A., Pereira, F., & Oliveira, R. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: Uma perspectiva histórica. *Lusíada Scientific Journal*, 2(2), 62–64
 - Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J.-P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), 412–423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
 - DeJong, R. N., & Haerer, A. F. (2005). *DeJong's The Neurologic Examination* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
 - Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Edições Almedina.
 - Diário da República (2014) *Lei n.º 57/2014*. Diário da República, 1.ª série, n.º 57. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
 - Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-da-Doen%C3%A7a-Pulmonar-Obstrutiva-Cr%C3%B3nica.pdf>
 - Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012–2016* (2.ª ed.; revisão da edição de abril de 2012). Lisboa: DGS.
 - Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: DGS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21107/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Respirat%C3%B3rias%202017.pdf>
 - Direção-Geral da Saúde. (2019, 26 de agosto). *Norma Clínica n.º 005/2019: Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. Lisboa: DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
 - Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), pp. 14–22. <https://doi.org/10.1080/01612840802500691>
 - Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), pp. 7–18.
 - Eisner, M. D., Anthonisen, N., Coultas, D., Kuenzli, N., Perez-Padilla, R., Postma, D., Romieu, I., Silverman, E. K., & Balmes, J. R. (2010). An Official American Thoracic Society Public Policy Statement: Novel Risk Factors and the Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(5), 693–718. <https://doi.org/10.1164/rccm.200811-1757st>
 - Esperidião, E., Ribeiro, M., Santos, A., Oliveira, P., & Almeida, T. (2002). Desenvolvendo pessoas: Estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 516–522. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400008>
 - Figueiredo, D., Marques, A., & Barbosa, A. L. (2016). *Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições* (1.ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freitas, L. (2003). *Gestão da segurança e saúde no trabalho* (Vols. 1–2). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias / IDICT.
- Gitlin, L. N., Winter, L., & Stanley, I. H. (2015). Compensatory strategies: Prevalence of use and relationship to physical function and well-being. *Journal of Applied Gerontology*, 36(6), 647–666. <https://doi.org/10.1177/0733464815581479>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report*. GOLD. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/11/GOLD-2024-v1.6-FINAL-08Nov2023-wms.pdf>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59–74.
- Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's self-care deficit nursing theory: Relevance and need for refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
- Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (2016). Despacho n.º 7197/2016: Lista de produtos de apoio [Despacho]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 105. Repositado em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>
- Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(4), 366–372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01091.x>
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648–654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>
- Leiva-Fernández, J., Leiva-Fernández, F., García-Ruiz, A., Prados-Torres, D., & Barnestein-Fonseca, P. (2014). Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 14, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-70>
- King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: A narrative review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385–393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
- Lemmens, K. M., Rutten-Van Mölken, M. P., Cramm, J. M., Huijsman, R., Bal, R. A., & Nieboer, A. P. (2011). Evaluation of a large-scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: A study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-6>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. P. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021). Enfermagem de reabilitação: diferenciação na promoção da autonomia do idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15–22. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>
- Luk, E. K., Hutchinson, A. F., Tacey, M., Irving, L., & Khan, F. (2017). COPD: Health care utilisation patterns with different disease management interventions. *Lung*, 195(4), 455–461. <https://doi.org/10.1007/s00408-017-0010-9>
- Mahler, D. A., & Wells, C. K. (1988). Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*, 93(3), 580–586. <https://doi.org/10.1378/chest.93.3.580>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland Medical Journal*, 14, 61–65. PMID: 14258950
- Martinez, F. D. (2016). Early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 375(9), 871–878. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1603287>
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary

- rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(2), CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system* (War Memorandum No. 7). Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wpcontent/uploads/2021/12/MRC-011221->
 - Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusodidacta.
 - Miravittles, M., Dirksen, A., Ferrarotti, I., Koblizek, V., Lange, P., Mahadeva, R., McElvaney, N. G., Parr, D., Piitulainen, E., Roche, N., Stolk, J., Thabut, G., Turner, A., Vogelmeier, C., & Stockley, R. A. (2017). European Respiratory Society statement: diagnosis and treatment of pulmonary disease in α 1-antitrypsin deficiency. *European Respiratory Journal*, 50(5), 1700610. <https://doi.org/10.1183/13993003.00610-2017>
 - Nicolini, A., Mascardi, V., Grecchi, B., Ferrari-Bravo, M., Banfi, P., & Barlascini, C. (2018). Comparison of effectiveness of temporary positive expiratory pressure versus oscillatory positive expiratory pressure in severe COPD patients. *The Clinical Respiratory Journal*, 12(3), 1274–1282. <https://doi.org/10.1111/crj.12661>
 - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2020) - Fundação Portuguesa do Pulmão - *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2020*. <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
 - OECD, World Health Organization, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Assessing health system performance: Proof of concept for a HSPA dashboard of key indicators* (J. Figueras, M. Karanikolos, F. Guanais, S. Lessof, G. Dedet, N. Azzopardi Muscat, G. Permanand, & F. Colombo, Eds.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4e6b28c0-en>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/PadroaDocumental EER.pdf>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação* [PDF]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências*

- comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República, 2.ª série, n.º 198, 7725–7732.*
 - Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista.* Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Documento das áreas de investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação* [Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação]. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investigacao-do-eer.pdf
 - Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice.* Mosby.
 - Organização Mundial da Saúde. (2023). *Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).* [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
 - Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, n71.* <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 - Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2007). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229–239.
 - Panagiotou, M., et al. (2014). Exercise limitation in COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 189*(12), 1570. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
 - Pereira, A. F. S., Santos, A. I. P., Ferreira, M., & Fonte, C. (2020). Cuidar de quem cuida: eficácia de um programa de inteligência emocional para enfermeiros. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 22*, e14526. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cpep>
 - Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem : da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011).*
 - Pontes, M., & Santos, A. (2016). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 89–100). Lusodidacta.
 - Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentals of Nursing* (9ª ed.). Elsevier.
 - Pradella, C. O., Belmonte, G. M., Maia, M. N., Delgado, C. S., Luise, A. P. T., Nascimento, O. A., Gazzotti, M. R., & Jardim, J. R. (2015). Home-based pulmonary rehabilitation for subjects with COPD: A randomized study. *Respiratory Care, 60*(4), 526–532. <https://doi.org/10.4187/respcare.02994>
 - Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/riv14081>
 - Rosero, S. T., & Peña, C. (2023). Impact of telephone follow-up on COPD outcomes in pulmonary rehabilitation patients: A randomized clinical trial. *Canadian Journal of Respiratory Therapy, 59*, 245–255. <https://doi.org/10.29390/001c.90520>
 - Silveira, A., et al. (2005). *Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Ajudas técnicas para o banho* (2.ª ed.). ISBN 972-9301-42-5.
 - Silver, P. C., Kollef, M. H., Clinkscale, D., Watts, P., Kidder, R., Eads, B., Bennett, D., Lora, C., & Quartaro, M. (2017). A respiratory therapist disease management program for subjects hospitalized with COPD. *Respiratory Care, 62*(1), 1–9. <https://doi.org/10.4187/respcare.05030>
 - Simões, S., et al. (2010). *Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde – Orientações Técnicas.* ARS-LVT, IP.

- Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. (2007). *Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais*. Referência – Revista de Enfermagem, 11(4), 9–23.
- Smith, M. C. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). F.A. Davis Company.
- Sousa, L. M. M. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde–doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., ... Wouters, E. F. M. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. *The Lancet*, 304(7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Teasell, R., Hussein, N., Saikaley, M., Iruthayarajah, J., & Longval, M. (2020). Rehabilitation of cognitive impairment post stroke. In R. Teasell, N. Hussein, J. Iruthayarajah, M. Saikaley, M. Longval, & R. Viana (Eds.), *Stroke rehabilitation clinician handbook* (Chapter 5). The Heart and Stroke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery. <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR%20Handbook%20Chapter%205%20Rehab%20of%20Cognitive%20Impairment.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Truumees, M., Kendra, M., Tonzola, D., Chiu, S., Cerrone, F., Zimmerman, D., Mackwell, C., Stevens, C., Scannell, K., Daley, B., Markley, D., Shah, C. V., & Mansukhani, R. (2022). The impact of a home respiratory therapist to reduce 30-day readmission rates for exacerbation of COPD. *Respiratory Care*, 67(6), 631–637.
- Weakley, A., Weakley, A. T., & Schmitter-Edgecombe, M. (2019). Compensatory strategy use improves real-world functional performance in community dwelling older adults. *Neuropsychology*, 33(8), 1121–1135. <https://doi.org/10.1037/neu0000591>
- Weldam, S. W., Lammers, J.-W. J., Decates, R. L., & Schuurmans, M. J. (2013). Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Psychological determinants: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 190. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-190>
- World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: WHO.
- Vaes, A. W., Delbressine, J. M. L., Mesquita, R., Goertz, Y. M. J., Janssen, D. J. A., Nakken, N., Franssen, F. M. E., Vanfleteren, L. E. G. W., Wouters, E. F. M., & Spruit, M. A. (2019). Impact of pulmonary rehabilitation on activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Applied Physiology*, 126(3), 607–615. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00790.2018>
- Varandas, M. L., & Lopes, A. (2013). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: A necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22(22). <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle22.13>
- Vincken, W., et al. (2010). The ADMIT series—Issues in inhalation therapy. How to choose inhaler devices for the treatment of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(1), 10–20.
- Xiang, X., Huang, L., Fang, Y., Cai, S., & Zhang, M. (2022). Physical activity and chronic obstructive pulmonary disease: A scoping review. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-02099-4>
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1209–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2463>

- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO

Tendo por base Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/9/2010) 8658- 8659) foram delineados objetivos de estágio que visam dar resposta às competências gerais e competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sendo estas:

- A.1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- B.1 Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B.2 Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- B.3 Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;
- C.1 Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- C.2 Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- J2- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção;
- J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO

Os objetivos de estágio propostos para dar respostas às competências anteriormente descritas estão divididos em objetivos gerais e objetivos específicos.

OBJECTIVOS GERAIS

- Desenvolver intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências do EEER na reabilitação respiratória da pessoa com DPOC.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, com suporte nos princípios éticos e deontológicos da profissão;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Colaborar na gestão do risco e na criação e promoção de um ambiente terapêutico seguro;
- Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multidisciplinar e na gestão dos recursos disponíveis;
- Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento e da prática profissional, tendo em perspetiva a obtenção de conhecimentos de qualidade, baseados em evidência científica;
- Desenvolver o processo cuidados de enfermagem na prestação de cuidados de especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidados das pessoas com alterações da função cognitiva, sensitiva, motora e respiratória (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica);
- Elaborar, implementar e/ou reajustar programas de atividades de vida diária, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica);
- Organizar programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos objetivos propostos para a pessoa, com vista à melhoria da tolerância à atividade física da pessoa e à maximização da sua funcionalidade (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

Para a concretização dos objetivos anteriormente propostos, foram delineadas atividades a desenvolver durante o ensino clínico descritas nas tabelas abaixo.



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

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

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
1. Demonstrar uma prática de cuidados responsável, que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos, com suporte nos princípios éticos e deontológicos da profissão.	a) Conhecimento sobre a dinâmica organizacional dos locais de estágio propostos; b) Integração na equipa multidisciplinar dos locais de estágio propostos; c) Realização de reuniões formais e informais para a tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar; d) Propor tomadas de decisão sobre a prática dos cuidados, com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão; e) Desenvolvimento de estratégias que visam a resolução de problemas em parceria com a pessoa, família e/ou com a equipa multidisciplinar; f) Demonstração de uma conduta de proteção dos direitos humanos na prática de cuidados; g) Aceitação das crenças e valores da pessoa na prestação de cuidados; h) Reconhecimento da pessoa como indivíduo autónomo capacitando-o para a autodeterminação;

Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

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

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	a) Colaboração na conceção e implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade dos cuidados; b) Pesquisa e partilha de evidência científica significativa com a equipa multidisciplinar, para a melhoria da qualidade de cuidados;



	c) Elaboração de registos de enfermagem de reabilitação que permitam a avaliação da qualidade dos cuidados prestados.
3. Colaborar na gestão do risco e na criação e promoção de um ambiente terapêutico seguro.	a) Identificação de fatores de risco ou de necessidades da pessoa e/ou família, com vista ao desenvolvimento e manutenção de um ambiente terapêutico seguro; b) Aplicação escalas para avaliação, identificação e gestão de risco na pessoa; c) Adoção de normas profissionais e institucionais, para garantia da qualidade dos cuidados prestados no âmbito gestão de risco e ambiente terapêutico seguro.

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

Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multidisciplinar e na gestão dos recursos disponíveis.	a) Colaboração nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar; b) Reconhecimento de situações em que seja necessária articulação e/ou referência para outros profissionais de saúde; c) Gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com os recursos disponíveis, e a sua respetiva priorização, de acordo as diferentes necessidades de cuidados.

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

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

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
5. Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o	a) Reuniões informais com o enfermeiro orientador e o docente orientador, com o objetivo de abordar e refletir sobre diferentes problemáticas e diferentes abordagens na prestação de cuidados ao



desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento e da prática profissional, tendo em perspetiva a obtenção de conhecimentos baseados em evidência científica.	longo do período de estágio, que visam o desenvolvimento pessoal e a melhoria da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; b) Pesquisa e partilha de evidência científica recente, na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; c) Aplicação prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseada em conhecimentos teóricos, suportados em evidência científica recente.
---	--

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

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
6. Desenvolver o processo cuidados de enfermagem na prestação de cuidados de especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidados das pessoas com alterações da função cognitiva, sensitiva, motora e respiratória (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).	a) Realização da colheita de dados dirigida à pessoa e/ou família, de modo a identificar as necessidades de autocuidados; b) Consultar o processo clínico da pessoa de modo a identificar problemáticas e/ou necessidades da pessoa na prestação de cuidados especializados de reabilitação; c) Avaliação da capacidade funcional, através da utilização das respetivas escalas e instrumentos de avaliação; d) Elaboração, implementação e reestruturação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base a necessidade de autocuidados da pessoa; e) Prescrição de produtos de apoio com vista á melhoria da capacidade funcional da pessoa.

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

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
7. Elaborar, implementar e/ou reajustar programas de atividades de	a) Demonstração e treino de técnicas de conservação de energia para a realização das atividades de vida diária. b) Realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando



vida diária, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).	produtos de apoio. c) Identificação de recursos da pessoa/família/comunidade que facilitem a inclusão social. d) Identificação da existência de barreiras arquitetónicas que possam limitar a funcionalidade da pessoa. e) Organização de estratégias no sentido da eliminação das barreiras arquitetónicas ou na diminuição do seu impacto nas atividades de vida diária da pessoa.
---	--

Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
8. Organizar programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos objetivos propostos para a pessoa, com vista à melhoria da tolerância à atividade física da pessoa e à maximização da sua funcionalidade (com ênfase na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).	a) Elaboração e implementação de programas de treino de exercício, tendo em conta as expectativas de recuperação da pessoa e resultados esperados; b) Avaliação dos resultados obtidos e reestruturação do programa de treino, sempre que necessário.

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO REVISÃO SCOPING

PROTOCOLO DA REVISÃO *SCOPING*

Objetivo: Identificar as intervenções do EEER na reabilitação respiratória na pessoa com DPOC.

Questão de investigação: Quais são as intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (C) na reabilitação respiratória (C) na pessoa com DPOC?

População: Pessoas com DPOC

Conceito: Intervenções de enfermagem de reabilitação

Contexto: Reabilitação Respiratória

Metodologia de pesquisa:

Foi realizada uma Revisão *Scoping* seguindo o quadro de referência proposto por Arksey e O'Malley, com recurso às bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Cochrane Central Register of Controlled Trials Cochrane Database of Systematic Reviews Cochrane Methodology Register Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina Cochrane Clinical Answers. Os estudos foram limitados às línguas portuguesa, inglesa e espanhola, em texto integral, publicados entre 2014 e 2024.

Descritores: *Respiratory Therapy, Rehabilitation, Interventions or Strategies, Pulmonary disease, chronic obstructive e COPD*

Critérios de elegibilidade:

Parâmetros	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
	Pessoa com DPOC	Outras condições de saúde;
População	Adulto; ≥ de 18 anos de idade sem restrição de género, etnia ou outras especificidades	Pessoas com ≤ 18 anos, restrição de sexo, etnia ou outras especificidades
Conceito	Estudos sobre intervenções de reabilitação, sem restrições geográficas ou de grupo profissional	Estudos que não incluam intervenções de reabilitação;
Contexto	Estudos sobre Reabilitação Respiratória	Estudos que incluam reabilitação respiratória na sua temática

APÊNDICE 3 –SESSÃO DE FORMAÇÃO – ESCALA HADS



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ



EGAS MONIZ school
of HEALTH & SCIENCE

Escala Ansiedade e Depressão (HADS)

Unidade de Reabilitação Respiratória

Julho 2024

Discentes:

Inês Eliseu

Susana Araujo

- A prevalência de perturbações psiquiátricas a nível hospitalar (hospitais não psiquiátricos) é elevada.
- As perturbações emocionais são resultado do stress causado por incapacidades físicas, mas os sintomas somáticos que levam à referenciação para serviços médicos e cirúrgicos podem ser uma manifestação de estados de ansiedade ou depressão e não ter base em patologia orgânica.
- Um episódio de neurose pode coexistir com uma doença física, causando maior angústia ao paciente pelos sintomas da doença, o que pode levar a uma apresentação clínica complicada, uma resposta pobre ao tratamento e, frequentemente, a uma desnecessária investigação e referenciação para outras especialidades médicas.

Zigmond e Snaith (1983)

Escala de Ansiedade e Depressão (Phenotypic Anxiety and Depression Scale)				
Os médicos recomendam que as emoções depressivas sejam um papel importante na maioria das doenças. Se as emoções mudarem ou não serão mudadas, não há nada a fazer.				
Fale quantas vezes possível sobre o modo de avaliar os seus médicos, a saber: como se sentem, dependendo de números impressos ao lado de perguntas. Não escreva mais do que a seguir.				
Responda o que corresponde melhor ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA . Não escreva mais do que um parágrafo por item, respondendo a um parágrafo máximo a cada item salvo provavelmente não o caso de uma única resposta muito relevante.				
1	Quão se sente em relação à ansiedade	Quão se sente em relação ao mau humor		
2	A maior parte do tempo sinto medo	Quase sempre sinto tristeza	1	1
3	Muito tempo sinto medo	Muito frequentemente sinto tristeza	2	2
4	Alguma vez sinto medo	Alguma vez sinto tristeza	3	3
5	Não sinto medo	Não sinto tristeza	4	4
6	Quão se sente em relação ao cansaço	Quão se sente em relação ao apetite		
7	Quase sempre sinto cansaço	Quase sempre sinto fome	1	1
8	Muito tempo sinto cansaço	Muito frequentemente sinto fome	2	2
9	Alguma vez sinto cansaço	Alguma vez sinto fome	3	3
10	Não sinto cansaço	Não sinto fome	4	4
11	Quão se sente em relação ao sono	Quão se sente em relação ao peso		
12	Quase sempre sinto sono	Quase sempre sinto peso	1	1
13	Muito tempo sinto sono	Muito frequentemente sinto peso	2	2
14	Alguma vez sinto sono	Alguma vez sinto peso	3	3
15	Não sinto sono	Não sinto peso	4	4
16	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
17	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
18	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
19	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
20	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
21	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
22	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
23	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
24	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
25	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
26	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
27	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
28	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
29	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
30	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
31	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
32	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
33	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
34	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
35	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
36	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
37	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
38	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
39	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
40	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
41	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
42	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
43	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
44	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
45	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
46	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
47	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
48	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
49	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
50	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
51	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
52	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
53	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
54	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
55	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
56	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
57	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
58	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
59	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
60	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
61	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
62	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
63	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
64	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
65	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
66	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
67	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1
68	Muito tempo sinto apetite	Muito frequentemente sinto apetite	2	2
69	Alguma vez sinto apetite	Alguma vez sinto apetite	3	3
70	Não sinto apetite	Não sinto apetite	4	4
71	Quão se sente em relação ao apetite	Quão se sente em relação ao apetite		
72	Quase sempre sinto apetite	Quase sempre sinto apetite	1	1

Desenvolvida por
Zigmond e Snaith em
1983

Adaptada e validada
para o português por
Pais-Ribeiro et al.
(2007)

Essencial em vários contextos clínicos.

Objetivo : Detetar e medir os níveis de ansiedade e depressão em contexto hospitalar

Objetivo da aplicação

1. Avaliação Inicial

- Detetar casos de depressão e ansiedade na pessoa em contexto hospitalar;
- Medir o grau de severidade da ansiedade e depressão na admissão;
- Encaminhamento e gestão da problemática;
- Planificação de cuidados adequados.

2. Monitorização Contínua

- + Acompanhar a gestão emocional da pessoa ao longo do tratamento e posterior adaptação do plano de cuidados.



Escala de Ansiedade e Depressão
(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido for muito a ajudar o seu médico a saber como está se sente. Descobrir onde os sintomas se encontram no lado das emoções. Não há nada de físico e submeter a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido a ÚLTIMA SEMANA. Não demore muito tempo a pensar nas respostas a sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais útil do que uma resposta muito reflexiva.

A	Sinto-me tenso/a ou ansioso/a:	Sinto-me como se estivesse mais lento/a:	D
3	A maior parte do tempo	Quase sempre	3
2	Muito frequentemente	Muito frequentemente	2
1	De vez em quando, ocasionalmente	De vez em quando	1
0	Nunca	Nunca	0
A	Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estômago:	A
0	Decididamente tanto como antes	Nunca	0
1	Não tanto como antes	De vez em quando	1
2	Apenas um pouco	Frequentemente	2
3	Quase nada	Muito frequentemente	3
A	Terho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse prestes a acontecer:	Perdi o interesse na minha aparência:	D
3	Totalmente	Totalmente	3
2	Muito e muito forte	Muitas vezes não tenho tanto cuidado quanto devia	2
1	Sim, mas não muito forte	Por vezes talvez não tenha tanto cuidado quanto devia	1
0	Um pouco, mas não me preocupa	Tenho o mesmo cuidado de sempre	0
	Não, nada		
D	Conseguir e ver o lado cómico das coisas	Sinto-me agitado/a, como se não conseguisse estar quieto/a	A
0	Tanto como sempre consegui	Muitíssimo	3
1	Agora não tanto como antes	Bastante	2
2	Não tanto como antes	Não muito	1
3	Nada	Nada	0
A	Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	Sinto um prazer antecipado pelas coisas	D
3	A maior parte do tempo	Tanto como sempre senti	0
2	Muito frequentemente	Bastante menos que anteriormente	1
1	Não muito frequentemente	Muito menos que anteriormente	2
0	Raramente	Quase nada	3
D	Sinto-me alegre:	Terho sensações de pânico repentinas:	A
3	Nunca	Muito frequentemente	3
2	Não frequentemente	Frequentemente	2
1	De vez em quando	Não muito frequentemente	1
0	A maior parte do tempo	Nunca	0
A	Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído/a:	Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:	D
0	Sempre	Frequentemente	0
1	Normalmente	De vez em quando	1
2	Não frequentemente	Não frequentemente	2
3	Nunca	Muito raramente	3

► **Confiabilidade:**

- Alfa de Cronbach para HADS-A: 0.76
- Alfa de Cronbach para HADS-D: 0.81

► **Validade:**

- Convergente: Correlacionada com outros instrumentos de medida de ansiedade e depressão.
- Fatorial: Estrutura bidimensional confirmada através de análise fatorial.

A	Sinto-me tenso/a ou ansioso/a:	Sinto-me como se estivesse mais lento/a:	D
3	A maior parte do tempo	Quase sempre	3
2	Muito frequentemente	Muito frequentemente	2
1	De vez em quando, ocasionalmente	De vez em quando	1
0	Nunca	Nunca	0
D	Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estômago:	A
0	Decididamente tanto como antes	Nunca	0
1	Não tanto como antes	De vez em quando	1
2	Apenas um pouco	Frequentemente	2
3	Quase nada	Muito frequentemente	3
A	Terho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse prestes a acontecer:	Perdi o interesse na minha aparência:	D
3	Totalmente	Totalmente	3
2	Muito e muito forte	Muitas vezes não tenho tanto cuidado quanto devia	2
1	Sim, mas não muito forte	Por vezes talvez não tenha tanto cuidado quanto devia	1
0	Um pouco, mas não me preocupa	Tenho o mesmo cuidado de sempre	0
	Não, nada		
D	Conseguir e ver o lado cómico das coisas	Sinto-me agitado/a, como se não conseguisse estar quieto/a	A
0	Tanto como sempre consegui	Muitíssimo	3
1	Agora não tanto como antes	Bastante	2
2	Não tanto como antes	Não muito	1
3	Nada	Nada	0
A	Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	Sinto um prazer antecipado pelas coisas	D
3	A maior parte do tempo	Tanto como sempre senti	0
2	Muito frequentemente	Bastante menos que anteriormente	1
1	Não muito frequentemente	Muito menos que anteriormente	2
0	Raramente	Quase nada	3
D	Sinto-me alegre:	Terho sensações de pânico repentinas:	A
3	Nunca	Muito frequentemente	3
2	Não frequentemente	Frequentemente	2
1	De vez em quando	Não muito frequentemente	1
0	A maior parte do tempo	Nunca	0
A	Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído/a:	Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:	D
0	Sempre	Frequentemente	0
1	Normalmente	De vez em quando	1
2	Não frequentemente	Não frequentemente	2
3	Nunca	Muito raramente	3

A escala é composta por 14 itens: Divididos em duas subescalas:

- HADS-A: Ansiedade (7 itens)
- HADS-D: Depressão (7 itens)

Cada item é avaliado de 0 a 3, com pontuações totais que variam entre 0 e 21 para cada subescala.

A	Sinto-me tenso/a ou ansioso/a:	Sinto-me como se estivesse mais lento/a:	D
3	A maior parte do tempo	Quase sempre	3
2	Muito frequentemente	Muito frequentemente	2
1	De vez em quando, ocasionalmente	De vez em quando	1
0	Nunca	Nunca	0
D	Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estômago:	A
0	Decididamente tanto como antes	Nunca	0
1	Não tanto como antes	De vez em quando	1
2	Apenas um pouco	Frequentemente	2
3	Quase nada	Muito frequentemente	3
A	Terho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse prestes a acontecer:	Perdi o interesse na minha aparência:	D
3	Nitidamente e muito forte	Totalmente	3
2	Sim, mas não muito forte	Muitas vezes não tenho tanto cuidado quanto devia	2
1	Um pouco, mas não me preocupa	Por vezes talvez não tenha tanto cuidado quanto devia	1
0	Não, nada	Terho o mesmo cuidado de sempre	0
D	Consigo rir e ver o lado cómico das coisas	Sinto-me agitado/a, como se não conseguisse estar quieto/a	A
0	Tanto como sempre consegui	Muitíssimo	3
1	Agora não tanto como antes	Bastante	2
2	Nitidamente menos agora	Muito	1
3	Nada	Nada	0
A	Pasam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	Sinto um prazer antecipado pelas coisas	D
3	A maior parte do tempo	Tanto como sempre senti	0
2	Muito frequentemente	Bastante menos que anteriormente	1
1	Não muito frequentemente	Muito menos que anteriormente	2
0	Raramente	Quase nada	3
D	Sinto-me alegre:	Terho sensações de pânico repentinas:	A
3	Nunca	Muito frequentemente	3
2	Não frequentemente	Frequentemente	2
1	De vez em quando	Não muito frequentemente	1
0	A maior parte do tempo	Nunca	0
A	Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído/a:	Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:	D
0	Sempre	Frequentemente	0
1	Normalmente	De vez em quando	1
2	Não frequentemente	Não frequentemente	2
3	Nunca	Muito raramente	3

Ansiedade (HADS-A):

- 0-7: Ausência de sintomas clinicamente significativos de ansiedade.
- 8-10: Possível presença de sintomas de ansiedade, mas abaixo do limiar clínico.
- 11-21: Presença de sintomas significativos de ansiedade, indicando um possível transtorno de ansiedade.

Depressão (HADS-D):

- 0-7: Ausência de sintomas clinicamente significativos de depressão.
- 8-10: Possível presença de sintomas de depressão, mas abaixo do limiar clínico.
- 11-21: Presença de sintomas significativos de depressão, indicando um possível transtorno depressivo.

Critérios de exclusão

- **Distúrbios Psiquiátricos Graves:** Pessoas com transtornos psicóticos ou bipolares em fase maníaca;
- **Deficiências Cognitivas Graves:** Pessoas com demência ou outras deficiências cognitivas significativas;
- **Doentes Pediátricos:** 0 – 16 anos;
- **Contextos Culturais Não Validados:** Populações para as quais a HADS não foi culturalmente adaptada;
- **Baixa Alfabetização:** Pessoas com dificuldade de leitura ou compreensão de textos escritos;
- **Sob Influência de Substâncias:** Pessoas sob a influência de álcool ou drogas.

Benefícios da aplicabilidade

- **Identificação Rápida:** Detetar precocemente sintomas de ansiedade e depressão para intervenções oportunas.
- **Planeamento Terapêutico:** Auxiliar na personalização dos planos de tratamento / reabilitação, incorporando suporte psicológico adequado.
- **Melhoria da Qualidade de Vida:** Reduzir os sintomas emocionais, melhorando a adesão ao tratamento e a qualidade de vida da pessoa.

No contexto do Programa de Reabilitação

Pessoas com doenças respiratórias crônicas, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma e fibrose pulmonar, apresentam frequentemente sintomas de ansiedade e depressão devido à natureza debilitante da sua doença. A avaliação psicológica é crucial porque:

- **Impacto na Qualidade de Vida:** Ansiedade e depressão podem reduzir significativamente a qualidade de vida da pessoa;
- **Adesão ao programa terapêutico:** Sintomas psicológicos podem interferir na adesão ao tratamento e consequentemente provocar um agravamento de sintomas;
- **Prognóstico:** A presença de ansiedade e depressão está associada a um pior prognóstico e aumento da mortalidade em doenças respiratórias.

Yohannes, et al. (2010)

Considerações finais

- + A HADS é uma ferramenta confiável e válida para avaliar ansiedade e depressão na pessoa em programa de reabilitação. A sua aplicação deve ser adaptada às necessidades específicas de cada pessoa e ao contexto clínico, garantindo uma monitorização adequada e intervenções eficazes para uma melhoria do estado de saúde emocional e da qualidade de vida da pessoa.

Referências Bibliográficas

- Mendes, F. A., Gonçalves, R. C., Nunes, M. P., Saraiva-Romanholo, B. M., Cukier, A., & Stelmach, R. (2010). Effects of aerobic training on psychosocial morbidity and symptoms in patients with asthma: A randomized clinical trial. *Chest*, 138(2), 331-337.
- Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J., & Troosters, T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD005305
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2007). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pan, L., Wang, L., Zhou, S., Xing, X., & Ding, S. (2015). Exercise training modalities in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pulmonary Medicine*, 15, 40.
- Wong, A. W., & Danoff, S. K. (2021). Providing Patient-Centered Care in Interstitial Lung Disease. *Clinics in Chest Medicine*, 42(2), 337-346. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2021.03.003>
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1209-1221
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

**APÊNDICE 4 - SESSÃO DE FORMAÇÃO – INALADORES PRESSURIZADOS
DOSÁVEIS**



Inaladores Pressurizados Dosáveis (pMDI)

Etapas para uma técnica inalatória correta



Alunas do Mestrado em
Enfermagem de Reabilitação:
Andreia Ramos
Susana Araújo

setembro 2024

AGENDA



1 Objetivos

2 Princípios

3 Técnica de Inalação

4 Ensinos

5 Fármacos

6 Higiene Oral

7 Limpeza e Manutenção dos Dispositivos

8 Conclusão



OBJETIVOS

Geral

Pretende-se que cada formando esteja apto para **prestar cuidados à pessoa com necessidade de terapia inalatória**, no contexto do Atendimento Permanente (AP).

Específicos

Os formandos deverão ser capazes de:

- Identificar **duas vantagens** na utilização da via inalatória na patologia das vias aéreas, através de um teste, sem qualquer erro;
- Descrever a **técnica inalatória**, através de um teste, de forma correta;
- Identificar a **sequência farmacológica** a realizar, através de um teste, de forma correta.



PRINCÍPIOS

A via inalatória é a **via de eleição** na terapêutica da patologia das vias aéreas.

Vantagens

Ação terapêutica mais rápida e com maior eficácia;

Utilização de menor quantidade de fármaco para obter o mesmo efeito terapêutico;

Deposição do fármaco diretamente no local de ação;

Menores efeitos secundários.

(Peneira (1998); Rees (2005); Lavorini et al (2008); Aguilera et al (2018))

PRINCÍPIOS

- Existem alguns estudos acerca da inaloterapia e da má técnica de inalação por parte da pessoa com patologia respiratória, que apontam como sendo um problema comum e persistente (Cordeiro, 2010).
- A técnica de inalação incorreta compromete o controlo das doenças respiratórias como a asma e a DPOC pela redução da dose de fármaco depositada ao nível das vias respiratórias, diminuindo a eficácia do fármaco inalado (ADMIT, 2010).
- A inalação pela boca deve ser a via privilegiada uma vez que se verifica uma diminuição em 50% da quantidade de fármaco que atinge o pulmão se for realizado via nasal. As câmaras expansoras associadas aos pMDI são dispositivos facilitadores e potencializadores do efeito terapêutico desejado. (Aguar et al, 2016).



DISPOSITIVOS INALATÓRIOS



pMDI

Dispositivo pressurizado;
Dose fixa e controlada de fármaco e
propelente.



DPI

Fármaco em forma de pó seco;
Ativado pela inspiração (profunda);
Inalação rápida, forçada e
constante, desde o início.



pMDI + câmara expansora

Permitindo uma maior deposição do
fármaco nas vias aéreas inferiores.



SMI

Aerossol libertado lentamente;
Independente do débito inspiratório;
Não exige a coordenação da
ativação/inalação.

(Aguilar et al, 2016)

DISPOSITIVOS INALATÓRIOS



pMDI

Dispositivo pressurizado;
Dose fixa e controlada de fármaco e
propelente.



DPI

Fármaco em forma de pó seco;
Ativado pela inspiração (profunda);
Inalação rápida, forçada e
constante, desde o início.



pMDI + câmara expansora

Permitindo uma maior deposição do
fármaco nas vias aéreas inferiores.



SMI

Aerossol libertado lentamente;
Independente do débito inspiratório;
Não exige a coordenação da
ativação/inalação.

(Aguilar et al, 2016)

04



TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI

2022 | Inaloterapia | Atendimento Permanente

TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI

1

Aquecer a embalagem à temperatura corporal.

Reduzir o efeito "boca congelada".

2

Retirar a tampa e **agitar** a embalagem na posição vertical.

Misturar o fármaco com o propelente e produzir a pressão ideal para a geração de aerossol a partir da solução líquida.

3

Colocar a embalagem na posição vertical, **em forma de L**, com o indicador na parte superior e o polegar na parte inferior.

Evitar o impacto de partículas na parede do bucal do pMDI.

4

Realizar uma ligeira **hiperextensão** cervical

Alinhar o eixo orofaringolaríngeo, permeabilizando a via aérea, diminuindo a deposição do fármaco na orofaringe.

5

Efetuar uma **expiração lenta** até à capacidade de reserva funcional.

(Aguilar et al, 2015; Rodrigues, 2020)

TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI

6

Colocar o bucal na boca, fechando os lábios e a posicionando a língua por baixo.

7

Inspirar **lentamente** e ativar o pMDI (débito inspiratório de 30L/min).

8

Continuar a inspirar lentamente e profundamente **até à capacidade pulmonar total** (3-5 segundos).

9

Suster a respiração durante **10 segundos**, no caso dos adultos.

O mecanismo de impacto por inércia das partículas é diretamente proporcional ao tamanho das mesmas e à velocidade de transporte. Uma inspiração rápida facilita a deposição de partículas na orofaringe. A mobilidade, em grande velocidade, das partículas dificulta a sua mudança de direção dentro da via aérea.

Facilitar a deposição das partículas a nível intra brônquico

(Aguiar et al, 2005; Rodrigues, 2000)

TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI



TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI

Notas

Deve-se aguardar **30-60 segundos** entre inalações ("puff") para que as pressões dentro do *canister* sejam equilibradas e para que haja uma deposição completa do fármaco.

Antes da primeira utilização ou após uma pausa de dois dias, devem ser realizadas **3-4 ativações para o ar**. Assim é garantida a mistura fármaco+propelente.

Na inalação de corticoides, promover a **higiene oral ou enxaguamento** sem deglutição da água, para se diminuir os efeitos adversos destes fármacos

(Aguilar et al, 2016; Rodrigues, 2008)

TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI + Câmara Expansora

- A utilização da câmara expansora **minimiza o problema da sincronização** exigida entre a ativação do pMDI e a inspiração (coordenação mão-pulmão).
- Há uma diminuição da velocidade do aerossol, fazendo com que o propelente evapore e as **partículas de maior calibre se depositem na câmara e não na orofaringe**.
- É a **melhor opção** para administrar terapêutica de crise e pode ser administrado próximo de outros utentes.



(Aguilar et al, 2016)

TÉCNICA DE INALAÇÃO

pMDI + Câmara Expansora

- A inalação por peça bucal deve ser, sempre, a recomendada e privilegiada;
- A respiração nasal condiciona uma redução em 50% da percentagem de aerossol que atinge o pulmão;
- A inalação com máscara deve ser feita pela boca;
- Indicada em crianças com idade igual ou superior a 4 anos e adultos.



05

FÁRMACOS



FÁRMACOS**01****BRONCODILATADOR
DE
AÇÃO CURTA**

e.g. Salbutamol

02**ANTICOLINÉRGICO**

e.g. Brometo de Ipratrópio

03**CORTICOSTERÓIDE**

e.g. Budesonida / Beclometasona

A sequência de inalação deve obedecer a critérios de eficácia de ação.

06**HIGIENE
ORAL**

HIGIENE ORAL

- Bochechar durante alguns segundos e depois deitar a água fora;
- Escovar os dentes normalmente, sem esquecer de lavar também a língua;
- Passar fio dentário entre os dentes;
- Bochechar novamente com água para assegurar uma higiene completa.



07

LIMPEZA E
MANUTENÇÃO
DOS
DISPOSITIVOS



LIMPEZA E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS

- Limpar com um pano húmido o bucal;
- Lavar com água morna e detergente neutro a embalagem plástica do inalador, 2 a 3 vezes por semana;
- Secar bem.



LIMPEZA E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS

- Desmontar todas as peças possíveis;
- Semanalmente, agitar as peças da câmara e a máscara em água morna com detergente suave durante pelo menos 1 m e deixar as peças submersas durante pelo menos 10 m;
- Enxaguar em água corrente;
- Secar ao ar ambiente;
- Devem ser substituídas se apresentarem fissuras ou com uma periodicidade mínima anual.



08



CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A via inalatória:

- Uma **ação terapêutica mais rápida e com maior eficácia**;
- Deposição do fármaco **diretamente no local de ação**;
- Utiliza uma **menor quantidade de fármaco** para obter o mesmo efeito terapêutico;
- Tem **menores efeitos secundários**.

O dispositivo inalatório que mais utilizado é o **pMDI** com e sem câmara expansora.

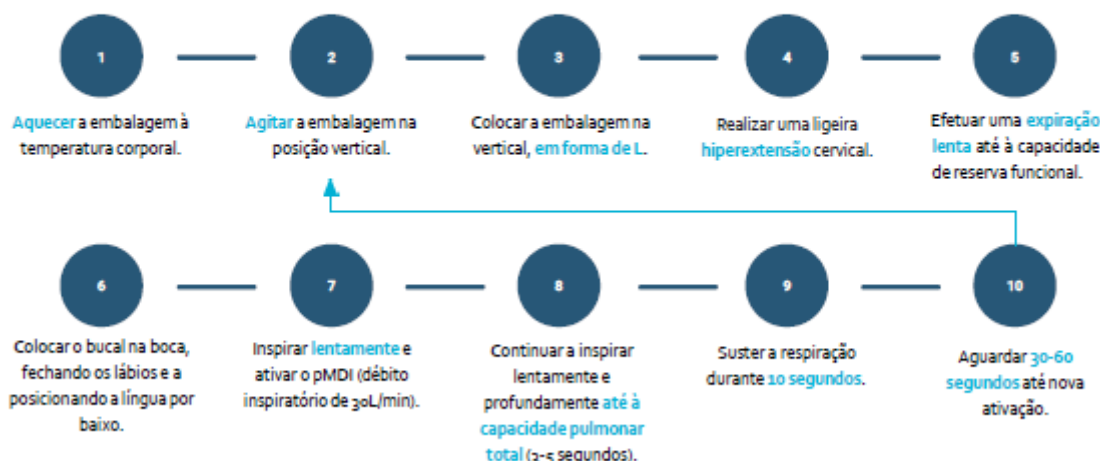
A utilização da câmara expansora **minimiza o problema da sincronização** exigida entre a ativação do pMDI e a inspiração.

A sequência farmacológica:

- **Salbutamol + Brometo de Ipratrópio + Beclometasona/Budesonida (SAB)**.

CONCLUSÃO

A técnica inalatória:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguar R, Lopes A, Ornelas C, Ferreira R, Caiado J, Mendes A, et al. Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. Rev Port Imunoalergologia. 2017;25(1):9-26.
- Cordeiro M. Terapêutica Inalatória – Princípios, Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios. Loures: Lusodidacta; 2014.
- Lavorini F, Corbetta L. Achieving asthma control: the key role of inhalers. Breathe. 2008;5(2):120-31.
- Machado C. Contributo do Enfermeiro na Promoção e Educação para a Saúde no Serviço de Urgência Geral. Universidade Técnica de Lisboa; 2013.
- Pereira F. Como administrar drogas por via inalatória na asma. J Pneumol. 1998;24(3):133-44.
- Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Tadinense - Artes Gráficas; 2015.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa; 2002.
- Rees J. Methods of delivering drugs. BMJ. 2005;331(7545):504-6.
- Rodrigues AJR. Técnica inalatória de dispositivos pMDI e DPI: Avaliação do conhecimento dos Enfermeiros. Instituto Politécnico de Bragança; 2020.
- Vincken W, Dekhuijzen R, Barnes P, Group A. The ADMIT series- Issues in inhalation Therapy. How to choose inhaler devices for the treatment of COPD. Prim Care Respir J. 2010;19(1):10-20.

APÊNDICE 5 – POSTER INALOTERAPIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSÁVEIS

ETAPAS PARA UMA TÉCNICA INALATÓRIA CORRETA

A via **inalatória** é o método de eleição de diversas doenças respiratórias. A técnica de inalação incorreta compromete o controlo das doenças respiratórias pela redução da dose de fármaco depositada ao nível das vias respiratórias, diminuindo a eficácia do fármaco inalado. Uma correta técnica inalatória pressupõe **3 etapas**.

2 HIGIENE ORAL

Após administração de broncodilatadores deve bochechar durante alguns segundos com água ou colutório neutro e depois **deitar fora**.

- ✓ A escovagem dos dentes deve ser feita em momentos diferentes da administração de broncodilatadores, devido ao aumento do risco de dano ao esmalte.
- ✓ Reduz o risco de infeção orofaríngea.

1 TÉCNICA INALATÓRIA

1. Colocar-se em posição de pé, sentado ou semi-sentado;
2. Desadaptar o inalador do dispositivo inalatório e aquecer entre as mãos, adaptando-o novamente;
3. Retirar a tampa do dispositivo e agitar (na posição vertical);
4. Colocar o dispositivo na posição vertical (em forma de L) e adaptá-la à câmara expansora;
5. Efetuar uma expiração lenta;
6. Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;
7. Pressionar o inalador;
8. Inspirar lenta e profundamente até à capacidade pulmonar total;
9. Suster a respiração durante 10 segundos. Se não for possível, inspirar lenta e profundamente até 3 ciclos respiratórios;
10. Realizar uma expiração forçada;
11. Aguardar 30-60 segundos para a nova inalação e repetir os passos 3-11 para a administração da outra inalação.



3 LIMPEZA E MANUTENÇÃO



1. Limpar com um pano húmido o bucal;
2. Lavar com água morna e detergente neutro a embalagem plástica do inalador, **2 a 3 vezes por semana**;
3. Secar bem.



1. Desmontar todas as peças possíveis;
2. Limpar as peças da câmara em água morna com detergente neutro durante pelo menos 1 minuto e deixar as peças submersas durante pelo menos 10 minutos;
3. Enxaguar em água corrente;
4. Secar em ar ambiente;
5. Repetir o procedimento **1 vez por semana**.



**APÊNDICE 6 – FOLHETO INFORMATIVO – PRESCRIÇÃO DE PRODUTOS DE
APOIO PARA O BANHO**

PRODUTOS DE APOIO PARA O BANHO

GUIA ORIENTADOR PARA ENFERMEIROS

PRODUTOS DE APOIO PARA BANHEIRA

Assentos e pranchas



Cadeira giratória



PRODUTOS DE APOIO PARA SUPERFÍCIES PLANAS

Assentos para superfícies planas



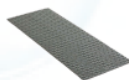
Cadeira de rodas de banho



PRODUTOS DE APOIO PARA ADAPTAÇÃO DE CASA DE BANHO



Torneiras adaptadas



Tapetes antiderrapantes



Barras de apoio



Alteador de sanita



ASPETOS A TER EM CONTA NA ESCOLHA DE PRODUTOS DE APOIO

1 Em relação ao dispositivo:

- Conforto;
- Segurança;
- Estabilidade;
- Tipo de utilidade (banho de imersão ou duche);
- Facilidade de utilização;
- Tamanho;
- Peso.

2 Em relação ao meio ambiente:

- Atenção à relação entre as larguras das portas e dos dispositivos;
- Arrumação;
- Durabilidade;
- Estética;
- Relação custo-benefício.

3 Em relação às características pessoais:

- Idade;
- Peso;
- Controlo cefálico;
- Equilíbrio sentado;
- Movimentos involuntários;
- Capacidade para transferência;
- Deformidade ou limitações na postura.

APÊNDICE 7 – FOLHETO INFORMATIVO – FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL

Estes exercícios ajudam a aliviar a dor e evitam a rigidez.

De pé, incline-se para a frente e deixe o braço solto e descontraído como um pêndulo, em círculo e para a frente e para trás.



Faça estes exercícios 20 vezes no sentido do ponteiro do relógio e 20 vezes no sentido contrário;

ORIENTAÇÕES

- Deve tomar a medicação de acordo com a prescrição médica;
- Mobilizar ativamente os dedos, punho e cotovelo;
- Realizar penso 2x semana e em SOS se repassar no Centro de Saúde;

- Adote uma postura correta;
- Não deve deitar-se sobre o ombro operado;
- Deve ter o membro elevado com suspensor;
- Deve aplicar gelo 3x dia para diminuir a dor e o inchaço.

SINAIS DE ALERTA

- Dores muito intensas que não passam com os analgésicos prescritos;
- Mão muito inchada, dedos com alteração da coloração;
- Formigueiro ou diminuição da sensibilidade;
- Febre, calor no local da cirurgia, vermelhidão;
- Penso a repassar muito;

DEVE DIRIGIR-SE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE S. BERNARDO

Elaborado por:

Enf. Teresa Lopes

Enf. Susana Araujo (aluna de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da ESEEM)

Guia Orientador Fratura do Úmero Proximal



Serviço de Ortopedia

Janeiro 2025

A fratura do úmero proximal é uma lesão em que ocorre quebra na continuidade do osso, na extremidade superior do braço (úmero), perto da articulação do ombro.

O tratamento das fraturas do úmero pode ser conservador (não cirúrgico) ou cirúrgico.

O tratamento cirúrgico visa o posicionamento correto dos fragmentos ósseos que poderá ser efetuado através da fixação do úmero com material de osteossíntese, ou substituição de um ou mais componentes da articulação do ombro. Esta fixação permita que volte à sua atividade diária o mais precocemente possível, reduzindo ao mínimo as complicações.



Após a cirurgia:

- Necessita de um suspensor braquial que será escolhido consoante o tipo de cirurgia;



AUTOCUIDADO

Higiene:

- Deve realizar a higiene diária da região axilar com uma compressa aberta, a seguir deve secar bem a região axilar;
- Aplicar creme hidratante na região da axila e zona mamária para evitar que a pele fique macerada;
- Pode retirar o suspensor para a higiene e voltar a colocar após a higiene;

Vestuário:

Deverá remover a suspensão braquial conforme lhe foi previamente ensinado;

- Vestir primeiro o braço operado e só depois o braço saudável;
- Despir primeiro o braço saudável e só depois o braço operado.

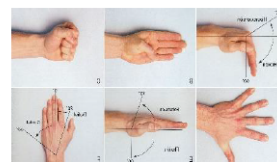
Posicionar:

- Pode colocar uma almofada para apoiar o membro operado, mantendo o alinhamento correto do ombro;
- Não deve apoiar o membro operado nos braços das cadeiras;
- Não deve dormir para o lado operado;

EXERCÍCIOS

- Deve mexer livremente os dedos e o pulso do braço operado, de maneira a prevenir a rigidez dessas articulações;

Dedos



Punho



- Pode movimentar o cotovelo, mantendo a suspensão braquial, fazendo deslizar a sua mão e o braço pelo seu peito;

- Não deve realizar abertura do braço, até indicação médica;

Exercícios Pendulares de Codman:

Os exercícios pendulares, consistem na realização de uma automobilização por meio de movimentos circulares e pendulares com o braço, obtidos com movimentos suaves do tronco, sem a contração de qualquer músculo do ombro;

**APÊNDICE 8 – SESSÃO DE FORMAÇÃO – CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA:
COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO**

CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Alunos do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação
Andreia Ramos
Inês Eliseu
Miguel Cunha
Susana Araújo



MÓDULO 2 COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO



Sumário

Comunicação	- Processos de Comunicação
	- Tipos de Comunicação
	- Estilos de Comunicação

Alterações da comunicação na pessoa com demência

Estratégias de comunicação na demência

Gestão de conflitos	- Gestão comportamental para o cuidador
---------------------	---



Comunicação

A palavra deriva do latim communicare, que significa “partilhar” ou “tornar comum”;

(Conceito.de, 2011)

É um processo social que tem como objetivo a transmissão de uma mensagem. A comunicação é universal e inevitável e encontram-se envolvidos diferentes sentidos e capacidades.

Através da comunicação é construída a individualidade de cada indivíduo e estabelecimento de relações interpessoais.

(Figueiredo, et al., 2016)

Comunicação

A comunicação permite-nos:

- Trocar informações, ideias
- Partilhar ou transmitir informações, ideias, sentimentos e experiências
- Estabelecimento de relações
- Demonstra quem somos

Apresenta um papel fundamental:

- Partilha e aprendizagem
- Interação Social
- Desenvolvimento Cultural
- Utilização do elemento da comunicação Linguagem

(Sequeira, 2018)

5

Processo da comunicação

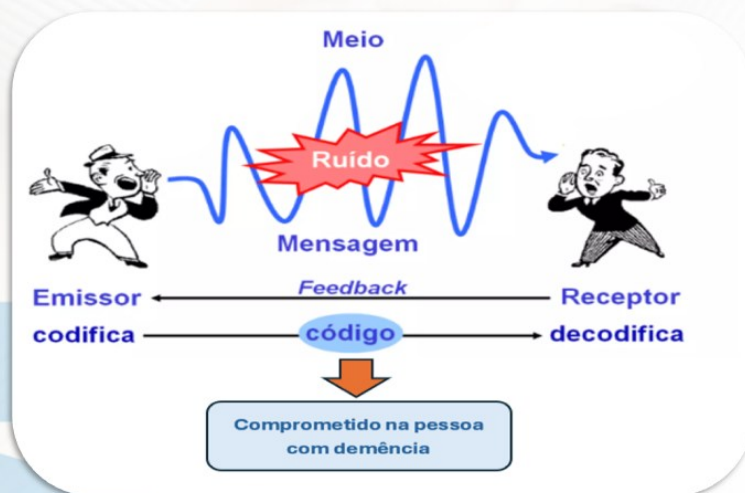
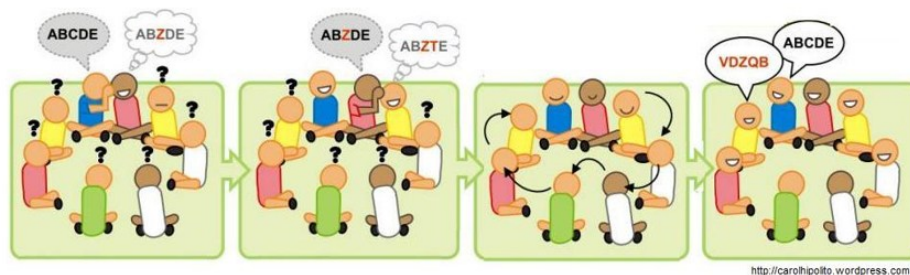


Imagem adaptada Parrião, G & Silveira, B (2017) Processos de Comunicação

6

Jogo do “Telefone Estragado”



7

Tipos de comunicação

Comunicação Verbal

- Fala e escrita

Comunicação não verbal

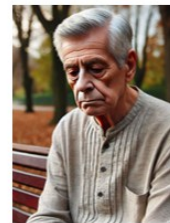
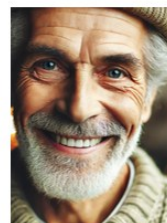
- Expressões
- Comportamentos
- Olhar
- Gestos
- Silêncio

8

Comunicação não verbal

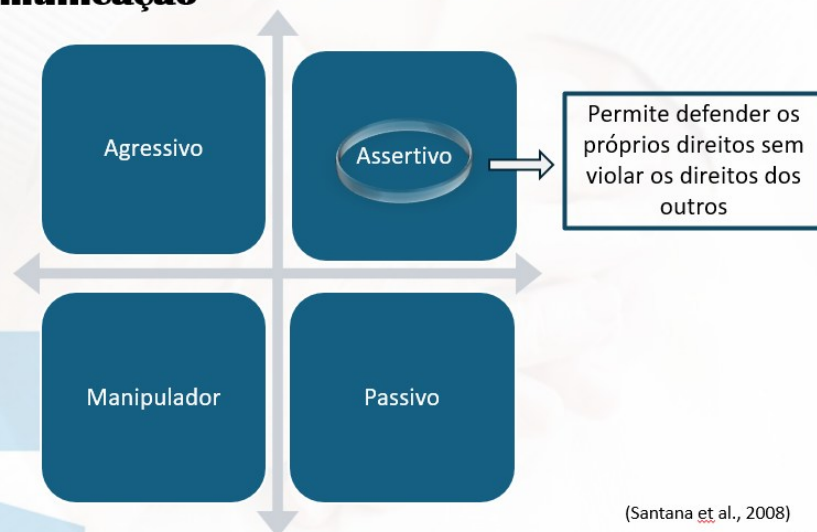
Devemos ter em conta:

- Espaço Pessoal
- Postura corporal
- Gestos
- Expressão Facial
- Contacto visual
- Utilização da voz



9

Estilos da comunicação



(Santana et al., 2008)

10



ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA PESSOA COM DEMÊNCIA

11

Comunicação e Relacionamento



As alterações na comunicação resultam do declínio físico e funcional das áreas cerebrais envolvidas na linguagem, no processamento de informações e na interação social. A progressão e os tipos de impacto variam conforme o tipo e o estágio da demência.

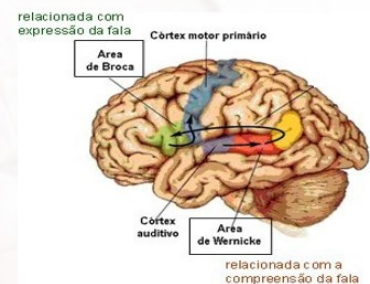
(Azevedo et al., 2010)

12

Comunicação e Relacionamento

Danos às áreas do cérebro ligadas à linguagem:

- **Área de Broca:** região cerebral envolvida na produção da fala e no planeamento da linguagem, localizada no lobo frontal esquerdo, no giro frontal inferior.
- **Área de Wernick:** região cerebral responsável pela compreensão da linguagem, localizada no lobo temporal esquerdo, próxima ao giro temporal superior.



(Bear, 2020)

13

Comunicação e Relacionamento

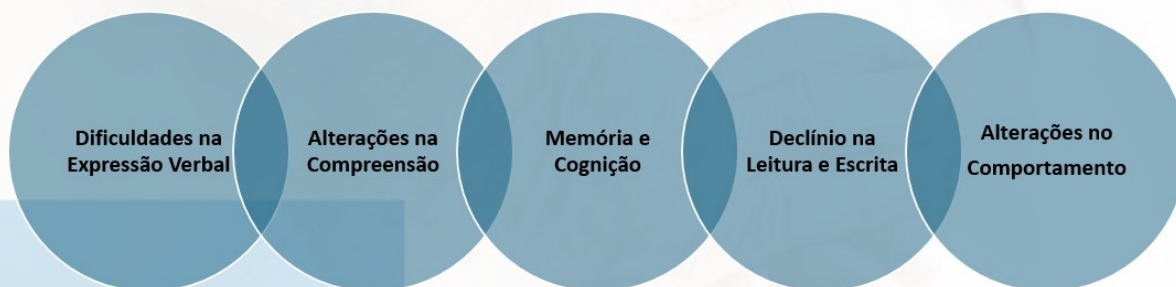
Tipos de demência mais comuns e as suas características específicas na linguagem:

- **Doença de Alzheimer:** Perda de memória, desorientação, dificuldade em resolver problemas e/ou encontrar palavras, alterações de humor;
- **Demência Frontotemporal:** Desinibição social, apatia, comportamentos repetitivos, afasia progressiva, capacidade de julgamento diminuída, impulsividade;
- **Demência Vascular:** Dificuldade de concentração; perda de memória, apatia, ansiedade, alterações emocionais súbitas, desorientação, dificuldade em resolver problemas e/ou encontrar palavras;
- **Demência com Corpos de Lewy:** Perda de memória, confusão, alucinações, flutuações cognitivas, apatia, expressão facial reduzida.

14

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:



15

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Dificuldades
na
Expressão
Verbal

- **Procura de Palavras:** Esquecimento frequente de palavras simples, substituindo-as por descrições ou palavras erradas;
- **Discursos Repetitivos:** Repetição de palavras, frases ou histórias (associado também à perda de memória);
- **Frases Incompletas:** Dificuldade em estruturar frases ou concluir pensamentos. Lacunas de Informação.

(Lima, 2014; Ortiz, 2005)

16

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Alterações na Compreensão

- **Dificuldade em Compreender Frases Complexas:** Palavras ou frases abstratas ou metafóricas tornam-se confusas;
- **Interpretação Literal:** Perda da capacidade de compreender piadas, sarcasmos ou metáforas (ex.provérbios).

(Morais, 2009)

17

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Memória e Cognição

- **Perda de memória:** Mudança de assunto/ alterações rápidas nos tópicos da conversa sem lógica aparente;
- **Diminuição da atenção:** Dificuldade em seguir uma conversa;
- **Lentidão cognitiva:** Abandono de frases ou confusão sobre o assunto, com perda da linha de raciocínio.

(Smith, 2010)

18

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Declínio na Leitura e Escrita

- **Escrita Confusa ou Ilegível:** A escrita pode tornar-se desorganizada;
- **Dificuldade em Ler:** A leitura de textos complexos ou mesmo simples pode ser comprometida.

(Ortiz, 2005)

19

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Alterações no Comportamento

- **Frustração ou Irritabilidade:** Resultantes da dificuldade em se expressar ou ser compreendido. (Agressividade em casos extremos);
- **Comunicação Não Verbal:** Aumenta a dependência de expressões faciais, gestos ou toque para transmitir emoções;

(Savundranavagam, 2005)

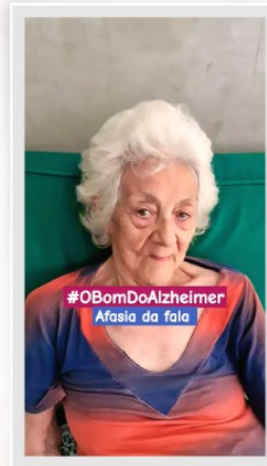
(Soares, 2019)

20

Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Alteração do Comportamento



21

Comunicação e Relacionamento

Impacto Emocional e Psicológico

- A frustração, ansiedade ou depressão associadas à demência podem inibir a vontade de se comunicar;
- Alterações de humor e comportamentos sociais inadequados dificultam as interações interpessoais.

(Savundranayagam, 2005)

Comunicação e Relacionamento

- As alterações de linguagem observadas em indivíduos com demência acometem a atividade comunicativa, provocando, na maior parte, o isolamento e o aumento do risco de institucionalização precoce.

(Araújo, 2015)

22

Jogo das Palavras Perdidas

- Peça a um participante que descreva algo comum, sem usar palavras-chave óbvias;
- Os outros tentam adivinhar;

Objetivo: Discutir a dificuldade e como os cuidadores podem ajudar as pessoas que enfrentam este tipo de barreira.



23

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA DEMÊNCIA



24

Estilos de comunicação

- O confronto enfraquece o respeito.
- A calma preserva a harmonia.

**Discurso
Assertivo**



Manipulador



Agressivo



Passivo

25

**Comunicação
adequada**



- Facilita a interação com a pessoa com demência.
- Promove uma relação de confiança.

**Comunicação não
adequada**



- Compromete o bem-estar da pessoa com demência.
- Compromete o bem-estar do cuidador.



26

Vantagens de um discurso assertivo

- 1. Clareza na comunicação:** Facilita a compreensão da mensagem, reduzindo a confusão causada pela linguagem ambígua ou complicada;
- 2. Estímulo à confiança:** Transmite segurança e tranquilidade, ajudando a pessoa com demência a sentir-se mais confortável e menos ansiosa;
- 3. Respeito pela dignidade:** Um tom assertivo, mas respeitoso, promove o reconhecimento da pessoa como indivíduo, preservando a sua dignidade.

(Alzheimer Portugal, 2023)

27

Vantagens de um discurso assertivo

- 4. Redução de conflitos:** Ajuda a evitar mal-entendidos ou reações negativas, promovendo uma interação mais positiva e eficaz;
- 5. Facilitação de respostas:** Um discurso direto e objetivo ajuda a pessoa a focar-se na informação essencial, promovendo melhores respostas dentro das suas capacidades;
- 6. Manutenção da relação:** Promove um ambiente de respeito mútuo, fortalecendo o vínculo entre o comunicador e a pessoa com demência.

(Alzheimer Portugal, 2023)

28

Estratégias de comunicação verbal

- Usar frases curtas e simples;
- Abordar a pessoa pelo seu nome/ pelo nome que gosta de ser tratado;
- Não infantilizar;
- Fazer uma questão de cada vez e esperar pela resposta da pessoa, antes de colocar outra questão;
- Dar opções de escolhas, mas limitá-las;
- Evitar usar expressões “lembra-se” ou “Já lhe tinha dito” ou “outra vez?”.

29

Estratégias de comunicação verbal

- Fazer perguntas simples que sejam respondidas apenas com “Sim” ou “Não”;
- Se a pessoa tiver dificuldade em articular uma palavra ou terminar a frase, pedir para explicar de outra forma;
- Evitar expressões vagas:
ex. em vez de “Está ali” , utilizar antes “A sua bengala está ao lado da porta;
- Trocar perguntas por afirmações:
ex. “O seu casaco está aqui”, em vez de “Precisa do seu casaco?”;
- Substituir expressões negativas por positivas:
ex. “Faça assim”, em vez de “Não faça isso”;

30

Estratégias de comunicação verbal

- Manter conversas sobre a estimulação dos sentidos:
ex. “Sinta como é suave esta manta”/“Gosta do cheiro deste creme?”;
- Se não conseguir comunicar o que pretende, esperar e tentar mais tarde;
- Se não consegue compreender o discurso da pessoa, procure interpretá-lo com base no que já conhece acerca dela. Não contrariando a pessoa;
- Repetir as vezes que forem necessárias, independentemente de já ter respondido.

31

Estratégias de comunicação não verbal

- Escute atentamente o que a pessoa lhe diz/tenta dizer;
- Manter SEMPRE o contacto visual;
- Utilizar expressões faciais que transmitam serenidade à pessoa: e.g. sorrir
acenar com a cabeça;
- Esteja consciente da sua própria linguagem não verbal e evite movimentos bruscos: e.g. gestos, postura, movimentos corporais.

32

Estratégias de comunicação não verbal

- Seja observadora, por forma a compreender as atitudes da pessoa;
- Evitar ruídos de fundo;
- Aproxime-se sempre pela frente, por forma a não assustar a pessoa;
- Respeite o espaço da pessoa.

33

Abordagens comunicacionais

Terapia da
Validação

Terapia da
Reminiscência

Terapia da
orientação
para a
realidade

34

Terapia da validação

Entrar na realidade da pessoa, em vez de a tentar trazer à nossa realidade.

Exemplo:

- Uma utente internada numa instituição de saúde, sem perspectiva de alta, exclama: “A minha filha está lá em baixo à minha espera para eu me ir embora”. Em vez de lhe dizermos, “mas você não sai daqui hoje”, poderemos dizer “então vamos primeiro comer o pequeno almoço para depois se ir embora.” Desta forma, não se contraria a realidade da pessoa e cria-se um momento de distração.



(Camara, et al., 2009)

35

Terapia da Reminiscência

- Rever acontecimentos passados.
- Recordar experiências anteriores, que sejam significativas para o utente, através do uso de estímulos sensoriais como fotografias, músicas, objetos, aromas e até histórias familiares



(Camara, et al. 2009).

36

Terapia da orientação para a realidade

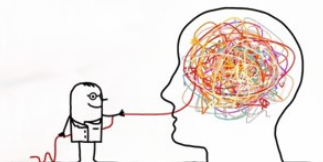
- Restabelecimento do contato da pessoa com o seu meio envolvente.

Exemplos:

“Este lanche soube-me muito bem”
(orientação para hora do dia)

“Adoro a época natalícia” (orientação para a época do ano)

“Está no seu quarto, Sr^o Pedro” (orientação espacial).



(Camara, et al., 2009).

37

O que não fazer!

- Discutir: Isso só irá tornar a situação pior.
- Dar ordens à pessoas.
- Dizer à pessoa o que não pode fazer. Em vez disso, diga-lhe aquilo que ela pode fazer.
- Utilizar modos intransigentes. Um tom de voz arrogante pode ser apreendido mesmo que a pessoa não compreenda as palavras, o que a poderá deixar mais perturbada.
- Falar da pessoa que está presente como se ela não estivesse.



(Alzheimer Portugal, 2023)

38



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

GESTÃO DE CONFLITOS

(Gestão Comportamental para o Cuidador)

39

Compreender o contexto e as causas do conflito



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

- Identificar gatilhos

- Reconhecer emoções



40

Jogo das Emoções

- Divida o grupo em pares;
- Entregue a cada pessoa uma emoção ou sentimento num papel (felicidade, frustração, tristeza, entre outros);
- A pessoa deve comunicar a emoção para o seu par sem usar palavras, apenas expressões faciais e linguagem corporal;
- O par tenta adivinhar a emoção;

Objetivo: Discutir como esses sinais podem ajudar na comunicação com pessoas com demência.



41

Desescalonamento

Termo coletivo que descreve uma gama de componentes interligados, incluindo comunicação, autorregulação, avaliação, ações e manutenção da segurança. O objetivo é extinguir ou reduzir a agressividade ou agitação da pessoa, independentemente da sua causa, e melhorar as interações entre a equipa e o doente, eliminando ou minimizando a necessidade de coerção ou restrição.

(Hallet & Dickens, 2017)

42

Estratégias de desescalonamento

- Manter uma atitude aberta em relação ao que a pessoa está a sentir;
- Controlar as próprias emoções e transmitir calma, mesmo perante a agressividade ou situações que provoquem inquietação;
- Recorrer à comunicação verbal/ não verbal, incluindo expressões de preocupação e escuta ativa;
- Estabelecer uma relação de confiança, garantindo que a pessoa se sente respeitada e valorizada.



Estratégias de desescalonamento

- Avaliar quando é necessária uma intervenção, considerando os riscos e a segurança envolvidos;
- Permitir que a pessoa expresse as suas necessidades e as razões da sua frustração;
- Oferecer atividades alternativas em concordância com os interesses e preferências da pessoa.



Estratégias perante o conflito

ante o conflito



45

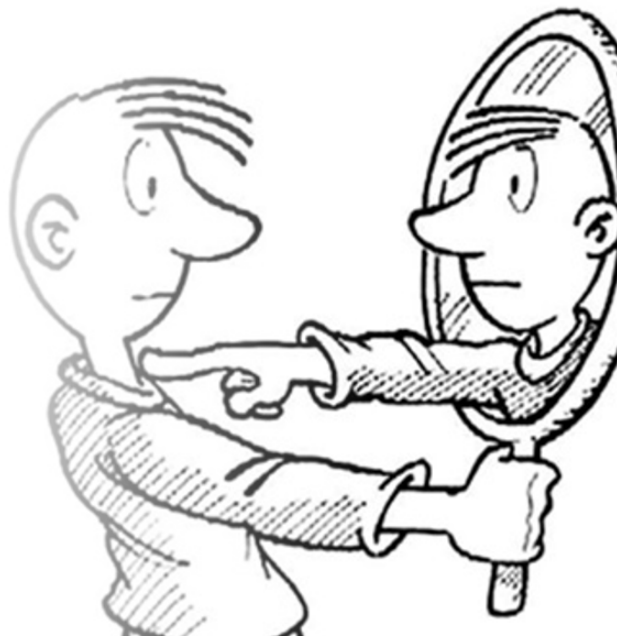
Problema comum – Querer ir para casa

1. Evitar dizer:
 - “Está em casa”
2. Investigar:
 - Necessidades não atendidas: fome, sede, necessidade de ir ao sanitário, cansaço.
 - Ambiente: ruidoso, presença de muitas pessoas ou movimentação constante.
3. Respostas alternativas:
 - “Oh, tem que chegar a casa. Há algo que precisa lá, ou apenas quer estar lá?”
 - “Vamos em frente...”

46

O Autoconhecimento é Imperativo!

- Esteja consciente de como as suas palavras e ações afetam aqueles que vivem com demência;
- Promova um ambiente positivo e acolhedor, minimizando fatores de stress para a pessoa.



O Autoconhecimento é Imperativo!



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE



Priorize a formação da equipa, com enfoque em:

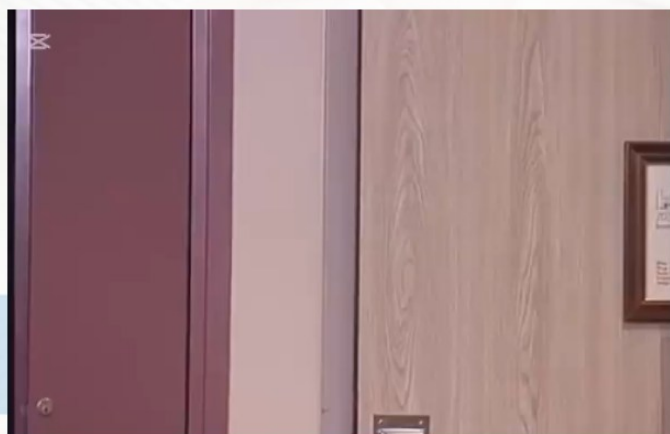
- Comunicação eficaz, compreendendo o comportamento como expressão de necessidades subjacentes;
- Reconhecimento de comportamentos e atitudes que possam desencadear respostas emocionais ou comportamentais na pessoa com demência.

Caso Prático



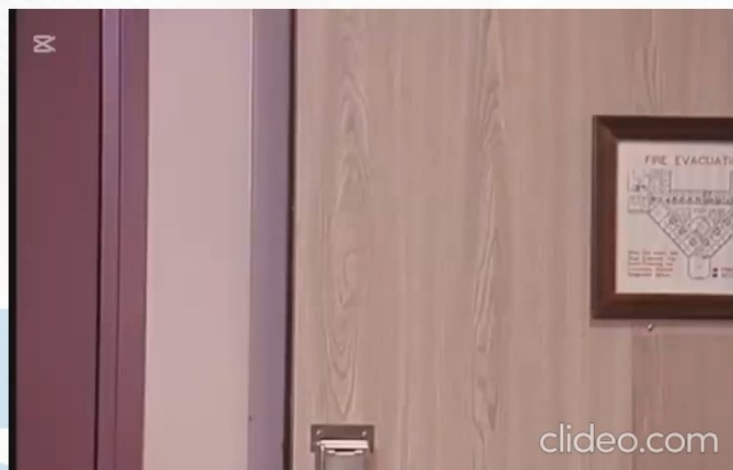
49

Caso Prático



50

Caso Prático



51

Caso Prático



52

Caso Prático



53

Caso Prático



54

“Lembra-te: antes de falares, é
necessário que oíças e, só então,
do fundo do teu coração, fales.”

(Madre Teresa de Calcutá)



55



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE
SANTACASA
Instituto de Saúde e Bem-estar

BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Portugal (2023). A Comunicação. Lisboa: Alzheimer Portugal. Recuperado a 23 de outubro de 2023 em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-107-comunicação>
- Associação Portuguesa de Familiares e amigos dos doentes de Alzheimer. (2019). Alzheimer Portugal. Obtido de <http://alzheimerportugal.org/>
- Conceito.de (2011). Conceito de comunicação. Recuperado a 23 de novembro de 2019 em <https://conceito.de/?s=comunica%C3%A7%C3%A3o>
- Dias, C & Gabriel, G. (n.d.). ASSERTIVIDADE: O QUE É, POR QUE É ÚTIL E COMO SE APRENDE? O que é o Comportamento Assertivo? Gabinete de Apoio Psicopedagógico- Universidade Lisboa <https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Assertividade.pdf>
- Figueiredo, D., Marques, A. & Barbosa, A. (2016). Demência. E Agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. Análise Psicológica.
- Grilo, A. M. (2024). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283–297. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200011
- Hallet, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333.
- Lavelle, M., Ferreira, A. L., Dixon, S., Berring, L. L. (2024). De-Escalation in Mental Health Care Settings. *Coercion and Violence in Mental Health Settings*, 331-356. https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4_15

56



BIBLIOGRAFIA

- NeuroSer. (3 de março de 2017). Quando a Comunicação Falha: Pequenas Dicas que Ajudam. Obtido de NeuroSer - cuidar, apoiar, inovar: <http://neuroser.pt/2017/03/03/quando-a-comunicacao-falha-pequenas-dicas-que-ajudam/>
- Parrião, G & Silveira, B (2017) *Processos de Comunicação*; Slideshare.
- Primo, F., & Bucci, S. (2020). *COMUNICAÇÃO ASSERTIVA COMO RECURSO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO AMBIENTE CORPORATIVO* (Empreendedorismo, Gestão e Negócios, Ed.)<https://fatece.edu.br/arquivos/arquivos-revistas/empreendedorismo/volume9/Fabiana%20Valerio%20Primo;%20Steffano%20Bucci.pdf>
- Rebolo, M. (1 de março de 2016). Terapia de orientação para a realidade. Obtido de NeuroSer: <http://neuroser.pt/2016/03/01/terapia-de-orientacao-para-a-realidade/>
- Santana, R. F., Figueiredo, N. M. de A., Ferreira, M. A., & Alvim, N. A. T. (2008). A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 288–296. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000200010><https://pt.slideshare.net/slideshow/processos-de-comunicao-87186187/87186187>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2a ed). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Whitlatch, C. J. & Orsulic-Jeras, S. (2017). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58 (1), 58-73. doi:10.1093/geront/gnx162

**APÊNDICE 9 – SESSÃO DE FORMAÇÃO – MECÂNICA CORPORAL PARA
ENFERMEIROS NO LEVANTE E POSICIONAMENTO DA PESSOA COM
DEPENDÊNCIA**



Mecânica Corporal do Enfermeiro

Posicionamento e Transferência da Pessoa com
Dependência

Discente: Susana Araújo

Prof. Orientado: Prof. Dr. Júlio Fernandes

Enfermeiro Orientador: Enf. Isabel Santos

28/10/2024

Sumário

- + 1. Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)
- + 2. Ergonomia
- + 3. Princípios Básicos da Mecânica Corporal
- + 4. Biomecânica no Posicionamento e Transferência
 - Avaliação ergonómica da tarefa
 - Orientações básicas durante a prática de cuidados
- + 5. Postura Correta no Posicionamento
- + 6. Postura Correta na Transferência
- + 7. Uso de Equipamentos e Dispositivos Auxiliares
- + 9. Referencias Bibliográficas

1. LMERT - Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

3

1. LMERT

- + As LMERT constituem o problema de saúde ocupacional mais frequente na Europa, dando origem a uma sobrecarga de custos para os profissionais de saúde, organizações e sociedade em geral (Davis et al., 2021).
- + Três em cada cinco trabalhadores dos 28 países apresentam, queixas relacionadas com este tipo de lesões, que se traduzem na diminuição da qualidade de vida dos profissionais (Costa, 2024).
- + Estas lesões influenciam a saúde dos trabalhadores, aumentam os custos e diminuem a produtividade, podendo causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica. (Osha, 2007)

4

1. LMERT

- + Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2008) designam-se LMERT as lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho.

Causas das LMERT:

- + Posturas incorretas;
- + Manipulação de cargas;
- + Movimentação e transferência de doentes.

(DGS, 2008)

5

1. LMERT

Características das LMERT:

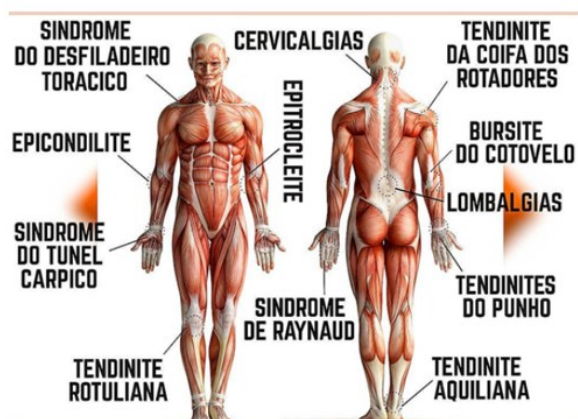
- + Dor, a maior parte das vezes localizada, mas que pode irradiar para áreas corporais;
- + Sensação de dormência ou formigueiro na área afetada;
- + Sensação de peso;
- + Fadiga ou desconforto localizado;
- + Sensação de perda de força ou perda de força efetiva.

(DGS, 2008)

6

1. LMERT

LMERT mais comuns



(DGS, 2008)

7

1. LMERT

Autor(es)	Local	Amostra	Prevalência de sintomatologia
Moura, Martins & Ribeiro (2019)	Portugal	260 enfermeiros	76,9%
Fernandes et al (2018)	Norte Portugal	105 enfermeiros / auxiliares	76,2%
Torres, Carneiro & Arezes (2017)	Portugal	146 profissionais	79,7%
Santos, Martins & Serranheira (2016)	Lisboa	135 enfermeiros	60,7%
Santos (2015)	Figueira da Foz	55 enfermeiros	76,4%
Serranheira, Sousa-Uva & SousaUva (2015)	Portugal	1396 enfermeiros	60,9%
Jerónimo (2013)	Torres Vedras	120 enfermeiros	85%
Serranheira et al. (2012a)	Portugal	2140 enfermeiros	58,7%
Portugal 2140 enfermeiros			58,7%

(Pereira, 2021)

8

1. LMERT



9

2. ERGONOMIA

10

2. ERGONOMIA

- + **Ergonomia:** Variabilidade individual e as características do trabalhador (capacidades e limitações físicas e psicológicas) na reestruturação do trabalho em cada situação concreta (Serranheira, 2010).

A análise ergonómica do trabalho é fundamental e contribui:

- + Segurança da pessoa;
- + Saúde e segurança dos profissionais de saúde;
- + Diminuição de stress;
- + Redução do absentismo;
- + Promoção da saúde no local de trabalho.

(Alvarez, 2008)



11

2. ERGONOMIA

Objetivos da ergonomia:

- + Avaliar a carga de trabalho física e mental;
- + Preservar a saúde;
- + Melhorar a performance;
- + Identificar, analisar e reduzir os riscos laborais;
- + Adaptar as condições de trabalho às características do trabalhador;
- + Salvarguardar as condições de segurança e saúde, proporcionando o máximo conforto, satisfação e eficácia para o trabalhador;
- + Introduzir novas tecnologias nas organizações, garantindo sua adaptação às capacidades dos trabalhadores;
- + Implementar prescrições ergonômicas na aquisição de ferramentas, utensílios e outros materiais;
- + Promover a saúde, incentivando práticas saudáveis no ambiente de trabalho.

(Alvarez, 2008)

12



Objetivo: reduzir o risco de lesões músculo-esqueléticas

13

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MECÂNICA CORPORAL

14

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MECÂNICA CORPORAL

- + **O que é a mecânica corporal?**

Uso correto das estruturas corporais, que permitem aumentar a eficácia e poupar energia.

- + **Qual a importância no contexto da enfermagem?**

A mecânica corporal aplicada de forma correta evita lesões musculoesqueléticas nos enfermeiros e garante segurança durante o cuidados á pessoa.

(Pereira, 2021)

15

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MECÂNICA CORPORAL

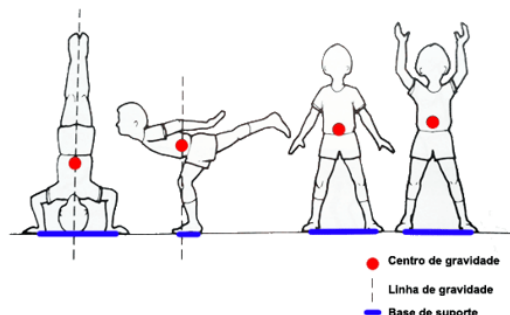
- + **Postura** - Posição do corpo no espaço, que envolve o mínimo de sobrecarga das estruturas com o máximo de eficiência e o menor gasto de energia na utilização do corpo;
- + **Alinhamento** - Posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia. Diminui também a força sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos. Mantém a tonicidade muscular e contribui para a estabilidade. A coluna vertebral é o “centro” de um bom alinhamento;
- + **Equilíbrio** - Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta. Implica alinhamento. O equilíbrio tem três componentes em articulação que importa detalhar: **base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade.**

(Lemos et al., 2009)

16

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MECÂNICA CORPORAL

Equilíbrio:



A estabilidade é conseguida quando há uma base de apoio alargada e o centro de gravidade está dentro desta base formando uma linha vertical; por outro lado, consegue-se aumentar o equilíbrio aproximando-se o centro de gravidade da base, ou seja, dobrando os joelhos e flexionando os quadris até estar agachado mantendo a coluna recta.

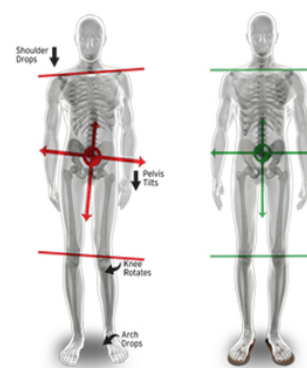
(Lemos et al., 2009).

17

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MECÂNICA CORPORAL

Postura (correta com correto alinhamento e equilíbrio):

- + **Cabeça** - ereta, alinhada com a coluna vertebral;
- + **Coluna** - alinhada;
- + **Membros superiores** - ao longo do corpo (ligeira flexão dos cotovelos);
- + **Membros inferiores** - alinhados com a anca e maléolo (joelhos ligeiramente fletidos);
- + **Pés** - paralelos, virados para a frente;
- + **Músculos** - abdominais e nadegueiros contraídos.



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

18

4. BIOMECÂNICA NO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

19

4. BIOMECÂNICA NO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

- + **Alinhamento corporal** : Postura neutra, alinhada com o eixo do corpo, para distribuir a carga de forma equilibrada durante movimentações;
- + **Base de apoio**: Manter os pés afastados na largura dos ombros cria uma base de apoio estável e facilita o equilíbrio;
- + **Centro de gravidade**: Manter o centro de gravidade baixo (dobrando os joelhos e fletir a coxofemural) ajuda no controle do peso ao movimentar a pessoa;
- + **Uso de alavancas naturais do corpo**: Usar as articulações maiores (como joelhos e a coxofemural) e os músculos das pernas para levantar pesos em vez de forçar a coluna ou pequenas articulações, como os punhos;
- + **Princípio da carga e resistência**: Distribuir o peso de maneira equilibrada e nunca tentar carregar mais peso do que o corpo suporta com segurança. Cada profissional não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

20

4. BIOMECÂNICA NO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA



21

4. BIOMECÂNICA NO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

Orientações básicas durante a prática de cuidados:

- Manter a região dorso-lombar ereta, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco superior a um ângulo de 10º e colocar a força nos músculos dos membros inferiores;
- Manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar (evitar movimentos de rotação e flexão da coluna);
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar. Usar, sempre que possível, o próprio peso para facilitar o movimento;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

22

4. BIOMECÂNICA NO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

Orientações básicas durante a prática de cuidados:

- Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível ao corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco;
- Realizar contrações isométricas dos músculos abdominais durante a realização do esforço, mudando de posição nas tarefas mais demoradas para alternar os grupos musculares e articulações utilizados.
- Realizar exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final, para reduzir a tensão no sistema músculo Esquelético.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

23

Avaliação ergonómica da tarefa

Existe de um espaço físico suficiente?

- Sugere-se uma área de 2,5m livres desde o centro da cama;

Piso apresenta condições de segurança?

- Não deve ser escorregadio, inclinado, ou ter obstáculos;

Quais os recursos (humanos e técnicos) disponíveis?

- Planear e repartir os movimentos, identificando quem coordena;
- Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar;
- Auxiliares mecânicos: transfer, resguardos, prancha de transferência ou outros;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

24

5. POSTURA CORRETA NO POSICIONAMENTO

25

5. POSTURA CORRETA NO POSICIONAMENTO

- + Ajustar a altura da cama de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento;
- + O profissional deve manter um bom alinhamento corporal, fletir o tronco até 10º e fletir ligeiramente os joelhos, utilizando os músculos dos membros inferiores em substituição dos dorso lombares em movimentos de esforço;
- + O movimento deve ser preferencialmente realizado, por dois profissionais num movimentos sincronizados e usando, auxiliares como, por exemplo, o resguardo. Este deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e melhorar o controlo do movimento;



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

26

5. POSTURA CORRETA NO POSICIONAMENTO

Situações onde não se use resguardo, deve fazer-se deslizar o corpo da pessoa sobre o leito, colocando os antebraços sob o corpo nos seguintes locais:

- + Cintura escapular - a mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto;
- + Região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar;
- + Cintura pélvica – ao nível da segunda vértebra sagrada;
- + Cavado poplíteo



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

27

5. POSTURA CORRETA NO POSICIONAMENTO

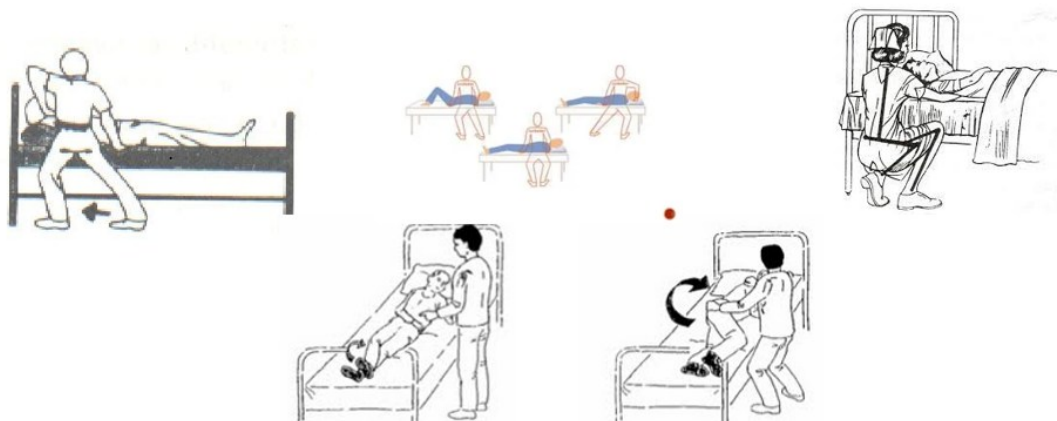
- + Quando a técnica for executada apenas por um profissional, este deve utilizar os princípios anteriormente descritos.
- + Após a avaliação ergonómica da técnica, deve proceder deslocando em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores).



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

28

5. POSTURA CORRETA NO POSICIONAMENTO



29

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA

30

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA

- + Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;
- + Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos;
- + Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa;
- + Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado;



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

31

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA

- + Com a pessoa sentada na beira do leito, avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática;
- + Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa com calçado fechado ou usa meias antiderrapantes;
- + Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática;
- + Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;
- + Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°;



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

32

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA



Cantera, J., Domingo, P. (1996) -
Guia prático de enfermagem -
Geriatría. Rio de Janeiro: McGraw-Hill

33

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA

Com dois profissionais:

- + Os dois profissionais devem colocar-se do mesmo lado da cama;
- + Um enfermeiro deve colocar os antebraços e mãos sob a escápulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteia;
- + Através de um movimento coordenado entre os dois profissionais, deslocam a pessoa para a extremidade do leito;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



34

6. POSTURA CORRETA NA TRANSFERÊNCIA

- + Colocando-se paralelamente à cama, o enfermeiro responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro da pessoa, o enfermeiro deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda;
- + O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;
- + A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão;



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

35

7. Dispositivos de apoio no posicionamento e transferência

36

7. Dispositivos de apoio no posicionamento e transferência



Cinto de transferência



Disco de transferência



Lençol tubular deslizante



Tábua de transferência

37

Referências Bibliográficas

- Alvaréz, F. (2008). *Ergonomia Y Psicossociología Aplicada, Manual para la Formación del Especialista*. 10ª edição. Valladolid. Editora Lex Nova.
- Carneiro, P., Braga, A. C., & Barroso, M. (2017). Work-related musculoskeletal disorders in home care nurses: Study of the main risk factors. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 61, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2017.05.002>
- COSTA, J.; PEREIRA, M.; RODRIGUES, T. Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho nos profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados. v. 5, n. *Supli*, p. 80–80, 15 jan. 2024.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Lisboa.
- Lemos, L., Teixeira, C., & Mota, C. (2009). Uma revisão sobre centro de gravidade e equilíbrio corporal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 83-90.
- Davis, K., Freeman, A., Ying, J. & Huth, J. (2021). Workers' compensation costs for healthcare caregivers: Home healthcare, long-term care, and hospital nurses and nursing aides. *American Journal of Industrial Medicine*, 64(5), 369–380. <https://doi.org/10.1002/ajim.23237>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas cuidados à Pessoa com alterações da Mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos da OE, série 1, número 7.
- Osha, A. E. (2007). Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho. Obtido em 2024, 20 de Outubro, da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/75>.
- Pereira, D. (2021) *As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros, em Cuidados de Saúde Diferenciados* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Serranheira, F.; Uva, A.; Sousa, P.(2010). Ergonomia hospitalar e segurança do doente : mais convergências que divergência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático, Nº 10. ISSN 0870-9025.

38

**APÊNDICE 10 – POSTER MECÂNICA CORPORAL PARA ENFERMEIROS NO
LEVANTE E POSICIONAMENTO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA**

MECÂNICA CORPORAL DO ENFERMEIRO

Posicionamento e Transferência da Pessoa com Dependência

As Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) constituem o problema de saúde ocupacional mais frequente na Europa [1], afetando três em cada cinco trabalhadores [2]. Estas lesões influenciam a saúde dos trabalhadores, aumentam os custos e diminuem a produtividade, podendo causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica. [3]. Estas lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como posturas incorretas; manipulação de cargas; movimentação e transferência de doentes [4]. Com o objetivo de reduzir as LMERT, é essencial adquirir o conhecimento sobre uma correta mecânica corporal, sendo o posicionamento e transferência da pessoa com dependência umas das tarefas mais exigentes no âmbito da enfermagem.

O QUE É A MECÂNICA CORPORAL?

Uso correto das estruturas corporais, que permitem aumentar a eficácia e poupar energia[5].

QUAL A IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM?

A mecânica corporal aplicada de forma correta evita lesões musculoesqueléticas nos enfermeiros e garante segurança durante o cuidados à pessoa [5].

PASSOS PARA UMA CORRETA MECÂNICA CORPORAL NO POSICIONAMENTO *

1. Ajustar a altura da cama de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento;
2. O profissional deve manter um bom alinhamento corporal, fletir o tronco até 10° e fletir ligeiramente os joelhos, utilizando os músculos dos membros inferiores em substituição dos dorso lombares em movimentos de esforço;
3. O movimento deve ser preferencialmente realizado, por dois profissionais num movimentos sincronizados e usando, auxiliares como, por exemplo, o resguardo. Este deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e melhorar o controlo do movimento;

Situações onde não se use resguardo, deve fazer-se deslizar o corpo da pessoa sobre o leito, colocando os antebraços sob o corpo nos seguintes locais:

- Cintura escapular - a mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto;
- Região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar;
- Cintura pélvica - ao nível da segunda vértebra sacral;
- Cavado poplíteo

Caso a técnica seja feita apenas por um profissional este deve proceder deslocando em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores).



PASSOS PARA UMA CORRETA MECÂNICA CORPORAL NA TRANSFERÊNCIA *

Técnica com 1 profissional:

1. Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;
2. Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos;
3. Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa;
4. Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado;
5. Com a pessoa sentada na beira do leito, avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática;
6. Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa com calçado fechado ou usa meias antiderrapantes;
7. Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática;
8. Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;
9. Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°

Técnica com 2 profissionais:

1. Os dois profissionais devem colocar-se do mesmo lado da cama;
2. Um enfermeiro deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteas;
3. Através de um movimento coordenado entre os dois profissionais, deslocam a pessoa para a extremidade do leito;
4. Colocando-se paralelamente à cama, o enfermeiro responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro da pessoa, o enfermeiro deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda;
5. O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;
6. A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão;



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE 11 – SESSÃO DE FORMAÇÃO DA REVISÃO SCOPING:
INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC**



EGAS MONIZ school
of HEALTH & SCIENCE



Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na Reabilitação Respiratória da Pessoa com DPOC: Scoping Review

Monte da Caparica
15 de maio 2024

Susana Araújo nº 117700
Prof. Dr. Júlio Belo Fernandes

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas mundiais de morbilidade e mortalidade, da qual resulta um impacto social-económico substancial e tendencialmente crescente. ⁶

Num contexto mundial a DPOC causou 3,23 milhões de mortes, tornando-se a terceira principal causa de morte. Nos cuidados de saúde primários em Portugal o número de pessoas com problemas ativos de DPOC aumentou cerca de 152%, entre 2011 e 2019. ^{5,10}

O diagnóstico precoce e o tratamento das pessoas com DPOC permitiram um decréscimo na mortalidade hospitalar de 45,5%, assim como uma melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada. ¹¹

OBJECTIVOS

Identificar quais são as intervenções de enfermagem, do enfermeiro especialista em reabilitação (EEER) na reabilitação respiratória na pessoa com DPOC.

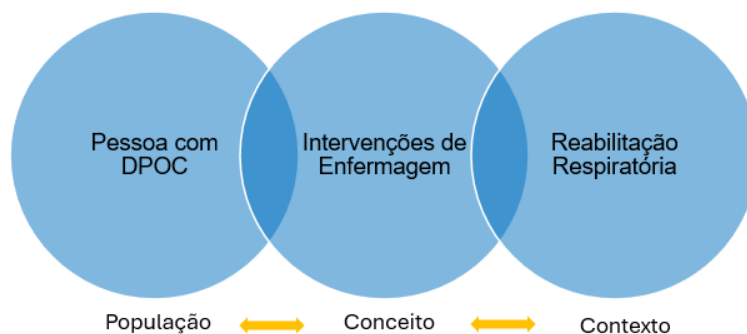
Questão de Investigação: Quais são intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação respiratória na pessoa com DPOC?

Palavras Chave: : DPOC, reabilitação respiratória, reeducação respiratória, intervenções

3

METODOLOGIA

Revisão Scoping utilizando a metodologia Arksey, H. & O'Malley, L.



4

METODOLOGIA

Descritores

- Respiratory Therapy,
- Rehabilitation,
- Interventions or Strategies,
- Pulmonary disease
- Chronic obstructive
- COPD



Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/MeSH).

Frase Boleana

((Respiratory Therapy AND (rehabilitation OR intervention OR strategies) AND (pulmonary disease OR chronic obstructive OR copd)).

5

METODOLOGIA

Crítérios de inclusão e Exclusão

- Estudos randomizados e estudos experimentais
- Publicados em texto integral, entre 2014 e 2024
- Inclusão na amostra: pessoa com DPOC (sem restringir idade, género, etnia ou outras especificidades)
- Inclusão no conceito de intervenções de reabilitação (sem restrições geográficas ou de grupo profissional)
- Inclusão em contexto de programa de reabilitação

Foram excluídos todos os artigos que não atendessem aos critérios de inclusão.

6

METODOLOGIA



- MEDLINE Complete
- CINAHL Complete
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Nursing & Allied Health Collection Comprehensive
- MedicLatina
- Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA)

7

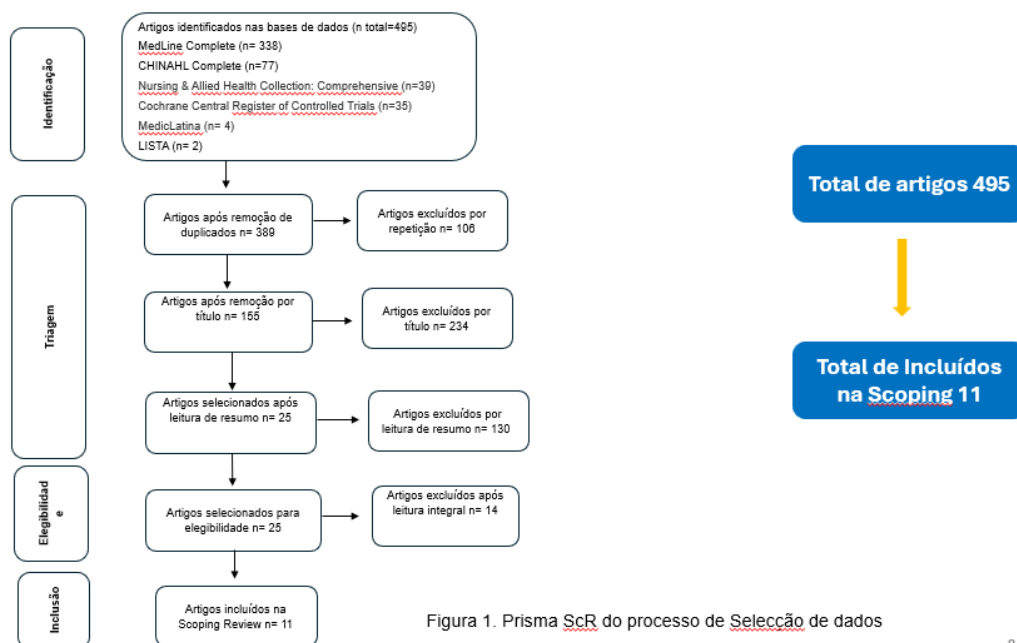
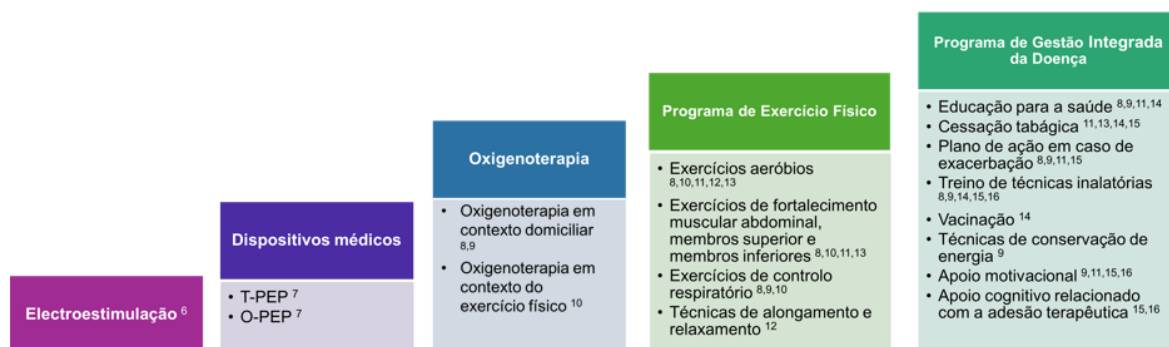


Figura 1. Prisma ScR do processo de Seleção de dados

8

RESULTADOS



9

CONCLUSÃO

Esta revisão de scoping identificou uma variedade de intervenções de enfermagem de reabilitação no tratamento da pessoa com DPOC com diferentes abordagens e diferentes resultados.

Conclui-se que um programa de reabilitação respiratória pode efectivamente diminuir o número de reinternamentos hospitalares, o grau de severidade dos mesmos, assim como uma melhoria da qualidade de vida.

A qualidade dos resultados será tanto maior quanto mais abrangente for o plano de intervenção proposto. Programas multimodais obtêm invariavelmente maiores taxas de sucesso, do que programas unimodais.

10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfarroba, S., Rodrigues, F., Papola, A. L., Santos, A. F., & Morais, L. (2016). Pulmonary Rehabilitation in COPD According to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Categories. *Respiratory Care*, 61(10), 1331–1340. <https://doi.org/10.4187/respcare.04414>
- BARRAGÁN-MÉNDEZ, G. et al. Eficacia de la fisioterapia respiratoria vs. fisioterapia combinada con electroestimulación muscular en pacientes con EPOC moderada. *Revista de Sanidad Militar*, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 213–220, 2014. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rth&AN=9788273&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Benzo, R., & McEvoy, C. (2019). Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study. *Respiratory Care*, 64(9), 1065–1072. <https://doi.org/10.4187/respcare.05927>
- Collins, E. G., Jelinek, C., O'Connell, S., Butler, J., McBurney, C., Gozali, C., Reda, D., & Laghi, F. (2014). Contrasting breathing retraining and helium-oxygen during pulmonary rehabilitation in COPD: A randomized clinical trial. *Respiratory Medicine*, 108(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.10.023>
- Fundação Portuguesa do Pulmão. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias; ONDR 2020. (2020). <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf> 2020.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE 2024 REPORT. (2023). <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/11/GOLD-2024-v1.6-FINAL-08Nov2023-wms.pdf>
- Leiva-Fernández, J., Leiva-Fernández, F., García-Ruiz, A., Prados-Torres, D., & Bamestein-Fonseca, P. (2014). Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-70>
- Luk, E. K., Hutchinson, A. F., Tacey, M., Irving, L., & Khan, F. (2017). COPD: Health Care Utilisation Patterns with Different Disease Management Interventions. *Lung*, 195(4), 455–461. <https://doi.org/10.1007/s00408-017-0010-9>
- Nicolini, A., Mascardi, V., Grecchi, B., Ferrari-Bravo, M., Banfi, P., & Barfascini, C. (2017). Comparison of effectiveness of temporary positive expiratory pressure versus oscillatory positive expiratory pressure in severe COPD patients. *The Clinical Respiratory Journal*, 12(3), 1274–1282. <https://doi.org/10.1111/crj.12661>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). OMS; 2023 [atualizado em 16 de março de 2023]. Formulário disponível: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Programa Nacional Para As Doenças Respiratórias 2017. (2017). [https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884765-Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017.pdf](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884765-Programa+Nacional+para+as+Doen%C3%A7as+Respirat%C3%B3rias+2017.pdf) (rcaap.pt)
- Pradella, C. O., Belmonte, G. M., Maia, M. N., Delgado, C. S., Luise, A. P. T., Nascimento, O. A., Gazzotti, M. R., & Jardim, J. R. (2014). Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Subjects With COPD: A Randomized Study. *Respiratory Care*, 60(4), 526–532. <https://doi.org/10.4187/respcare.02994>
- Stefanie Tinguino Rosero, Carlos, J., & Jhonatan Betancourt Peña. (2023). Impact of telephone follow-up on COPD outcomes in pulmonary rehabilitation patients: A randomized clinical trial. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 59. <https://doi.org/10.29350/001c.90520>
- Silver, P. C., Kollef, M. H., Clinkscale, D., Watts, P., Kidder, R., Eads, B., Bennett, D., Lora, C., & Quartaro, M. (2016). A Respiratory Therapist Disease Management Program for Subjects Hospitalized With COPD. *Respiratory Care*, 62(1), 1–9. <https://doi.org/10.4187/respcare.05930>
- Truemes M, Kendra M, Tonzola D, Chiu S, Cerrone F, Zimmerman D, Mackwell C, Stevens C, Scannell K, Daley B, Markley D, Shah CV, Mansukhani R. The Impact of a Home Respiratory Therapist to Reduce 30-Day Readmission Rates for Exacerbation of COPD. *Respir Care*. 2022 Jun;67(6):631-637. doi: 10.4187/respcare.08125

**APÊNDICE 12 – POSTER DA REVISÃO SCOPING: INTERVENÇÕES
DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC**

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na Reabilitação Respiratória da Pessoa com DPOC: Scoping Review

Susana Araújo¹, João Belo Fernandes²
¹Estudante do 1º ano de Mestrado em Enfermagem da Universidade Egas Moniz, Av. João de Deus, 1649-016 Monte de Capota, Portugal
²Professor Líder na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, 2816-15 Monte de Capota, Portugal
 10.1001

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas mundiais de morbilidade e mortalidade, da qual resulta um impacto social-económico substancial e tendencialmente crescente. Num contexto mundial a DPOC causou 3,23 milhões de mortes, tornando-se a terceira principal causa de morte. Nos cuidados de saúde primários em Portugal o número de pessoas com problemas ativos de DPOC aumentou cerca de 152%, entre 2011 e 2019.^{1,2,3} O diagnóstico precoce e o tratamento das pessoas com DPOC permitiram um decréscimo na mortalidade hospitalar de 45,5%, assim como uma melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada.⁴

Palavras Chave: DPOC, reabilitação respiratória, reeducação respiratória, intervenções, Enfermagem

OBJECTIVOS

Identificar quais são as intervenções de enfermagem, do enfermeiro especialista em reabilitação (EEER) na reabilitação respiratória (RR) da pessoa com DPOC.

METODOLOGIA

Revisão Scoping utilizando a metodologia Arksey, H. & O'Malley, L.⁵

Questão de Investigação: Quais são intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação respiratória na pessoa com DPOC?

Acrónimo PCC: população (P) pessoa com DPOC; conceito (C) intervenções de enfermagem; contexto (C) reabilitação respiratória.

Frase Booleana: ((Respiratory Therapy AND (rehabilitation OR intervention OR strategies) AND (pulmonary disease OR chronic obstructive OR copd)).

Bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Control Trials, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, MedLatina e Library Information, Science & Technology Abstracts (LISTA).

Crítérios de Inclusão: Estudos randomizados e estudos experimentais, publicados em texto integral, entre 2014 e 2024, que incluíse na amostra a pessoa com DPOC (sem restringir idade, género, etnia ou outras especificidades), em conceito de intervenções de reabilitação (sem restrições geográficas ou de grupo profissional), em contexto de programa de reabilitação.

Foram excluídos todos os artigos que não atendessem aos critérios de inclusão.

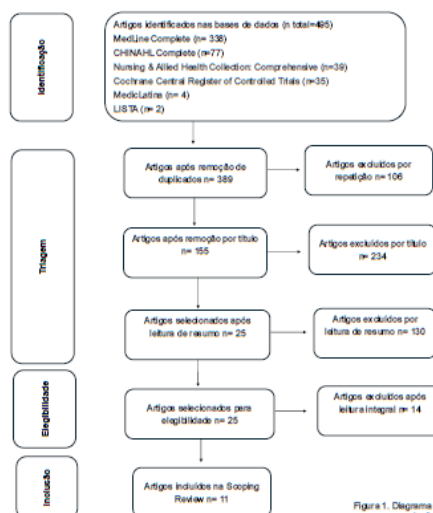
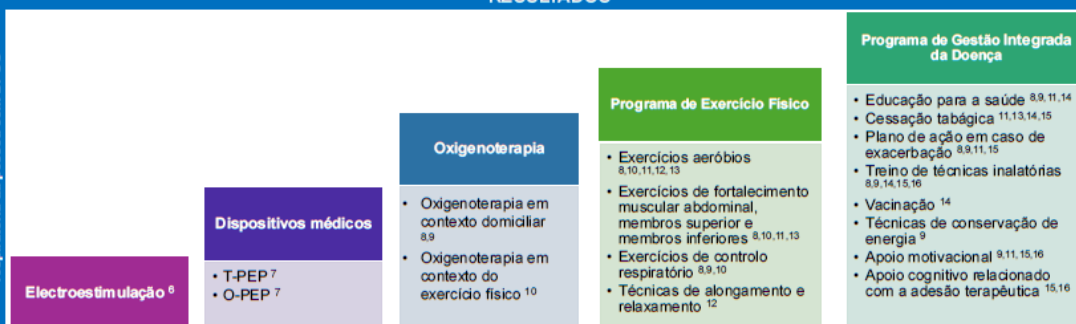


Figura 1. Diagrama Prisma de seleção de dados

RESULTADOS

Intervenções do EEER na reabilitação respiratória da pessoa com DPOC



CONCLUSÃO

Esta revisão de scoping permitiu identificar 5 categorias de intervenção do EEER na RR da pessoa com DPOC, tendo por base os 11 artigos incluídos na mesma. As categorias identificadas são: electroestimulação; utilização de dispositivos médicos; oxigenoterapia; programas de exercício físico e programas de gestão integrada da doença. Dentro de cada categoria o EEER tem intervenções com diferentes abordagens e diferentes resultados com as quais pode trabalhar, dependendo das necessidades de cada pessoa. A eficácia de um plano de tratamento de enfermagem de reabilitação na RR da pessoa com DPOC, aumenta, quanto mais áreas forem trabalhadas. Planos de intervenção que incluem mais de uma categoria são inevitavelmente mais eficazes.



APÊNDICE 13 – ESTUDO DE CASO I

Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
1º Ano – 2º Semestre

Estudo de Caso I – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Discente:

Susana Araújo nº 117700

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica
julho
2024



Escola Superior de Saúde Egas Moniz Mestrado em

Enfermagem de Reabilitação

1º Ano - 2º Semestre

Estudo de Caso I – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio I

Discente:

Susana Araújo nº 117700

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica
julho
2024

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. COLHEITA DE DADOS	6
2.1 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:	6
2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS.....	6
2.3 TERAPÊUTICA ATUAL	7
2.4 HISTÓRIA SOCIAL, FAMILIAR E ECONÓMICA	7
2.5 HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL.....	8
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	9
3.1 EXAME FÍSICO	9
3.2 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	11
3.3 MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	12
3.4 ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL DE FORÇA MUSCULAR.....	12
3.5 COPD ASSESSMENT TEST	13
3.6 ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	13
3.7 QUESTIONÁRIOS DE DISPNEIA (MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNOEA QUESTIONNAIRE)	14
3.8 CHECKLIST DA TÉCNICA DE INALAÇÃO COM INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL	14
4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	16
4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	16
4.2 AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	16
5. PLANO DE CUIDADOS.....	18
6. CONCLUSÃO	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

ANEXOS

ANEXO I – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL



ANEXO II – ESCALA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL DE FORÇA MUSCULAR

ANEXO III – COPD ASSESSMENT TEST

ANEXO IV- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

ANEXO V – QUESTIONÁRIOS DE DISPNEIA

**ANEXO VI – CHECKLIST DA TÉCNICA DE INALAÇÃO COM INALADOR
PRESSURIZADO DOSEÁVEL**

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

QUADRO 2 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória

QUADRO 3 – Resumo das análises clínicas

QUADRO 4 – Avaliação dos requisitos de autocuidado

QUADRO 5 – Plano de Cuidados

1. INTRODUÇÃO

Perspetivando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no âmbito da Unidade Curricular Estágio, foi elaborado um estudo de caso em contexto hospitalar na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo .

Este estudo de caso tem por base um doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), onde é realizado inicialmente uma colheita de dados e posteriormente uma avaliação de enfermagem de reabilitação, segundo instrumentos de avaliação como escala de avaliação, exames complementares de diagnóstico, notas clínicas e avaliação física. Por fim é realizado um plano de cuidados de reabilitação para o doente em estudo, onde são levantados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades do doente e da avaliação anteriormente realizada, tendo em conta a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem. Para dar respostas a cada um dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação realizados, são elaboradas intervenções de enfermagem de reabilitação. A avaliação das intervenções é realizada segundo as normas e protocolos do serviço e segundo a capacidade do doente no desempenho das atividades no momento da implementação das intervenções.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

- **Nome:** L.M;
- **Idade:** 67 anos;
- **Género:** Masculino;
- **Escolaridade:** Licenciatura em Comunicação Social;
- **Profissão:** Jornalista, atualmente reformado;
- **Estado Civil:** Divorciado;
- **Agregado Familiar:** Filho;
- **Morada:** Lisboa.

2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS

- DPOC GOLD D;
- Insuficiência respiratória crónica global, sob oxigénio longa duração 1L/min em repouso, setting 5 no concentrador de oxigénio portátil, com oxigénio em esforço e 1L/min como adjuvante no sono, sob BIPAP desde 11/2022 - IPAP 18/EPAP 6, FR 18cpm;
- Ex-Fumador há 4 anos (fumava entre 20 a 40 cigarros/dia) durante 39 anos;
- Síndrome de apneia obstrutiva do sono moderada;
- Diabetes mellitus tipo II;
- Rinossinusite crónica;
- Tuberculose ganglionar na infância;
- Hipertensão Arterial;
- Cardiopatia hipertensiva;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Flutter auricular;
- Hiperplasia benigna da próstata;
- Transtorno obsessivo compulsivo;

- Depressão;
- Sem alergias medicamentosas conhecidas.

2.3 TERAPÊUTICA ATUAL

- Rosuvastatina+Ezetimiba 20mg+10mg 1 comprimido por dia;
- Sulodexia 15mg 1 comprimido por dia;
- Meftormina 700 mg, 1 comprimido, 2 vezes por dia;
- Sertralina 100 mg, 1 comprimido por dia;
- Pregabalina 75mg, 1 comprimido, 2 vezes por dia;
- Dutasterida + Tansulosina 0.5mg+0.4mg, 1 comprimido por dia;
- Acetisalicílico 150mg, 1 comprimido por dia;
- Azilsartan medoxomilo + Clorotalidona (Edarclor) 40mg+12.5mg 1 comprimido por dia;
- Budesonida + formeterol + brometo de glicopirrónio, 2 inalações, 2 vezes por dia;
- Bisoprolol 5mg, 1 comprimido por dia;
- Rivaroxabano 20mg, 1 comprimido por dia.

2.4 HISTÓRIA SOCIAL, FAMILIAR E ECONÓMICA

O Sr. L.M é divorciado, tem cinco filhos, todos maiores de idade.

Possui casa própria, onde vive com o filho mais novo, em Lisboa, num apartamento, 5º andar com elevador. O filho tem 23 anos, é licenciado em gestão, encontra-se atualmente a trabalhar pelo que passa maioritariamente o tempo fora de casa.

O Sr. L.M refere ter uma boa relação com os restantes filhos, no entanto estes moram fora da região de Lisboa.

Atualmente o Sr. L.M contratou uma empregada doméstica para o substituir nas tarefas domésticas, por referir cansaço e dificuldade na realização das tarefas.

O Sr. L.M foi diagnosticado em 2019 com DPOC tabágica, altura em que iniciou a consulta de sessão tabágica e deixou definitivamente de fumar em 2020.

Por progressão da doença iniciou oxigénio longa duração em 2022, e segundo o protocolo do hospital onde é acompanhado, este iniciou reeducação funcional respiratória, que abandonou no início de 2024, por ter dificuldades em deslocar-se ao hospital. Segundo o SR. L.M, evita sair de casa, mesmo que esteja

acompanhado, por cansaço, medo e ansiedade relacionada com a sua deambulação. A imobilidade secundária ao medo de sair conduziu a um descondicionamento físico progressivo.

2.5 HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

No dia 29.5.2024 o Sr. L.M recorre ao serviço de urgência por cansaço e dispneia ao esforço de agravamento progressivo com 1 mês de evolução, com dificuldade em realizar AVD's (tomar banho e vestir-se). À chegada ao SU com saturação de O₂ 79% com aporte habitual de O₂ (concentrador de oxigénio portátil, seting 3), polipneico, com respiração predominantemente abdominal, sem tiragem. Referia agravamento da tosse produtiva mucosa habitual e ortopneia. Á auscultação médica com murmúrio vesicular globalmente diminuído, com roncos dispersos bilateralmente. Negou febre, incumprimento terapêutico e outras sintomatologias como toracalgia, hemoptises, vómitos ou outra queixas álgicas.

Analiticamente apresentava alterações gasométricas pH 7.38, CO₂ 52, O₂ 63, SO₂ 90%, HCO₃ 28.8, com uma PCR de 8,03.

Foi transferido para o serviço de internamento geral de Pneumologia de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, com os diagnósticos de DPOC agudizada, Insuficiência respiratória global compensada e infeção traqueobrônquica, com indicação para iniciar reeducação funcional respiratória com a equipa de enfermagem de reabilitação do serviço.

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A capacidade de realizar uma avaliação da situação clínica é uma competência fundamental para os enfermeiros especialistas em reabilitação. Esta permite compreender o estadió da doença e planear as intervenções mais adequada, auxiliando a elaborar um plano de reabilitação respiratória individualizado. De acordo com a American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation (2011) citado por OE (2018), a evidência científica recomenda a utilização de instrumentos sistematizados para a avaliação da pessoa antes e após a implementação do programa de Reabilitação Respiratória.

O primeiro contacto que tive com o Sr L.M. ocorreu a 31/05/2024, segundo dia após a entrada no serviço de Pneumologia, tendo iniciado o programa de reabilitação nesse mesmo dia e terminado no momento da alta, dia 6/6/2024. Este realizou sessões de enfermagem de reabilitação de 30 a 45 minutos nos dias 30/05/2024, e entre 03/06/2024 e 06/06/2024.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória, da OE (2018), a avaliação da situação clínica da pessoa deverá incluir a avaliação sintomatológica, com recurso ao exame físico e meios complementares de diagnóstico, pertinentes para cada caso e contexto, a avaliação função respiratória, da capacidade funcional, função muscular e qualidade de vida, ansiedade e depressão. Assim para a avaliação da situação clínica do Sr.L.M do foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Exame Físico (avaliação objetiva e subjetiva);
- Exames Complementares de Diagnóstico;
- Medida de Independência Funcional (MIF);
- Escala Medical Research Council (MRC) de Força Muscular;
- COPD Assessment Test;
- Escala de Ansiedade e Depressão;
- Questionários de dispneia (medical Research Council Dyspnoea Questionnaire);
- Checklist da técnica de inalação com inalador de pó seco;

3.1 EXAME FISICO

Para a realização do exame físico do Sr. L.M, foi realizada uma avaliação subjetiva e objetiva, como preconizado para a avaliação de enfermagem de reabilitação no doente respiratório, segundo a OE (2018).

Para a realização da avaliação subjetiva foi realizada uma entrevista á pessoa, que têm por base os seus sintomas respiratórios. Resultados descritos no quadro 1.

Avaliação Subjetiva	
Tosse	Eficaz
Expetoração	Amarela, espessa, com aspeto purulento em moderada quantidade
Dispneia	Dispneia a pequenos esforços
Toracalgia	Sem dor

Quadro 1 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

O exame objetivo da pessoa, foi baseado no exame físico da pessoa que tem por base, a inspeção, palpação, percussão e auscultação. Os resultados estão descritos no quadro 2.

Avaliação Objetiva	
Inspeção	Pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta cianose, nem hipocratismo digital. Sem edemas.
Inspeção torácica estática	Tórax simétrico. Sistema muscular desenvolvido.
Inspeção torácica dinâmica	Ritmo respiratório regular. Padrão respiratório predominantemente torácico. Amplitude normal. Sem sinais de tiragem.
Palpação	Traqueia ao nível da linha média. Expansibilidade torácica mantida. Sem lesões cutâneas ou tumefações.
Percussão	Hiper ressonância
Auscultação	Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Roncos dispersos bilateralmente. Fervores subcrepitantes do lobos inferiores.
Abdómen	Depressível e indolor à palpação.

Quadro 2 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória.

3.2 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIGNOSTICO

- Radiografia do Torax 29/6/2024



- Análises Clínicas

Gasometria			
Data:	29/05/2024	04/06/2024	06/06/2024
PH	7,38	7,38	7,41
pCO2	52	59	56,7
pO2	63	76	66.9
HCO3	28.3	30,9	33,3
SaO2	90% com O2 por óculos nasais a 4l/min	94% com O2 por óculos nasais a 4l/min	93% com O2 por óculos nasais a 3l/min
Análises Clínicas			
PCR	8,03	0,36	
Hemoglobina	13,3	12,7	
Plaquetas	253	214	

Quadro 3 – Resumo das análises clínicas

3.3 MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A Escala Medida de Independência Funcional (MIF) é uma ferramenta de avaliação utilizada na área de reabilitação e saúde para medir o nível de independência de um indivíduo nas atividades de vida diárias (AVD). No Caso do Sr. L.M, esta permite a realização de um plano de cuidados baseada suas necessidades, a monitorização do seu progresso na necessidade da pessoa, monitorizar o progresso da reabilitação e a determinação do nível de assistência necessário em cada.

O Sr. LM apresenta um score de 101 pontos na primeira avaliação da escala no dia 31/05/2024, o que representa um grau de dependência modificada com assistência até 25% da tarefa na avaliação inicial, necessitando de ajuda no autocuidado e locomoção.

À data da alta e após a implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação o Sr. L.M apresenta uma pontuação de 119 ponto, o que representa uma independência completa nas AVD.

A escala MIF encontra-se em anexo I.

3.4 ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL DE FORÇA MUSCULAR

A Escala Medical Research Council (MRC) de Força Muscular é uma ferramenta utilizada para avaliar a força muscular de diferentes grupos musculares de maneira sistemática e objetiva. No caso do Sr. L.M, esta escala foi utilizada para avaliação da força muscular e consequentemente utilizada para a realização de um plano de cuidados adaptado à pessoa, com exercícios de reabilitação adequados às suas capacidades.

O Sr. L.M, apresentou uma avaliação de 5/5 em todos os parâmetros, o que significa que há um movimento normal contra a gravidade e contra a resistência de todos os segmentos corporais. Neste sentido o Sr. L.M, não apresenta limitações da sua força muscular.

A escala MRC de Força Muscular está disponível em anexo II.

3.5 COPD ASSESSMENT TEST

O COPD Assessment Test (CAT) é uma escala para avaliar o impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na qualidade de vida da pessoa.

No caso clínico do Sr.L.M a utilização do CAT permite avaliar o impacto da DPOC no seu bem estar e no seu dia-a-dia, auxiliar nas decisões terapêuticas, assim como avaliar a eficácia do plano terapêutica de enfermagem de reabilitação.

O Sr. L.M apresentava uma pontuação de 24 na primeira avaliação que representa que a DPOC tem um alto impacto na sua qualidade de vida.

A aplicação desta escala permitiu perceber que os parâmetros com maiores alterações são a presença de tosse, expectoração, cansaço, limitação nas AVD, falta de energia e diminuição da confiança em sair de casa. Com base nestes parâmetros, é importante que o programa de enfermagem de reabilitação incida nestas problemáticas de maneira a reduzir a pontuação da escala e consequentemente aumentar a qualidade de vida da pessoa.

À data da alta o Sr.L.M apresentou uma pontuação de 14 pontos na CAT, o que representa uma melhoria na sua qualidade de vida. No entanto apesar da diminuição, a pontuação ainda é considerada de médio impacto na qualidade de vida, o que indica a necessidade de continuação do plano de enfermagem de reabilitação em domicílio. A escala CAT está disponível em anexo III.

3.6 ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é utilizada para detetar e avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pessoas em âmbito hospitalar. Esta escala é útil em contextos clínicos para identificar sintomas emocionais que podem ter um impacto negativo na saúde geral e a qualidade de vida das pessoas.

No caso do Sr. L.M, visto que já apresenta de base problemas psiquiátricos, como depressão e transtorno obsessivo-compulsivo, é importante a aplicação da escala HADS para a despiste da problemática e encaminhamento para profissionais de saúde especializados, personalização/adaptação do plano de cuidados, aumentar a adesão terapêutica e a participação nas atividades e/ou exercícios, avaliar a eficácia dos planos de cuidados na melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC.

O Sr. L.M apresentou uma pontuação de 16 pontos nos parâmetros de ansiedade e 11 pontos nos parâmetros de depressão, o que indica uma presença significativa de ansiedade e depressão, o que indica um possível transtorno. No entanto na avaliação no momento da alta a pontuação de ansiedade diminui para 13 pontos e da depressão reduziu para 9 pontos, o que significa uma possível presença de depressão e ansiedade, mas abaixo do limiar clínico, havendo uma melhoria entre a primeira e a segunda avaliação.

O Sr. L.M já é seguido e medicado pela psiquiatria, pelo que as alterações a nível psiquiátrico podem estar relacionadas com o internamento hospitalar e com a descompensação da DPOC, sendo necessário uma adaptação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. A equipa médica foi informada da situação.

A escala HADS está disponível em anexo IV.

3.7 QUESTIONÁRIOS DE DISPNEIA (MEDICAL REASEARCH COUNCIL DYSPTNOEA QUESTIONNEIRE)

A Escala do Medical Research Council (MRC) de Dispneia é uma ferramenta que permite uma avaliação objetiva da limitação funcional causada pela dispneia. Esta escala permite prescrever, avaliar e gerir as intervenções de enfermagem de reabilitação com base no grau de dispneia descrito pela pessoa.

À chegada ao serviço, o Sr. L.M referia uma dispneia grau 4, caracterizada com “Demasiado cansado ou sem folgo para sair de casa, vestir ou despir.”, no entanto ao longo das sessões de enfermagem de reabilitação, houve uma melhoria significativa, terminando á data da alta a referir dispneia grau 1, que se caracteriza por “Falta de folego em caso de pressa ou a percorrer um piso ligeiramente inclinado”. Estes valores representam eficácia no planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação, assim como ganhos em saúde.

A escala MRC Dispneia está disponível em anexo V.

3.8 CHECKLIST DA TÉCNICA DE INALAÇÃO COM INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL

A checklist da técnica de inalação com inalador pressurizados doseável é uma adaptação da Orientação da DGS nº10/2017 de 26/06/2017 para a administração de terapêutica inalatória, criada pelo enfermeiro da URR do serviço de Pneumologia do

presente hospital. O objetivo desta checklist é validar, demonstrar e corrigir erros na administração da terapêutica inalatória usada pela pessoa.

No caso do Sr. L.M este já realizava terapêutica inalatória em domicílio, pelo que foi realizada uma avaliação dos seus conhecimentos sobre a técnica inalatória e constatou-se vários erros na técnica, pelo que foram realizados ensinamentos e feita a correção da técnica inalatória.

A checklist da técnica de inalação com inalador pressurizados doseável, encontra-se em anexo VI.

4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com a avaliação de enfermagem de reabilitação realizada ao Sr. L.M, com recurso à classificação CIPE, foram definidos os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e efetuado um plano de cuidados, que vise dar resposta os diagnósticos levantados.

O plano de cuidados realizado é composto por, diagnóstico de enfermagem de reabilitação, objetivo, intervenções de enfermagem a realizar e a respetiva avaliação de resultados obtidos.

O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, foi realizado tendo por base a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem.

Os diagnósticos de enfermagem definidos foram:

- Ventilação comprometida;
- Conhecimento sobre técnicas respiratórias, diminuído;
- Limpeza das vias aéreas comprometida;
- Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia, diminuído;
- Intolerância à atividade [relacionada com DPOC, manifestada por dispneia ao esforço grau 4 segundo a escala do Medical Research Council de Dispneia e na COPD Assessment Test];
- Conhecimento para a saúde diminuído (acerca da inaloterapia);
-

O Plano de Cuidados do Sr. L.M pode ser visto no quadro 5.

4.2 AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, para dar resposta aos

requisitos de autocuidado que definem o âmbito da responsabilidade da pessoa no seu autocuidado, e dos enfermeiros no seu exercício profissional. São estes, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. (Petronilho, 2012).

No quadro 4, é descrito em que classificação de requisitos de autocuidado, se encontra cada um dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação realizados para o Sr. LM.

Dignóstico de Enfermagem de Reabilitação	Classificação dos requisitos de autocuidado
Ventilação comprometida;	Sistema parcialmente compensatório
Conhecimento sobre técnicas respiratórias, diminuído	Sistema de apoio-educação
Limpeza das vias aéreas comprometida;	Sistema parcialmente compensatório
Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia, diminuído	Sistema de apoio-educação
Intolerância à atividade	Sistema parcialmente compensatório
Conhecimento para a saúde diminuído (acerca da inaloterapia)	Sistema de apoio-educação

Quadro 4 –Avaliação dos requisitos de autocuidado



5. PLANO DE CUIDADOS

FOCO: VENTILAÇÃO			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Ventilação Comprometida	- Reduzir o trabalho respiratório; - Corrigir defeitos ventilatórios; - Fortalecer os músculos respiratório.	- Monitorizar frequência respiratória; - Observar tórax (amplitude e simetria); - Vigiar pele (coloração e temperatura); - Auscultar o tórax; - Executar a técnica de posicionamento (posição de descanso e relaxamento e correção postural); - Executar técnicas respiratórias (controlo e dissociação dos tempos respiratórios); - Executar técnicas de reeducação abdomino-diafrgmática; - Executar técnicas de reeducação costal (global e seletiva); - Monitorizar [SatO2]; - Gerir oxigenoterapia;	31/05/2024 - Eupneico com oxigenoterapia a 4l/min com SpO2=87%; -Tórax simétrico com respiração predominantemente torácico; - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com roncos nos campos superiores e ferveores subcrepitanes nos campos inferiores; - Posição de descanso e relaxamento de cocheiro sentado. Não tolera posicionamento para drenagem postural clássica; -Ensinada técnica de consciencialização e controlo da respiração; - Realizou exercício de reeducação abdomino diafragmática posterior com resistência e anterior sem resistência; - Realizou exercícios de reeducação costal global com bastão e seletiva esquerda/direita, com abdução dos membros superiores com halteres de 0.5kg, 1 série de 10 repetições; - Tosse assistida, ineficaz; - Término da sessão com SPO2=92% com oxigenioterapia a 4L/min; -EBM=4 pós sessão.



		- Observar exames complementares de diagnóstico; - Vigiar ventilação; - Planear atividade física de fortalecimento dos músculos respiratórios; - Avaliar o plano de intervenção, segundo instrumentos de apoio.	<u>3/06/2024</u> - Eupneico com oxigenoterapia a 3l/min com SpO2=88%; - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com fervores subcrepitantes dispersos. - Posição de descanso e relaxamento de cocheiro sentado. Não tolera posicionamento de drenagem postural clássica; - Realizou exercício de reeducação abdomino diafragmática posterior com resistência e anterior sem resistência.; - Realizou exercícios de reeducação costal global com halteres 1kg e seletiva esquerda/direita, com abdução dos membros superiores com halteres de 1 kg, 1 série de 10 repetições; - Tosse assistida, ineficaz; - Realizou o ciclo ativo da tosse (CATR), com saída de secreções espessas, amareladas, com aspeto purulento, em moderada quantidade; - Término da sessão com SPO2=90% com oxigenioterapia a 3L/min; -EBM=4 pós sessão. <u>4/06/2024</u> - Eupneico com oxigenoterapia a 3l/min com SpO2=88%; - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com fervores subcrepitantes dos lóbulos superiores; - Drenagem postural clássica dos lobos superior, com cabeça elevada; - Realizou exercício de reeducação abomino diafragmática posterior com resistência e anterior sem resistência.;
--	--	---	---



			- Realizou exercícios de reeducação costal global com halteres 1,5kg e seletiva esquerda/direita, com abdução dos membros superiores com halteres de 1,5 kg, 1 série de 10 repetições; - Tosse assistida, eficaz, com saída de secreções purulentas amareladas em abundante quantidade; - Término da sessão com SPO2=91% com oxigenoterapia a 3L/min; -EBM=3 pós sessão; - 30 minutos de repouso após a sessão, realizou prova de marcha de 6 minutos para aferição de oxigenoterapia de longa duração com o concentrador de oxigénio de tinha em domicílio com setting 5, para preparação para a alta. Prova de marcha com SPO2 mínimo 82% e FC máximo=52 bpm sem pausas. Conclui-se que o débito de O2 que o doente realizava em domicílio não é o adequado, com necessidade de alterar o concentrador de oxigénio por este não permitir o ajuste de O2 para um débito superior. Repete a prova a 5/6/2024 com novo concentrador. <u>5/6/2024</u> - Eupneico com oxigenoterapia a 3l/min com SpO2=90%; -Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios; - Posicionamento de cocheiro sentado; - Realizou exercício de reeducação abomino diafragmática posterior com resistência e anterior sem resistência; - Realizou exercícios de reeducação costal global com halteres 1,5kg e seletiva esquerda/direita, com abdução dos
--	--	--	--



			membros superiores e antero-lateral esquerda direita com resistência com halteres de 1,5 kg, 1 série de 10 repetições; - Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções mucopurulentas amareladas em moderada quantidade; - Término da sessão com SPO2=91% com oxigenoterapia a 3L/min; -EBM=0.5 pós sessão; - 30 minutos de repouso após a sessão, realizou prova de marcha de 6 minutos para aferição de oxigenoterapia de longa duração com novo concentrador de oxigénio portátil com setting 6. Prova com SPO2 mínimo 88% e FC máximo=60 bpm sem pausas Realizados ajustes e ensinós. <u>6/06/2024</u> - Alta clínica. - À data da alta implementadas escalas, com melhoria do grau de dispneia segundo a Escala MRC de 4 para 1 valores. - Melhoria dos parâmetros gasométricos em relação á entrada: Ph-7.41, PCO2-56.7, PO2-66.9, HCO3-33.3, SaO2-93.5%, Lact-0.5 - Melhoria do grau de incapacidade secundário á DPOC de 24 para 14 pontos segundo CAT, no entanto com necessidade de mante plano de reabilitação respiratória. Secundária a esta avaliação foi realizada referenciação para reabilitação funcional respiratória em regime ambulatorio.
--	--	--	---



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Conhecimento sobre técnicas respiratórias, diminuído	- Obter conhecimento sobre as técnicas respiratórias.	- Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; - Ensinar sobre técnicas respiratórias (posição de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal global e seletiva); - Ensinar a relevância destas técnicas respiratórias; - Treinar técnicas respiratórias; - Validar conhecimento sobre técnicas respiratórias.	31/05/2024 - Demonstrou diminuição de conhecimento sobre técnicas respiratórias. Realizado ensino e treino demonstrativo das mesmas durante a sessão de reabilitação respiratória. -Validado o conhecimento adquirido sobre as técnicas de -Incentivado a realizar as técnicas de reabilitação respiratória ao longo do dia, consoante a necessidade sentida; 03/06/2024- Demonstrou conhecimento sobre técnicas respiratórias, realizando-as com assistência. 05/06/2024 - Demonstrou conhecimento sobre técnicas respiratórias, realizando-as autonomamente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Limpeza das vias aéreas, comprometida	- Limpeza das vias aéreas eficaz; - Obter conhecimentos sobre a limpeza das vias aéreas;	- Auscultar tórax; - Avaliar reflexo de tosse; - Incentivar a tosse; - Assistir a tossir; - Instruir sobre o ciclo ativo da tosse (CATR);	31/05/2024 - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com roncos nos campos superiores e ferveores subcrepitantes nos campos inferiores;



		- Executar técnicas de drenagem postural; - Vigiar expectoração; - Supervisionar ventilação; - Planear ingestão de líquidos.	- Posição de descanso e relaxamento de cocheiro sentado. Não tolera posicionamento para drenagem postural clássica, dos lobos inferiores; - Realizou exercícios de reabilitação respiratória programados sem dificuldade; - Tosse assistida, ineficaz; - Incentivado á ingestão hídrica; <u>3/06/2024</u> - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com fervores subcrepitantes dispersos; - Posição de descanso e relaxamento de cocheiro sentado. Não tolera posicionamento de drenagem postural clássica; - Realizou exercícios de reabilitação respiratória programados sem dificuldade; - Tosse assistida, ineficaz; - Realizou CATR, com saída de secreções espessas, amareladas, com aspeto purulento, em moderada quantidade; - Realizado ensino sobre CATR; - Incentivado á ingestão hídrica;
--	--	--	--



			- Incentivado á mobilização e deambulação; <u>4/06/2024</u> - Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, com ferveores subcrepitantes dos lóbulos superiores; - Drenagem postural clássica dos lobos superior, com cabeceira elevada; - Realizou exercícios de reabilitação respiratória programados sem dificuldade; - Tosse assistida, eficaz, com saída de secreções espessas, amarelas, com aspeto purulento em abundante quantidade.; - Incentivado á ingestão hídrica; - Incentivado á mobilização e deambulação; <u>5/6/2024</u> -Auscultação com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios; - Posicionamento de cocheiro sentado;
--	--	--	---



			- Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções mucopurulentas amareladas em moderada quantidade; - Incentivado á ingestão hídrica; - Incentivado á mobilização e deambulação; <u>6/06/2024</u> -Alta clinica; -Reavaliados ensino sobre o CATR; - Incentivado á ingestão hídrica; - Incentivado á mobilização e deambulação; - Incentivado e referenciado para manter programa de reabilitação respiratória em regime ambulatório.
FOCO: CONSERVAÇÃO DE ENERGIA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Conhecimento sobre técnicas de conservação	- Gerir as AVD; - Aumentar autonomia; - Reduzir a dispneia;	- Ensinar sobre técnica de conservação de energia; - Planificação das tarefas e dos períodos de descanso;	<u>03/06/2024</u> - Demonstrou diminuição de conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia. Realizado



de energia, não demonstrado	- Reduzir o cansaço;	- Dissociação dos tempos respiratórios; - Posição de cocheiro sentado e em pé, - Na realização da marcha: repartir a caminhada se não conseguir realizar uma caminhada seguida; - Preparação do material para o banho e tomar banho sentado; - Dispor a roupa pela ordem que vai vestir e vestir-se sentado; - Treinar sobre técnica de conservação de energia; - Avaliar capacidade para uso de técnica de conservação de energia.	ensino e treino demonstrativo das mesmas durante a sessão de reabilitação respiratória. -Validado o conhecimento adquirido; 05/06/2024 - Demonstrou conhecimento sobre técnicas respiratórias, realizando-as autonomamente.
FOCO: AUTONOMIA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
- Intolerância à atividade física	- Aumentar a tolerância a atividade física; - Aumentar autonomia; - Diminuir o cansaço;	- Avaliar a força muscular; - Monitorizar respiração; - Gerir atividade física [controlando SpO2 e frequência cardíaca];	31/05/2024 - Avaliada força muscular segundo a escala de MRC da Força Muscular, onde o Sr.L.M, apresenta 5/5 em todos os parâmetros;



	- Diminuir a dispneia;	- Assistir no posicionamento [posições de descanso e relaxamento]; - Avaliar e monitorizar a intolerância à atividade [segundo a Escala de Borg modificada]; - Incentivar a realização de exercícios de tolerância ao esforço: marcha, pedaleira, subir e descer escadas através de estratégias de conservação de energia]; - Avaliar o plano de intervenção de intolerância ao exercício, com base em instrumentos de apoio.	- Eupneico com oxigenoterapia a 4l/min com SpO2=87%; - Realizou treino de exercício, dos membros superiores, com halteres de 0,5kg, 10 repetições flexão/ extensão; - Realizou treino de exercício dos membros inferiores, flexão extensão em posição sentado, 1 serie de 10 repetições; - Apresenta FCmáxima=56 e Spo2minimo=89%; EBM=4 pós treino de exercício. <u>03/06/2024</u> - Eupneico com oxigenoterapia a 3l/min com SpO2=88%; - Realizou treino de marcha com andarilho dinâmico. Deambulou 120 metros, com uma pausa em posição de cocheiro sentado; -Realizou treino de exercício, dos membros superiores, com halteres de 0,5kg, 10 repetições flexão/ extensão e 10 repetições adução/abdução; - Realizou treino de exercício dos membros inferiores, flexão extensão em posição ortostatica, 1 serie de 10 repetições com controlo ventilatório; -Apresenta FCmáxima=55 e Spo2minimo=88%; - EBM=4 pós treino de exercício; <u>4//05//5024</u>
--	--	---	--



		- Eupneico com oxigenoterapia, com o concentrador de oxigénio portátil com seting 5 com SpO2=88%; - Realizou treino de marcha com andarilho dinâmico. Deambulou 200 metros, sem pausas; -Realizou treino de exercício, dos membros superiores, com halteres de 1 kg, 10 repetições flexão/ extensão e 10 repetições adução/abdução; - Realizou treino de exercício dos membros inferiores, flexão extensão em posição ortostatica, 1 serie de 10 repetições e adução/abdução 10 repetições, com controlo ventilatório; - Apresenta FCmáxima=52 e Spo2minimo=82% (realizada aferição de oxigénio); - EBM=3 pós treino de exercício; <u>5/06/2024</u> -Eupneico com oxigenoterapia, com o concentrador de oxigénio portátil com aumento para seting 6 pós aferição de oxigenoterapia a 4/05/2024, com SpO2=90%; - Realizou treino de marcha, sem necessidade de dispositivo de apoio. Deambulou 250 metros, sem pausas; -Realizou treino de exercício, dos membros superiores, com halteres de 1,5 kg, 10 repetições flexão/ extensão e 10 repetições adução/abdução; - Realizou treino de exercício dos membros inferiores, flexão extensão em posição ortostatica, 2 series de 10 repetições e
--	--	--



			adução/abdução 2 serie de 10 repetições, com controlo ventilatório; - Apresenta FC_{máxima}=60 e Spo₂_{mínimo}=91% -EBM=0,5 pós treino de exercício; <u>6/06/2024</u> - Alta clínica - Realizados ensinios e incentivada a realização de exercícios de tolerância ao esforço em domicílio; - Aplicada escala MIF com melhoria em relação á avaliação inicial, com melhoria nos parâmetros do autocuidado e locomoção, com avaliação de autonomia total do doente; -Aplicada escala do Medical Research Council (MRC) de Dispneia, com melhoria da dispneia de grau 4 para grau 1; - Aplicada CAT, com melhoria nos parâmetros da tosse, expetoração, cansaço, limitação nas AVD, falta de energia e diminuição da confiança em sair de casa.
--	--	--	---



FOCO: CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
- Conhecimento para a saúde diminuído (acerca da inaloterapia)	- Adquirir conhecimento sobre a inaloterapia;	- Identificar MDI que vai utilizar em domicílio; - Instruir acerca da técnica de inaloterapia com câmara expansora; - Treinar técnica de inaloterapia com câmara expansora; - Instruir acerca da limpeza e higiene da câmara expansora no domicílio (lavar com água e sabão 2 x por semana); - Instruir sobre higienização oral pós inalação (inalador com corticoide).	05/06/2024 - Demonstrou diminuição de conhecimento sobre as técnicas inalatória com MDI. Realizado ensino e treino demonstrativo; -Validado o conhecimento adquirido; 06/06/2024 - Demonstrou conhecimento sobre técnicas respiratórias, realizando-as autonomamente, utilizando a checklist da técnica de inalação com inalador pressurizados doseável (anexo VI).

6. CONCLUSÃO

As intervenções realizadas e a sua respetiva avaliação permitiram conceder visibilidade ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à importância da aplicação de um plano de enfermagem de reabilitação que oriente a sua ação.

Tendo em conta os objetivos definidos em plano de cuidados, foi possível alcançar melhorias significativas na vida do Sr. LM.

Após o programa de enfermagem de reabilitação proposto, houve uma diminuição do impacto da DPOC na qualidade de vida, segundo a CAT, uma diminuição da limitação funcional para grau 1 segundo a MRC dispneia, uma diminuição da ansiedade e da depressão segundo a HADS e um grau de independência completa nas AVD segundo a MIF, assim como uma melhoria do estado geral do Sr.LM, diminuição da expectoração, aumento da tolerância à atividade física, aquisição de aprendizagens e conhecimentos para a saúde . Estas avaliações, permitem considerar que o plano de Cuidados de enfermagem de reabilitação proposto foi eficaz, havendo espaço para melhoramento dado o número de sessões de enfermagem de reabilitação realizados, o curto tempo de internamento e a escassez de exames complementares de diagnóstico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Direção Geral de Saúde (2013). *Norma – Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). Orientação nº10/2017 de 26/06/2017 – *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report)*. Acedido em 05/2024. Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/11/GOLD-2024-v1.6-FINAL-08Nov2023-wms.pdf>
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Principios e Técnicas*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6º Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado : conceito central da enfermagem : da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau - Formação E Saúde, Lda.

ANEXOS

**Anexo I – Medida de Independência Funcional**

Medida de Independência Funcional	
Níveis	
COM AJUDA	<u>Dependência Completa</u> 1. Ajuda Total (indivíduo < 25%) 2. Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) <u>Dependência Modificada</u> 3. Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) 4. Ajuda Mínima (indivíduo ≥ 75%) 5. Supervisão
SEM AJUDA	6. Independência Modificada (dispositivo) 7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

Data da Avaliação	31/05/2024	06/06/2024
AUTOCUIDADO		
Alimentação	7	7
Higiene Pessoal	3	5
Banho	3	5
Vestir metade superior	3	7
Vestir metade inferior	3	4
Utilização da sanita	3	7
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS		
Cama / Cadeira / Cadeira de Rodas	7	7
Sanita	7	7
Banheira / Duche	7	7
LOCOMOÇÃO		
Marcha / Cadeira de Rodas	4	7
Escadas	1	7
COMUNICAÇÃO		
Compreensão	7	7
Expressão	7	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR		
Interação Social	7	7

Resolução de Problemas	7	7
Memória	7	7
TOTAL	101	119

Grau de capacidade / incapacidade funcional	Pontuação
Dependência completa	18
Dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa	19 – 60
Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa	61 – 103
Independência completa	104 – 126

Anexo II – Escala de Medical Research Council de Força Muscular (MRC)

Avaliação da Força Muscular		
		Data da avaliação
Segmentos	Movimentos (Quando aplicável segue-se a seguinte orientação: Direito – Esquerdo)	31/05/2024
Escapulo-umeral	Flexão	5/5-5/5
	Extensão	5/5-5/5
	Adução	5/5-5/5
	Abdução	5/5-5/5
Cotovelo	Flexão	5/5-5/5
	Extensão	5/5-5/5
Coxo-femural	Flexão	5/5-5/5
	Extensão	5/5-5/5
	Adução	5/5-5/5
	Abdução	5/5-5/5
Joelho	Flexão	5/5-5/5
	Extensão	5/5-5/5
Tibio-társica	Flexão plantar	5/5-5/5
	Flexão dorsal	5/5-5/5
	Inversão	5/5-5/5
	Eversão	5/5-5/5
Legenda	0/5- Sem contração muscular e sem movimento 1/5- Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento 2/5- Movimenta mas não vence a gravidade 3/5- Raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência 4/5- Raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade 5/5- Movimento normal contra resistência e contra a gravidade	
	Considera-se os seguintes níveis de dependência: Sem problema: Força muscular 5/5; Grau elevado: Força muscular 1/5; Grau reduzido: Força muscular 4/5; Grau muito elevado: Força muscular 0/5. Grau moderado: Força muscular 3/5 e 2/5;	

Anexo III – COPD ASSESSMENT TEST

COPD Assessment Test										
Datas da Avaliação								31/05/2024	6/06/2024	
Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo	4	1	
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	3	1	
Não sinto nenhuma pressão no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto uma grande pressão no peito	0	0	
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escadas	0	1	2	3	4	5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	5	3	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	4	3	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	5	3	
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	0	0	
Tenho muita energia (disposição)	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	3	3	
Pontuação Total								24	14	

Pontuação CAT	Nível de Impacto
>30	Muito alto
>20	Alto
10 - 20	Médio
<10	Baixo

Anexo IV- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Datas da Avaliação:		31/05/2024	6/06/2024
Ansiedade			
Sinto-me tenso ou ansioso:	A maior parte do tempo (3) Muito frequentemente (2) De vez em quando, ocasionalmente (1) Nunca (0)	2	2
Sinto uma sensação de medo como se tivesse um “frio” no estômago:	Nunca (0) De vez em quando (1) Frequentemente (2) Muito frequentemente (3)	2	2
Tenho uma espécie de sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer:	Nitidamente e muito forte (3) Sim, mas não muito forte (2) Um pouco, mas não me incomoda (1) De modo algum (0)	3	2
Sinto-me agitado e não conseguisse parar quieto:	Muitíssimo (3) Bastante (2) Não muito (1) Nada (0)	2	2
Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes:	A maior parte do tempo (3) Muitas frequentemente (2) Não muito frequente (1) Raramente (0)	2	1
Tenho sensações de pânico repentinas:	Muito frequente (3) Frequentemente (2) Não frequentemente (1) Nunca (0)	3	2
Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído:	Sempre (0) Normalmente (1) Não frequentemente (2) Nunca (3)	2	2
Total (Ansiedade)		16	13
Depressão			
Sinto-me como se estivesse mais lento:	Quase sempre (3) Muito frequentemente (2) De vez em quando (1) Nunca (0)	3	2
Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter:	Decididamente tanto como antes (0) Não tanto como antes (1) Apenas um pouco (2) Quase nada (3)	1	1
Perdi o interesse na minha aparência:	Totalmente (3) Muitas vezes não tenho tanto cuidado como devia (2) Por vezes talvez não tanto cuidado como devia (1) Tenho o mesmo cuidado de sempre (0)	2	2
Consigo rir e ver o lado cómico das coisas:	Tanto como sempre consegui (0) Agora não tanto como antes (1) Nitidamente menos agora (2) Nunca (3)	0	0



Sinto um prazer antecipado pelas coisas:	Tanto como sempre senti (0) Bastante menos que anteriormente (1) Muito menos que anteriormente (2) Quase nunca (3)	2	1
Sinto-me alegre:	Nunca (3) Não frequentemente (2) De vez em quando (1) A maior parte do tempo (0)	1	1
Consigo desfrutar de um bom livro ou um programa de rádio ou TV:	Frequentemente (0) De vez em quando (1) Não frequentemente (2) Muito raramente (3)	2	2
Total (Depressão)		11	9

Ansiedade (HADS-A):

- 0-7: Ausência de sintomas clinicamente significativos de ansiedade.
- 8-10: Possível presença de sintomas de ansiedade, mas abaixo do limiar clínico.
- 11-21: Presença de sintomas significativos de ansiedade, indicando um possível transtorno de ansiedade.

Depressão (HADS-D):

- 0-7: Ausência de sintomas clinicamente significativos de depressão.
- 8-10: Possível presença de sintomas de depressão, mas abaixo do limiar clínico.
- 11-21: Presença de sintomas significativos de depressão, indicando um possível transtorno depressivo.

Anexo V – QUESTIONÁRIOS DE DISPNEIA (MEDICAL REASEARCH COUNCIL DYSPNOEA QUESTIONNEIRE)

Data da avaliação:		31/05/2024	6/06/2024
Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>		
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>		X
Grau 2	Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>		
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i>		
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i>	X	

Anexo VI – Checklist da técnica de inalação com inalador pressurizado

Data da avaliação: 6/06/2024	Antes do Ensino	Após Ensino
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;	Sim	Sim
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;	Não	Sim
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);	Sim	Sim
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;	Sim	Sim
5. Incline ligeiramente a cabeça para trás;	Não	Sim
6. Efetuar uma expiração lenta;	Não	Sim
7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos);	Sim	Sim
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;	Não	Sim
9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;	Não	Sim
10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);	Não	Sim
11. Realizar uma expiração forçada;	Não	Sim
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;	Não	Sim
13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas;	Sim	Sim
14. Se tiver prescrito mais do que um “puff” aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação.	Não	Sim

**doseável
(pMDI)**

Nota:
A **seqüência** de inalação deve obedecer a critérios de eficácia de ação. Os doentes devem ser instruídos a utilizar os

broncodilatadores de ação curta (SABA). De seguida, administrar, se tiver sido prescrito, o segundo broncodilatador (como um anticolinérgico) e só por último os anti-inflamatórios (corticosteroides, 5 a 10 minutos após).

A **higienização** do inalador é preconizada através da limpeza com um pano húmido do bucal, de forma a remover os resíduos e lavar 2-3x/semana a embalagem plástica (atuador) com água morna e detergente suave e, posteriormente, secar bem.

Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
2º Ano – 1º Semestre

Estudo de Caso II – Acidente Vascular Cerebral

Discente:

Susana Araújo nº 117700

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica
janeiro
2025

Escola Superior de Saúde Egas Moniz Mestrado em

Enfermagem de Reabilitação

2º Ano - 1º Semestre

Estudo de Caso II – Acidente Vascular Cerebral

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório

Discente:

Susana Araújo nº 117700

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica
janeiro
2025

1. INTRODUÇÃO	4
2. COLHEITA DE DADOS	5
2.1 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA	5
2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS	5
2.3 TERAPÊUTICA ATUAL	5
2.4 HISTÓRIA SOCIAL, FAMILIAR E ECONÓMICA	5
2.5 HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL	6
2.6 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNOSTICO	7
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
3.1 EXAME FÍSICO	10
3.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA;	10
3.3 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO NEUROLÓGICA	11
3.4 AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	14
3.5 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE	15
3.6 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO	16
3.7 AVALIAÇÃO DA MARCHA	17
3.8 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	17
4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	19
4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	19
4.2 AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	19
5. PLANO DE CUIDADOS	20
6. CONCLUSÃO	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

ANEXOS

Anexo I – Mini Mental State Examination

Anexo II – Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)

Anexo III - Escala de Ashworth modificada.

Anexo IV - Escala de Berg

Anexo V – Escala de Barthel

Anexo VI – Plano Personalizado De Exercícios para Domicílio

QUADROS

QUADRO 1 – Resumo das análises clínicas

QUADRO 2 – Avaliação Física Objetiva

QUADRO 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

QUADRO 4 – Avaliação do Estado Mental

QUADRO 5 – Avaliação dos Pares Cranianos

QUADRO 6 – Avaliação da Sensibilidade

QUADRO 7 – Avaliação dos Requisitos de Autocuidado

QUADRO 8 – Plano de Cuidados

1. INTRODUÇÃO

Perspetivando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no âmbito da Unidade Curricular Estágio, foi elaborado um estudo de caso em contexto ambulatorial numa Unidade de Saúde na Comunidade (UCC).

Este estudo de caso tem por base uma pessoa referenciada por um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo para a UCC para dar continuidade ao programa de Enfermagem de Reabilitação iniciado durante o internamento hospitalar, após um acidente vascular cerebral (AVC).

Inicialmente foi realizada uma colheita de dados e posteriormente uma avaliação de enfermagem de reabilitação, segundo instrumentos de avaliação como escala de avaliação, exames complementares de diagnóstico, notas clínicas e avaliação física. Por fim é realizado um plano de cuidados de reabilitação para a pessoa em estudo, onde são levantados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades do doente e da avaliação anteriormente realizada, tendo em conta a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem. Para dar respostas a cada um dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação realizados, são elaboradas intervenções de enfermagem de reabilitação. A avaliação das intervenções é realizada segundo as normas e protocolos do serviço e segundo a capacidade do doente no desempenho das atividades no momento da implementação das intervenções.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

- **Nome:** M.F;
- **Idade:** 65 anos;
- **Género:** Feminino;
- **Escolaridade:** Escolaridade Básica (9º ano);
- **Profissão:** Auxiliar de Ação Educativa;
- **Estado Civil:** Divorciada;
- **Agregado Familiar:** Unipessoal;
- **Morada:** Pinhal Novo.

2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS

- Hipertensão Arterial;
- Hipercolesterolemia;
- Depressão;
- Sem alergias medicamentosas conhecidas.

2.3 TERAPÊUTICA ATUAL

- Acetisalicílico 150mg, 1 comprimido por dia;
- Losartan 50mg, 1 comprimido por dia;
- Rosuvastatina+Ezetimiba 20mg+10mg, 1 comprimido por dia;

2.4 HISTÓRIA SOCIAL, FAMILIAR E ECONÓMICA

A Sra. M.F é divorciada, e reside sozinha em casa própria, um 2º andar se elevador no Pinhal Novo. É atualmente Auxiliar de Ação Educativa na biblioteca de uma escola básica no concelho de Palmela.

A Sra. M.F tem uma filha com 33 anos, e duas netas menores de idade (3 anos e 9 anos). De momento a Sra M.F encontra-se a residir em casa da filha, com as netas e com o genro, para ter um maior acompanhamento e vigilância após o AVC, até conseguir ser

novamente autónoma nas suas AVD, segundo a mesma, sendo uma das problemáticas viver num apartamento no 2º andar sem elevador.

A filha e o genro da Sra. M.F, encontram-se de momento empregados, pelo que a Sra. M.F fica sozinha em casa no período das 7h as 17h de segunda-feira a sexta-feira.

A Sra. M.F iniciou um quadro de depressão pós divórcio e refere não realizar nenhum tipo de vigilância em saúde há mais de 5 anos, pelo que á data do seu AVC, não tomava medicação habitual.

2.5 HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

No dia 10.10.2024 a Sra. M.F deu entrada no serviço de urgência de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, diminuição da força do hemicorpo á direita, ataxia e episódio hipertensivo com tensão arterial de 193/103mmhg, não sabe especificar a hora de início dos sintomas. Refere não tomar nenhum tipo de medicação habitual. Sem vigilância em saúde há cerca de 5 anos, segundo a mesma.

No serviço de urgência foi observada pela neurologia e realizou tomografia craneoencefálica (TC-CE) que releva possível AVC da hemiprotuberância esquerda. tendo passado para a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) para controlo tensional, devido ao quadro de emergência hipertensiva, e foi admitido a 12/10/2024 no serviço de Neurologia do mesmo hospital.

À entrada no serviço de Neurologia apresentava como défices neurológicos: hemiparesia à direita (face, membro superior e membro inferior); alterações do equilíbrio estático e dinâmico em posição de sentado (sem apoio lateral) e em posição ortostática; disfagia para líquidos e disartria. Consequentemente, apresentava limitações na mobilidade e na capacidade para executar as suas atividades de vida diária.

Realizou ressonância magnética craneoencefálica (RM-CE) que confirmou AVC isquémico lacunar da hemiprotuberância esquerda.

Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável com tensão arterial

controlada, sem alterações do estado de consciência (Score 15 na Escala de Coma de Glasgow) e sem compromisso da função cognitiva segundo nota médica.

Iniciou programa de reabilitação durante o internamento no serviço de Neurologia, tendo realizado ao todo 5 sessões de programa entre o dia 12/10/2024 e o dia 17/10/2024. Os ganhos do programa de reabilitação de enfermagem não estão descritos em notas clínicas, no entanto á data da alta a descrição de enfermagem de reabilitação, refere que a Sra. M.F esta consciente e orientada, alimenta-se oralmente sem disfagia para sólidos ou líquidos; apresenta força de grau 3 nos membros inferiores e grau 4 nos membros superiores segundo a escala de Medical Research Council (MRC) da Força Muscular. Sem outras informações de enfermagem de reabilitação.

Teve alta do serviço de neurologia a 18/10/2024

Com referenciação para continuidade de cuidados de reabilitação em UCC.

Iniciou acompanhamento de enfermagem de reabilitação pela UCC a 22/10/2024.

2.6 EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNOSTICO

- Ressonância Magnética Craneoencefálica de dia 12/10/2024:

A Sra. M.F apresenta hipersinal focal na região hemiprotuberância esquerda, com hipossinal correspondente no mapa coeficiente de difusão aparente, que indicam isquemia recente, com extensão limitada à porção lateral da protuberância, atingindo as conexões cerebelares do pedúnculo cerebelar médio e fibras corticoespinhais

Sem edema significativo.

Pequeno hipersinal em áreas adjacentes do tronco encefálico, sem envolvimento extenso do tegumento pontino.

Ausência de efeito de massa.

- Análises Clínicas

Data da avaliação:	Entrada: 10/10/2024	Alta: 17/10/2024
Hemoglobina	13,3 g/dl	14,1 g/dl
Plaquetas	253	214

Leucócitos	9.200/ μ L	7.500/ μ L
PCR	5	2,1
Colesterol total:	391 mg/dL	215 mg/dl
LDL	180 mg/dL	150 mg/dl
HDL	35 mg/dL	38 mg/dl
Triglicerídeos	280 mg/dL	180 mg/dl
Creatinina	1,2 mg/dL	1,1 mg/dL
Ureia	40 mg/dL	38 mg/dL
Sódio (Na ⁺)	138 mEq/L	137 mEq/L
Potássio (K ⁺)	4,1 mEq/L	3,8 mEq/L
Troponina T/I	0,02 ng/mL	0,01 ng/mL
D-dímero	350 ng/mL	250 ng/mL
Tempo de protrombina	13 s	13 s

Quadro 1 – Resumo das análises clínicas

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A capacidade de realizar uma avaliação da situação clínica é uma competência fundamental para os enfermeiros especialistas em reabilitação. Esta permite planear as intervenções mais adequada, auxiliando a elaborar um plano de reabilitação individualizado. A evidência científica recomenda a utilização de instrumentos sistematizados para a avaliação da pessoa antes e após a implementação do programa de Reabilitação em Enfermagem (OE, 2018).

O primeiro contacto que tive com a Sra. M.F, ocorreu no dia 22/10/2024, sendo este o 12º dia após o diagnóstico de AVC isquémico lacunar da hemiproturberância esquerda, sendo que esta já tinha iniciado programa de reabilitação durante o internamento hospitalar, tendo realizado até ao momento 5 sessões de reabilitação pós AVC. Foi mantida a continuidade do programa de reabilitação pela equipa de enfermagem de reabilitação da UCC. Esta realizou sessões de enfermagem de reabilitação de 30 a 45 minutos nos dias 22/10/2024, 24/10/2024, 29/10/2024, sendo a escolha das datas um intermédio entre a disponibilidade da pessoa e as datas disponíveis para as sessões disponibilizadas pela UCC.

De acordo com Menoita (2012) a avaliação da situação clínica da pessoa com alterações neurológicas deve completar para além da colheita de dados, antecedentes pessoais e familiares, história social, económica e social e exames complementares de diagnóstico como anteriormente realizados, esta deve ter as seguintes avaliações:

1. Exame Físico;
2. Avaliação da Função Respiratória;
3. Avaliação da Função Neurológica;
 - Estado Mental;
 - Pares Cranianos;
4. Avaliação da Motricidade
 - Força Muscular
 - Tónus Muscular

- Sensibilidade;
- Equilíbrio;
- Marcha.

3.1 EXAME FISICO

O exame físico da pessoa, foi baseado no exame de avaliação objetivo que tem por base, a inspeção, palpação, percussão e auscultação. A avaliação objetiva da Sra.M.F, foi realizada a 22/10/2024 e esta não apresentou alterações. Os resultados estão descritos no quadro 2.

Avaliação Física Objetiva	
Inspeção	Pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta cianose, nem hipocratismo digital. Sem edemas.
Inspeção torácica estática	Tórax simétrico. Sistema muscular desenvolvido.
Inspeção torácica dinâmica	Ritmo respiratório regular. Padrão respiratório predominantemente torácico. Amplitude normal. Sem sinais de tiragem.
Palpação	Traqueia ao nível da linha média. Expansibilidade torácica mantida. Sem lesões cutâneas ou tumefações.
Percussão	Hiper ressonância
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido. Ausência de ruídos adventícios.
Abdómen	Depressível e indolor à palpação.

Quadro 2 – Avaliação física objetiva.

3.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA;

Para a realização da função respiratória, foi realizada uma avaliação subjetiva através do método observacional e através de uma entrevista á pessoa, que têm por base os seus sintomas respiratórios. A Sra. M.F. não apresentou alterações respiratória. Resultados descritos no quadro 3.

Data da Avaliação: 22/10/2024	
Frequência	16 ciclos por minuto
Ritmo	Regular
Amplitude	Normal
Tosse	Não apresenta
Expetoração	Não apresenta
Dispneia	Não apresenta
Toracalgia	Sem dor

Quadro 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

3.3 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO NEUROLÓGICA

3.3.1 Avaliação do Estado Mental

Segundo Menoita (2012), a avaliação do estado mental baseia-se na avaliação do estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidade práticas, negligência hemiespacial e linguagem. Na tabela 4. abaixo descrita, encontra-se a avaliação do estado mental da Sra M.F. na avaliação inicial do programa de reabilitação em enfermagem da UCC no dia 22/10/2024. A Sra. M.F. não mostrando alterações na avaliação mental.

Avaliação do Estado Mental	
Estado de Consciência	Score 15 na escala de coma de Glasgow (abertura ocular espontânea, orientada na resposta verbal, obedece a comando).
Orientação	Orientada no tempo, espaço e pessoa.
Atenção	Vígil, tenaz e concentrada.
Memória	Apresenta score de 24 na Mini Mental State Examination (Anexo I) – Sem alterações de memória.
Capacidades Práticas	Apresenta capacidades práticas para a

	realização de gestos simbólicos e gestos icónicos com ambas as mãos, quer transitivos como intransitivos. Apresenta aparente força, sensibilidade e coordenação na execução.
Negligencia hemiespacial	Sem alterações na prova de um desenho espontâneo de um relógio;
Linguagem (avaliação informal)	- Apresenta discurso espontâneo, sem alterações na denominação ou nomeação; - Sem alterações de compreensão. Responde a comandos; segue comandos usando objetos; dialoga de modo simples; responde a questões e responde a ordens escritas; - Consegue nomear objetos; - Repete palavras e frases; - Sem alterações ao nível da leitura de sílabas, palavras ou frases, tendo capacidade de encontrar letras ou palavras dentro de frases. Consegue ler o texto acompanhado por perguntas e legendar uma história; - Define palavras, explica provérbios, apresenta sinónimos e antónimos e resolve problemas que impliquem raciocínio; - Apresenta capacidade para escrever frases espontaneamente.

Tabela 4. Avaliação do Estado Mental

3.3.2 Avaliação dos Pares Cranianos

Segundo Branco (2010) a avaliação dos pares cranianos permite a deteção de alterações graves do foro neurológico, sendo assim um dos elementos essenciais na avaliação da pessoa com AVC pelo enfermeiro de reabilitação. A avaliação e interpretação da informação permite ao enfermeiro de reabilitação contribuir para o desenvolvimento e sucesso do programa terapêutico.

A avaliação dos pares cranianos da Sra M.F. está descrita na tabela 5. De maneira a facilitar a consulta e sintetizar informação.

Em termos de interpretação, a Sra M.F apresenta alterações no par craniano estatocústicas com alteração do equilíbrio dinâmico segundo o Teste de Babinski-Weil. Sem outras alterações na avaliação dos pares cranianos.

Par Craniano	Avaliação	
	Esquerda	Direita
I - Olfativo	Normal	Normal
II - Ótico	Acuidade Visual: Normal; Campo Visual: Normal;	Acuidade Visual: Normal; Campo Visual: Normal;
III – OculoMotor Comum	Pupila: Tamanho normal em isocória; Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;	Pupila: Tamanho normal em isocória; Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;
IV - Patético	Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;	Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;
V - Trigémio	Sensibilidade termo-álgica, tátil e reflexo córneo-palpebral presentes; Movimentos de mastigação e abertura da mandíbula sem alterações;	Sensibilidade termo-álgica, tátil e reflexo córneo-palpebral presentes; Movimentos de mastigação e abertura da mandíbula sem alterações;
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;	Movimentos conjugados do globo ocular sem alterações;
VII - Facial	Sem alterações do paladar; Simetria facial mantida;	
VIII – Estatocústico	Equilíbrio sentada, estático e dinâmico; Equilíbrio de pé estático (Teste de Romberg positivo), com desequilíbrio dinâmico (Teste de Babinski-Weil positivo); Acuidade auditiva bilateral aparentemente sem alterações, com capacidade para identificar sons de olhos fechados; Não foi possível realizar o teste de Rinne e Teste de Weber, por não haver um diapásão disponível;	
IX - Glossofaríngeo	Sem alterações do paladar após realizar teste dos sabores (doce – açúcar; salgado – Sal; amargo – café e ácido – limão) no 1/3 posterior da língua;	

X- Vago	Sem alterações da voz; Reflexo de vômito presente; Sem desvio da úvula;	
XI - Espinhal	Rotação da cabeça contra a resistência sem alterações - força do esternocleidomastoideu mantida; Elevação dos ombros contra a resistência sem alterações- Força do Trapézio mantida;	Rotação da cabeça contra a resistência sem alterações - força do esternocleidomastoideu mantida; Elevação dos ombros contra a resistência sem alterações- Força do Trapézio mantida;
XII – Grande Hipoglosso	Propulsão antero-posterior na linha média presente; Apresenta lateralidade (esquerda e direita); Sem devio ou tremores da língua e úvula;	

Tabela 5. Avaliação dos Pares Cranianos

3.4 AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

Segundo Menoita (2012) a avaliação da motricidade divide-se em avaliação da força muscular, tônus muscular e coordenação motora.

3.4.1 Força Muscular

Para a avaliação da força muscular foi utilizada a Escala de MRC da Força Muscular. No caso da Sra. M.F esta escala foi utilizada para avaliação da força muscular e consequentemente utilizada para a realização de um plano de cuidados adaptado á pessoa, com exercícios de reabilitação adequados às suas capacidades.

Esta avaliação foi realizada dos segmentos distais para os proximais, bilateralmente.

A Sra. M.F apresentou uma avaliação de 4/5 nos movimentos do membro superior, o que significa um raio de movimento completo da articulação que vence uma resistência moderada e contra a gravidade e 3/5 nos movimentos do membro inferior, o que significa que existe movimento completo contra a gravidade, mas não contra a resistência

Ao nível do hemisfério esquerdo a Sra M.F apresenta uma avaliação de 5/5 de todos os movimentos, o que significa que há um movimento normal contra a gravidade e contra a resistência de todos os segmentos corporais. Neste sentido a Sra M.F, não apresenta limitações da sua força muscular do hemisfério á esquerda, mas apresenta uma diminuição da força do hemisfério á direita que necessita de ser trabalhada e ter em consideração na planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Após a aplicação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, houve um ganho de força

muscular dos membros inferiores do hemicorpo á direita de grau 3 para grau 4. O plano de cuidados também inclui exercícios de reabilitação do membro superior direito, no entanto sem melhoria visível na avaliação final da a Escala da MRC da Força Muscular durante as sessões realizadas.

A Escala da MRC da Força Muscular está disponível em anexo II.

3.4.2 Tónus Muscular

Para a realização da avaliação do tónus muscular foi realizada a escala de Ashworth modificada.

Esta avaliação foi realizada dos segmentos distais para os proximais, bilateralmente.

A Sra M.F apresentou leve aumento do tónus muscular manifestado por uma resistência mínima no final da amplitude dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral á direita (Ashworth=1). Sem alterações no tónus muscular em todas as restantes amplitudes do movimento articular (Ashworth=0).

Após a aplicação do plano de cuidados que inclui exercícios de mobilidade dos membros superiores, pode observar-se uma melhoria na avaliação da escala de Ashworth com uma avaliação sem aumento do tónus muscular (Ashworth==0) em todos os movimentos articulares tanto dos membros superiores como dos membros inferiores.

A escala de Ashworth modificada está disponível em anexo III.

3.4.3 Coordenação Motora

Para a realização da avaliação da coordenação motora foi realizada a prova Índice Dedo/Nariz para avaliação da coordenação dos membros superiores e Prova Calcanhar/Joelho para avaliação da coordenação dos membros inferiores. Ambas as provas realizadas bilateralmente e inicialmente de olhos abertos e posteriormente de olhos fechados.

A Sra. M.F não apresentou alterações em nenhuma das duas provas, o que indica que não apresenta alterações ao nível da coordenação motora.

3.5 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

A avaliação da sensibilidade compreende a avaliação das sensibilidades superficial e profunda. Os estímulos são aplicados das regiões distais para as proximais, sempre com

comparação entre os dois hemisférios (MENOITA, 2012).

Na avaliação da sensibilidade superficial da Sra.M.F. foi testada a sensibilidade tátil com algodão, a sensibilidade álgica com um objeto quente (aproximadamente entre os 45/52°) e um objeto frio (aproximadamente entre os 4°/10°) e a sensibilidade álgica com a tampa de uma caneta ou uma espátula com a ponta partida.

Na avaliação da sensibilidade profunda é dividida entre sensibilidade por pressão, sensibilidade postural e sensibilidade vibratória (MENOITA, 2012).

A sensibilidade por pressão foi realizada ao aplicar pressão sobre partes do corpo (dedo pé e da mão) bilateralmente, já a sensibilidade vibratória é testada através da colocação de um diapasão sobre proeminência óssea, no entanto esta avaliação não foi realizada por não haver um diapasão disponível. Em termos de sensibilidade postural esta baseou-se em colocar passivamente o membro em determinada posição e foi solicitado à pessoa que descreva a sua posição, enquanto esta estava de olhos fechados.

Todos estes testes de sensibilidade acima descritos aplicados à Sra M.F, foram resumidos e os resultados foram colocados na tabela 6.

A Sra M.F, não apresentou nenhuma alteração nos testes de sensibilidade.

	Cabeça e Pescoço		Membros Superiores		Membros Inferiores	
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Térmica	M	M	M	M	M	M
Tátil	M	M	M	M	M	M
Álgica	M	M	M	M	M	M
Pressão	M	M	M	M	M	M
Postural	N/A	N/A	M	M	M	M
N/A – Não aplicável; M – Mantido, D- Diminuído; A- Ausente						

Tabela 6. Avaliação da Sensibilidade

3.6 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

A avaliação do equilíbrio foi avaliada durante a avaliação dos pares cranianos estatocustico. A Sra M.F apresentava equilíbrio sentada, estático e dinâmico, no entanto apresenta desequilíbrio de pé estático, após a aplicação do teste Teste de Romberg, e

desequilíbrio dinâmico através do teste de Teste de Babinski-Weil positivo.

Para a avaliação do equilíbrio corporal associado ao risco de queda foi realizada a escala de Berg, apresentada em anexo IV. Segundo a avaliação da escala de Berg a Sra M.F apresentar dificuldade em manter-se em posição ortostática em posição unipodal; dificuldade em posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto em posição ortostática; dificuldade ao girar 360°; dificuldade em apanhar um objeto do chão a partir da posição ortostática; dificuldade em permanecer em pé sem apoio com um pé á frente. A Sra M.F teve uma avaliação de 38 pontos na escala de Berg, o que se traduz em médio risco de queda. Após a aplicação do plano de cuidados, foi possível uma melhoria em todos os parâmetros alterados na escala e consequentemente um aumento para 44 pontos na escala de Berg, o que se traduz numa diminuição do risco de queda, de grau moderado, para baixo risco de queda.

3.7 AVALIAÇÃO DA MARCHA

A Sra M.F apresenta marcha hemiparética direita, caracterizada por movimento em circundação do membro inferior direito durante a fase de balanço, com dificuldade na flexão da articulação do joelho e coxofemural. Base de apoio alargada e redução na simetria do passo, com maior duração na fase de apoio do membro são. Movimento pendular do membro superior direito normal, com postura inclinada à esquerda para compensar déficit de equilíbrio.

3.8 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Para a avaliação do grau de dependência do autocuidado na pessoa, foi utilizada a Escala de Barthel. No caso da Sra M.F, esta permite identificar quais as atividades de vida diária (AVD) comprometidas de maneira a realizar um plano de cuidados individualizado baseado suas necessidades, assim como avaliar e monitorizar o progresso da reabilitação. A Sra LM apresenta um score de 85 pontos na primeira avaliação, com alterações nos parâmetros subir e descer escada, mobilidade e banho.

Na primeira avaliação a Sra M.F não conseguiu caminhar mais de 50 metros sem ajuda e não conseguiu subir e descer escadas sem ajuda. À data da última sessão 29/01/2024 a Sra.M.F consegue caminhar mais de 50m e consegue subir e descer escadas sem ajuda, e após aderir aos ensinamentos sobre o autocuidado banho, deixou de ser dependente nos

parâmetro, passando a ser autónoma nas AVD com uma pontuação de 100 pontos na Escala de Barthel.

4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação tiveram por base a avaliação inicial da pessoa em estudo, descritas no ponto 3.

Os diagnósticos de enfermagem definidos foram:

- Deambular comprometido;
- Cuidar da higiene pessoal comprometido;
- Risco de Queda;
- Movimento corporal diminuído;

O Plano de Cuidados da Sra. M.F pode ser consultado no quadro 8.

4.2 AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, para dar resposta aos requisitos de autocuidado que definem o âmbito da responsabilidade da pessoa no seu autocuidado, e dos enfermeiros no seu exercício profissional. São estes, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. (Petronilho, 2012).

No quadro 4, é descrito em que classificação de requisitos de autocuidado, se encontra cada um dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação realizados para a Sr. M.F.

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Classificação dos requisitos de autocuidado
Deambular comprometido;	Sistema parcialmente compensatório
Cuidar da higiene pessoal comprometido	Sistema de apoio-educação;
Risco de queda;	Sistema de apoio-educação;
Movimento corporal diminuído do hemicorpo á direita;	Sistema parcialmente compensatório

Quadro 7 –Avaliação dos requisitos de autocuidado

5. PLANO DE CUIDADOS

FOCO: AUTONOMIA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Deambular comprometido	- Avaliar o equilíbrio corporal; - Avaliar a marcha; - Avaliar a necessidade de dispositivo de apoio; - Reeducar o mecanismo reflexo-postural; - Reduzir o risco de queda; - Deambular de	1) Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico, através dos testes de Teste de Romberg e do Teste de Babinski-Weil respetivamente; 2) Avaliar a marcha (padrão da marcha, simetria e ritmo, postura e bases de apoio); 3) Avaliada necessidade do uso de canadiana no lado contralateral ao afetado; 4) Avaliar subir e descer escadas; 5) Reduzir barreiras arquitetónicas na casa; 6) Estimular a manter equilíbrio corporal	<u>22/10/2024</u> - Apresenta equilíbrio sentada, estático e dinâmico; - Apresenta desequilíbrio de pé estático, após a aplicação do teste Teste de Romberg, e desequilíbrio dinâmico através do teste de Teste de Babinski-Weil positivo. - Escala de Berg = 38 pontos, com dificuldade em manter-se em posição ortostática em posição unipodal; dificuldade em posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto em posição ortostática; dificuldade ao girar 360°; dificuldade em apanhar um objeto do chão a partir da posição ortostática; dificuldade em permanecer em pé sem apoio com um pé à frente; - Demonstrou incapacidade para subir e descer escada; - Sem uso de canadiana;

	forma autónoma; através da correção postural; 7) Executar exercícios de estimulação do equilíbrio dinâmico de pé (exercícios realizados ao fundo da cama com o enfermeiro), realizados bilateralmente: - Alternância de carga nos membros inferiores; - Flexão do joelho; - Flexão/extensão coxofemoral; - Elevação lateral da perna (em abdução); - Agachamentos com correção postural; - Levantar/sentar sem apoio de mãos; 8) - Ensinar sobre técnica de adaptação para andar com canadiana: - 1º canadiana do lado do membro são; - 2º perna parética; - 3º membro são; 9) Ensinar sobre subir e descer escadas:	- Identificadas várias barreiras arquitetónicas no domicílio: tapetes, brinquedos de criança e roupa no chão. Casa com corredor estreito e objetos de decoração que impedem a passagem. . Foi explicado á pessoa a necessidade de eliminação destas barreiras arquitetónicas. <u>24/10/2024</u> - Demonstrou capacidade para realizar marcha com canadiana no lado são; - Diminuição das barreiras arquitetónicas no domicílio: removeu tapetes, brinquedos de criança arrumados e sem roupa no chão. Corredor sem objetos que impedem a passagem. <u>29/10/2024</u> - Apresenta equilíbrio sentada, estático e dinâmico; - Apresenta equilíbrio de pé estático e dinâmico, após a aplicação do teste Teste de Romberg e do teste de Teste de Babinski-Weil; - Escala de Berg = 44 pontos; mantém dificuldade ao girar
--	--	--

		- <u>Subir</u>: apoiar a mão sã no corrimão; - 1º membro inferior são; - 2º membro inferior parético; - <u>Descer</u>: Apoiar a mão sã no corrimão; - 1º membro inferior parético; - 2º membro inferior são; 10) Treinar a técnica de adaptação para subir e descer escadas nas escadas do domicílio;	360º; dificuldade em apanhar um objeto do chão a partir da posição ortostática; dificuldade em permanecer em pé sem apoio com um pé á frente. Melhoria nos parâmetros, manter-se em posição ortostática em posição unipodal e posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto em posição ortostática; - Demonstrou capacidade de subir e descer escada com supervisão;
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Movimento muscular diminuído no corpo direito	- Avaliar força e tónus muscular de ambos os hemicorpos; - Inibir a espasticidade; - Aumentar a força e	1) Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular através da a Escala de MRC da Força Muscular e Ashworth modificada e através da observação; 2) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido (com	<u>22/10/2024</u> - Demonstrou diminuição da força muscular do hemicorpo á direita segundo a a Escala de MRC da Força Muscular , sem alterações do hemicorpo á esquerda: - Escala de MRC da Força Muscular Membros Superiores do hemicorpo á direita = 4 pontos; - Escala de MRC da Força Muscular Membros

	o tônus muscular do hemicorpo á direita; - Trabalhar força e tônus muscular de ambos os hemicorpos;	automobilizações do lado afetado) ou ativo com e sem resistência de elástico no sentido distal-proximal, em ambos os lados, respeitando, limiar da dor e amplitude articular 1 série de 10 repetições com os seguintes exercícios: - Flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar; - Flexão/hiperextensão do punho, com desvio radial/cubital; - Supinação/pronação do antebraço; - Flexão/extensão do cotovelo com elásticos; - Flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro. - Flexão/extensão dos dedos do pé; - Inversão/eversão tibiotársica;	inferiores do hemicorpo á direita = 3 pontos; - a Escala de MRC da Força Muscular Membros Superiores do hemicorpo á esquerda = 5 pontos; - Escala de MRC da Força Muscular Membros inferiores do hemicorpo á esquerda = 5 pontos; - Demonstrou diminuição do tônus muscular segundo a escala de Ashworth final da amplitude dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral á direita. Sem alterações no tônus muscular em todas as restantes amplitudes do movimento articular (Ashorth=0); - Realizou técnica de exercício muscular articular ativo sem resistência do lado são e ativo assistido do lado afetado 1 serie de 5 repetições; <u>24/10/2024</u> - Realizou técnica de exercício muscular articular ativo bilateral, aplicada resistência de elásticos, 1 série com 5 repetições; - Fornecido e explicado plano personalizado de exercícios com imagens e linguagem percetível para a pessoa realizar
--	---	--	--

		- Dorsiflexão/flexão plantar; Flexão/extensão do joelho; - Rotação interna e externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxofemoral; - Rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral; - Rolamentos para o lado afetado e para o lado são; - Exercícios de ponte com e sem bola; - Carga sensitiva no cotovelo; 3) Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular para realizar autonomamente em domicílio; 4) Realizar um plano personalizado de exercícios com imagens e linguagem perceptível para a pessoa realizar autonomamente com vigilância da família (devido ao risco de queda). Plano	autonomamente no domicílio (Plano de exercícios personalizado disponível no Anexo VI); <u>29/10/2024</u> - Demonstrou ganho de força muscular dos membros inferiores do hemitórax à direita segundo a Escala de MRC da Força Muscular para 4 pontos, mantém restante avaliação anterior; - Demonstrou aumento da amplitude articular dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral à direita, apresentando uma Escala de Ashworth=0, sem alterações no tônus muscular em todas as amplitudes do movimento articulares. - Realizou técnica de exercício muscular articular ativo bilateral, aplicada resistência de elásticos, 1 série com 10 repetições;
--	--	---	---

		de exercícios personalizado para domicílio disponível no Anexo VI;	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Risco de queda aumentado;	- Diminuir o risco de queda; - Prevenir complicações músculo- esqueléticas; - Aumentar a autonomia;	- Avaliar o risco de queda através da escala de Berg; - Avaliar a força e tônus muscular, equilíbrio, coordenação e presença de déficits sensoriais ou cognitivos; - Avaliar e reduzir barreiras arquitetónicas (tapetes soltos, iluminação inadequada e superfícies escorregadias); - Avaliar e ensinar o uso de dispositivos auxiliares de marcha;	<u>24/10/2024</u> - Risco de Queda moderado com Escala de Berg = 38 pontos; - Demonstrou diminuição da força muscular do hemicorpo à direita segundo a Escala de MRC da Força Muscular, sem alterações do hemicorpo à esquerda: - Escala de MRC da Força Muscular Membros Superiores do hemicorpo à direita = 4 pontos; - Escala de MRC da Força Muscular Membros inferiores do hemicorpo à direita = 3 pontos; - Escala de MRC da Força Muscular Membros Superiores do hemicorpo à esquerda = 5 pontos; - Escala de MRC da Força Muscular Membros inferiores do hemicorpo à esquerda = 5 pontos; - Demonstrou diminuição do tônus muscular segundo a

			escala de Ashworth final da amplitude dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral á direita. Sem alterações no tónus muscular em todas as restantes amplitudes do movimento articular (Ashorth=0); -Sem uso de canadiana; - Identificadas várias barreiras arquitetónicas no domicílio: tapetes, brinquedos de criança e roupa no chão. Casa com corredor estreito e objetos de decoração que impedem a passagem. Toma banho em banheira. Foi explicado á pessoa a necessidade de eliminação destas barreiras arquitetónicas e a necessidade de tomar banho na base de duche do quarto da filha, sentada numa cadeira/banco de duche, com tapete antiderrapante. <u>24/10/2024</u> - Demonstrou capacidade para realizar marcha com canadiana no lado são; - Diminuição das barreiras arquitetónicas no domicílio: removeu tapetes, brinquedos de criança arrumados e sem roupa no chão. Corredor sem objetos que impedem a
--	--	--	--

			passagem. Toma banho em base de duche e têm banco de duche e tapete antiderrapante; <u>29/10/2024</u> - Escala de Berg = 44 pontos; mantém dificuldade ao girar 360°; dificuldade em apanhar um objeto do chão a partir da posição ortostática; dificuldade em permanecer em pé sem apoio com um pé á frente. Melhoria nos parâmetros, manter-se em posição ortostática em posição unipodal e posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto em posição ortostática; - Demonstrou capacidade de subir e descer escada com supervisão; - Demonstrou ganho de força muscular dos membros inferiores do hemicorpo á direita segundo a Escala de MRC da Força Muscular para 4 pontos, mantém restante avaliação anterior; - Demosntrou aumento da amplitude articular dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral á direita, apresentando uma Escala de
--	--	--	--

			Ashwort=0, sem alterações no tónus muscular em todas as amplitudes do movimento articulares.
FOCO: AUTOCUIDADO			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Cuidar da higiene pessoal comprometido	- Promover a independência funcional; - Promover o autocuidado; - Maximizar condições habitacionais adaptadas às limitações.	1) Avaliar a capacidade para o autocuidado segundo a escala de Barthel; 2) Avaliar as condições habitacionais da pessoa de maneira a arranjar estratégias que maximizem a autonomia no autocuidado higiene pessoal; 3) Ensinar e promover estratégias de autocuidado de encontro com as limitações da pessoa:	<u>24/10/2024</u> - Demonstrou capacidade para o autocuidado diminuída segundo Escala de Brarthel, score de 85 pontos na primeira avaliação, com alterações no parâmetro banho; - Identificadas condições habitacionais que dificultam o autocuidado higiene pessoal. A Sra M.F toma banho em banheira. Foi explicado á pessoa a necessidade de tomar banho na base de duche do quarto da filha já que a habitação é provida de base de duche, sentada numa cadeira/banco de duche, com tapete antiderrapante. <u>27/10/2024</u> - Diminuição das barreiras arquitetónicas no domicílio, toma

		- Utilizar base de duche; - Tomar banho sentada; - Colocar tapete antiderrapante na base de duche;	banho em base de duche e têm banco de duche e tapete antiderrapante; <u>29/10/2024</u> - Demonstrou capacidade para o autocuidado com um aumento de score para 95 pontos na Escala de Brartheel, É autonoma no banho a sair e entra no duche;
--	--	--	---

QUADRO 5 – Plano de Cuidados

1. CONCLUSÃO

As intervenções realizadas e a sua respetiva avaliação permitiram conceder visibilidade ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à importância da aplicação de um plano enfermagem de reabilitação que oriente a sua ação.

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem de reabilitação inicialmente definidos, foi possível alcançar melhorias significativas na vida da Sra.M.F e promovida a sua autonomia, como era o seu principal objetivo. Após a aplicação do programa de enfermagem de reabilitação proposto, houve uma melhoria na capacidade de deambulação, com um aumento do equilíbrio dinâmico segundo o teste Teste de Romberg e do teste de Teste de Babinski-Weil; uma diminuição do risco de queda associado ao equilíbrio segundo a escala de Berg, assim como a capacidade de subir e descer escada recuperada. Houve também uma melhoria no diagnóstico movimento corporal diminuído, com um ganho de força muscular dos membros inferiores do hemicorpo á direita segundo a escala de MRC- Força Muscular para 4 e um aumento da amplitude articular dos movimentos articulares de flexão, extensão e abdução escapuloumeral á direita.

No diagnóstico cuidar da higiene pessoal comprometido, houve uma melhoria da capacidade para o autocuidado segundo o Índice de Barthel o que torna a Sra.M.F autónoma neste autocuidado.

Estas avaliações, permitem considerar que o plano de Cuidados de enfermagem de reabilitação proposto foi eficaz dentro do espectável, havendo espaço para melhoramento dado o escasso número de sessões de enfermagem de reabilitação realizados.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Branco, T., Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 9789898269096.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional de Saúde para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma N° 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. [acedido a 2 de Janeiro 2025]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Menoita, E. Sousa, L. Alvo I, Vieira C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930783
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6º Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado : conceito central da enfermagem : da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau.
- Wells, C; Huber F. (2009). *Exercícios Terapêuticos Planeamento do Tratamento para Progressão*. Loures. Lusodidata. ISBN: 9789898075116

ANEXOS

Anexo I – Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta):

- Em que ano estamos? R: 2024
- Em que mês estamos? R: Outubro
- Em que dia do mês estamos? R: 22
- Em que dia da semana estamos? R: terça-feira
- Em que estação do ano estamos? R: Outono
- Em que país estamos? R: Portugal
- Em que distrito vive? R: Setúbal
- Em que terra vive? R: Pinhal Novo
- Em que casa estamos? R: Casa da minha filha
- Em que andar estamos? R: rés do chão

Pontuação: 10

2. **Retenção** (1 ponto por cada repetição correta):

- “Vou dizer três que queria que repetisse, mas só depois de eu as dizer todas”;
 - Pera: Repetição correta
 - Gato: Repetição correta
 - Bola: Repetição correta

Pontuação: 3

3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continua a subtrair bem, considera-se as seguintes respostas corretas. Parar ao fim de 5 respostas);

- 30-3? R: 27
- “Subtraia -3 consecutivamente até lhe pedir para parar” R: 27;24;21;18;15

Pontuação: 5

4. **Evocação** (1 Ponto por cada resposta correta).

- “Veja se consegue dizer as três palavras que lhe disse inicialmente para decorar”;
 - Pera; R: Não se lembra
 - Gato; R: Gato
 - Bota; R: Não se lembra

Pontuação: 0

5. **Linguagem** (1 Ponto por cada resposta/ação correta)

- Mostrar objetos e pedir para designar o que são;

- Relógio; R: Relógio
- Caneta; R: Caneta

Pontuação: 2

- Repita a frase “o rato roeu a rolha”; R: Repetição correta

Pontuação: 1

- “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela e com a mão direita, dobre-a ao

meio e ponha em cima da mesa”;

- Pega com a mão direita; R: pega coma mão esquerda
- Dobra ao meio R: Sim
- Coloca em cima da mesa; R: Sim

Pontuação: 2

- “Leia o que está neste cartão e faça o que diz lá” (Mostrar um cartão com uma frase bem visível a dizer feche os olhos.

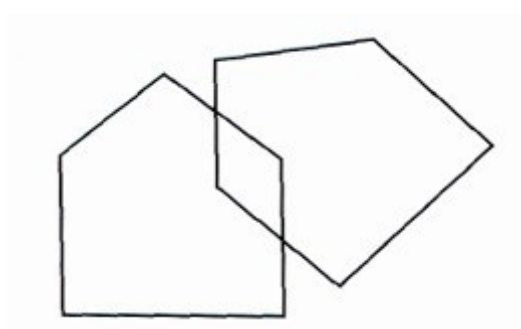
- Cumpriu a ação? R: Sim

Pontuação: 1

- “Escreva uma frase inteira neste papel” (Deve ter sujeito, verbo e fazer sentido); R: O meu nome é M.F

Pontuação: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto por uma cópia correta);



R: Impossível transcrição, mas a cópia não se encontrava igual;

Pontuação: 0

Pontuação Final: 24

Legenda:		
Método	Pontuação	Interpretação
Limite único	< 24	Anormal
Intervalo	< 21 > 25	Possibilidade de demência aumentada. Possibilidade de demência diminuída.
Educação	21 <23 <24	Anormal para o 9º ano de escolaridade. Anormal para o ensino secundário. Anormal para ensino superior.
Severidade	24 – 30 18 – 23 0 -17	Sem comprometimento cognitivo. Comprometimento cognitivo leve. Compromisso cognitivo severo.

Anexo II – Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)

Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)						
Data da Avaliação:			22/10/2024		29/10/2024	
Segmentos		Movimentos	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Membros superiores	Escapulo-umeral	Flexão	4	5	4	5
		Extensão	4	5	4	5
		Adução	4	5	4	5
		Abdução	4	5	4	5
	Cotovelo	Flexão	4	5	4	5
		Extensão	4	5	4	5
	Punho	Flexão	4	5	4	5
		Extensão	4	5	4	5
	Dedos	Flexão	4	5	4	5
		Extensão	4	5	4	5
Membros Inferiores	Coxo-femural	Flexão	3	5	4	5
		Extensão	3	5	4	5
		Adução	3	5	4	5
		Abdução	3	5	4	5
		Rotação Interna	3	5	4	5
		Rotação externa	3	5	4	5
	Joelho	Flexão	3	5	4	5
		Extensão	3	5	4	5
	Tibio-társica	Flexão plantar	3	5	4	5
		Flexão dorsal	3	5	4	5
		Inversão	3	5	4	5
		Eversão	3	5	4	5

Legenda

0- Sem contração muscular e sem movimento

1- Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento

2- Movimenta mas não vence a gravidade

3- Raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência

4- Raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade

5- Movimento normal contra resistência e contra a gravidade

Considera-se os seguintes níveis de dependência:

Sem problema: Força muscular 5/5; **Grau reduzido:** Força muscular 4/5; **Grau moderado:** Força muscular 3/5 e 2/5; **Grau elevado:** Força muscular 1/5; **Grau muito elevado:** Força muscular 0/5.

Anexo III – Escala de Ashworth modificada.

Escala de Ashworth modificada						
Data da Avaliação:			22/10/2024		29/10/2024	
Segmentos		Movimentos	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Membros superiores	Escapulo-umeral	Flexão	1	0	0	0
		Extensão	1	0	0	0
		Adução	0	0	0	0
		Abdução	1	0	0	0
	Cotovelo	Flexão	0	0	0	0
		Extensão	0	0	0	0
	Punho	Flexão	0	0	0	0
		Extensão	0	0	0	0
	Dedos	Flexão	0	0	0	0
		Extensão	0	0	0	0
Membros Inferiores	Coxo-femural	Flexão	0	0	0	0
		Extensão	0	0	0	0
		Adução	0	0	0	0
		Abdução	0	0	0	0
		Rotação Interna	0	0	0	0
		Rotação externa	0	0	0	0
	Joelho	Flexão	0	0	0	0
		Extensão	0	0	0	0
	Tibio-társica	Flexão plantar	0	0	0	0
		Flexão dorsal	0	0	0	0
		Inversão	0	0	0	0
		Eversão	0	0	0	0

Legenda
0- Sem aumento do tónus muscular
1- Leve aumento do tónus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em extensão ou flexão;
1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida da resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante;
2- Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
3- Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil
4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão

Anexo IV- Escala de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm.

As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item #12.

1. SENTADO PARA EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.
 - () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
 - () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
 - () 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
 - () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
 - () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.
 - () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
 - () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
 - () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
 - () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
 - () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência
- Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.
 - () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
 - () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
 - () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
 - () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
 - () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- ☐ 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 controla descida utilizando as mãos
- ☐ 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- ☐ 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- ☐ 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

- INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- ☐ 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- ☐ 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- ☐ 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- ☐ 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- ☐ 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- ☐ 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- ☐ 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- ☐ 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- ☐ 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- ☐ 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- ☐ 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- ☐ 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- ☐ 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- ☐ 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

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

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés
- () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- () 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- () 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- () 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

- INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.
- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão ao virar
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

- INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção
- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- () 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.
- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- () 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- () 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

- INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).
- () 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- () 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos

() 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

- INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar
 - () 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
 - () 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
 - () 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
 - () 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
 - () 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda)

Parâmetro avaliado	Data da avaliação	
	22/01/2024	29/01/2024
1. Sentado para em pé	4	4
2. Em pé sem apoio	4	4
3. Sentado sem apoio	4	4
4. Em pé para sentado	4	4
5. Transferências	4	4
6. Em pé com os olhos fechados	4	4
7. Em pé com os pés juntos	4	4
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	4	4
9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé	0	1
10. Virando-se para olhar para trás	4	4
11. Girar 360 graus	1	2
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	1	2
13. Em pé com um pé em frente ao outro	0	1
14. Em pé apoiado em um dos pés	0	2
PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)	38	44

Legenda:

0 – 20 Pontos	Elevado Risco de Queda
21 – 40 Pontos	Moderado Risco de Queda
41 – 56 pontos	Baixo risco de Queda

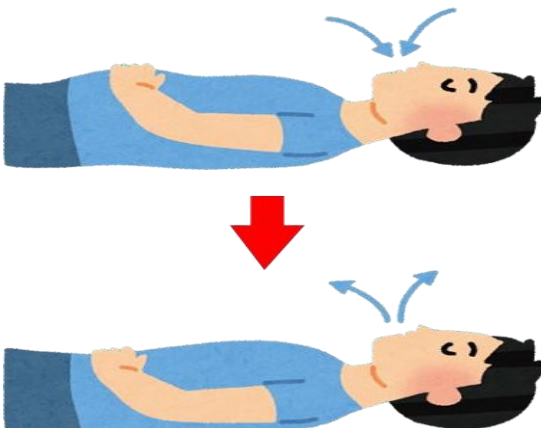
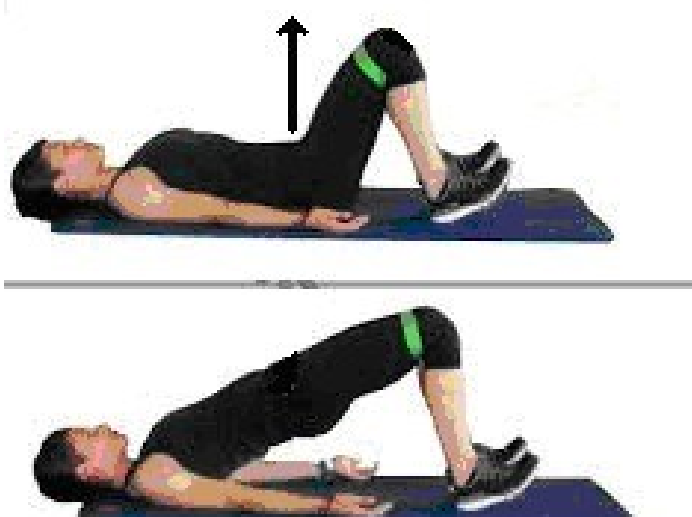
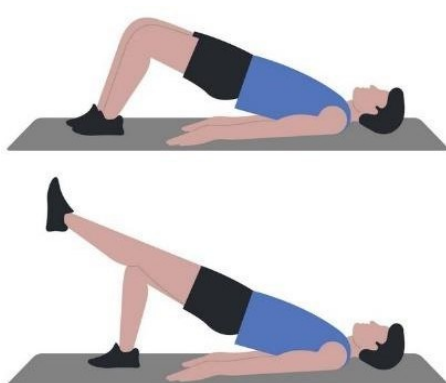
Anexo V – Escala de Barthel

Data da Avaliação		22/10/2024	29/10/2024
Alimentação	10 - Independente 5 - Precisa de Ajuda 0 - Dependente	10	10
Transferência	15 - Independente 10 - Precisa de alguma ajuda 5 - Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 - Dependente, não tem equilíbrio sentado	15	15
Toilete	5 - Independente a lavar a cara, fazer a barba, lavar os dentes 0 - Dependente, necessita de alguma ajuda	5	5
Utilização do WC	10 – Independente 5 – Precisa de ajuda 0 - Dependente	10	10
Banho	5 – Toma banho sozinho (entra e sai do duche) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	0	5
Mobilidade	15 - Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar prótese) 10 - Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda 5 - Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros 0 - Imóvel	10	15
Subir e descer escada	10 – Independente com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de Ajuda 0 - Dependente	5	10
Vestir	10 – Independente 5 – Com ajuda 0 - Impossível	10	10
Controlo intestinal	10 - Contrala perfeitamente, sem incidentes, pode fazer uso de supositório ou similar 5 - Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de clisteres	10	10
Controlo urinário	10 - Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho 5 - Acidente ocasional, máximo uma vez por semana 0 - Incontinente ou algaliado, incapaz de manejar a algalia sozinho	10	10
Total		85	95

Legenda	61-99 – Dependência leve 41-60 – Dependência moderada 21-40 – Dependência severa 0-20 – Dependência total
----------------	--

Anexo VI – Plano Personalizado De Exercícios para Domicílio

A realização dos seguintes exercícios deve ser realizada diariamente, com 8 a 10 repetições para cada exercício. Em caso de cansaço deve descansar sentado e retomar o exercício quando possível.

<u>Deitado</u> Encher o peito de ar pelo nariz e deitar o ar fora pela boca;	
<u>Deitado</u> Elevar a bacia em direção ao teto, mantendo os ombros sempre em contacto com a cama;	
<u>Deitado</u> Com a bacia elevada, esticar e encolher uma das pernas de cada vez;	

Deitado

Colocar um elástico entre as pernas e tentar afastá-lo;



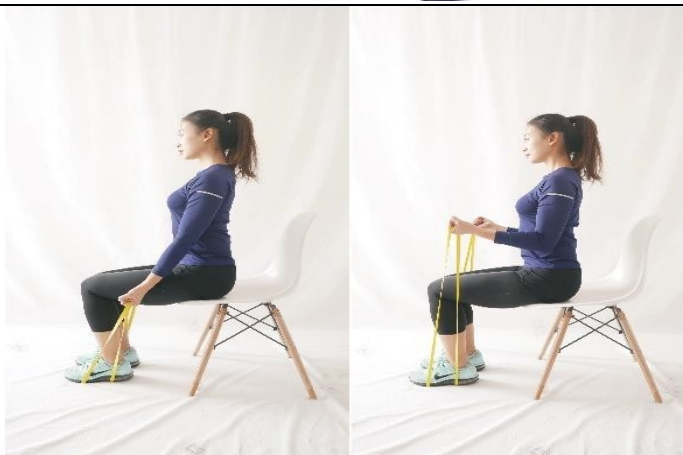
Sentado

Apertar a almofada entre os joelhos



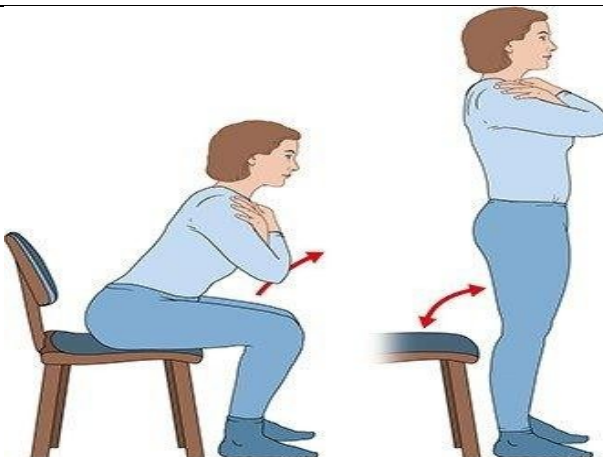
Sentado

Colocar o elástico por baixo dos pés e puxar o elástico (dobrar e esticar os braços com o elástico);



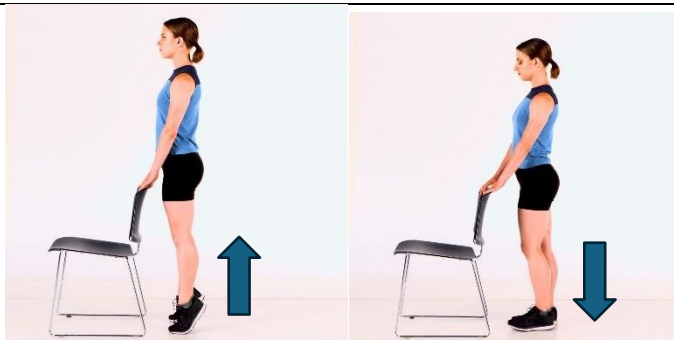
Sentado

Sentar e levantar da cadeira;



Em pé:

Levantar e baixar os
calcanhares;



Em pé:

Levantar um calcanhar
de cada vez;



Em pé:

Afastar a perna;



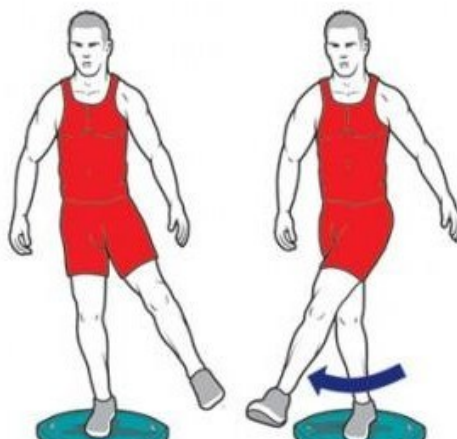
Em pé:

Subir o joelho em
direção ao peito;



Em pé:

Cruzar uma perna sobre a outras alternadamente;



Em pé:

Colocar o pé sobre a caixa, alternadamente;



Em pé:

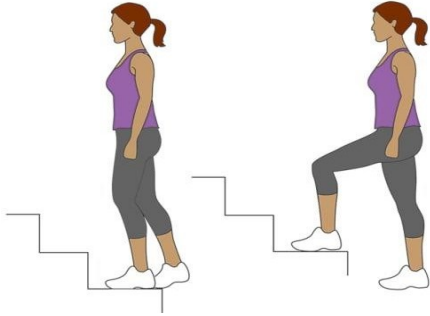
Esfregar o pano no chão;



Em pé:

Rolar a bola em baixo do pé em todos os sentidos (frente, atrás, esquerda, direita);



<u>Em pé:</u> Com os elásticos em baixo dos pés, puxar os elásticos na sua direção com os braços abertos;	
<u>Em pé:</u> Esticar o elástico;	
<u>Em pé:</u> Andar com um pé à frente do outro;	
<u>Em pé:</u> Subir e descer escadas;	

ATENÇÃO: Se sentir algum tipo de mal-estar ou dor deve parar e falar com a enfermeira

**ANEXO 1 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – POSTER INTERVENÇÕES DO
EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC**

CERTIFICADO

Susana Araújo

Participou com a apresentação do seguinte poster: "Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Respiratória da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica", nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



P^o Presidentes da Comissão Científica e Organizadora

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON
GASES

 SOCHÉ MEDICAL

 xandile

 Cenobio

 PAPALETAS

 CAMÉLIAS

 Ox, Netas

 santosevite

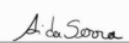
**ANEXO 2 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO - APRESENTAÇÃO ORAL
INTERVENÇÕES DO EEER NA RR DA PESSOA COM DPOC**

CERTIFICADO

Susana Araújo

Participou com a apresentação da seguinte comunicação livre: **"Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Respiratória da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica"**, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.


Presidente da Comissão Científica


Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



**ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO SESSÃO DE
FORMAÇÃO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA**



CERTIFICADO DE AÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL

A Egas Moniz, CRL certifica que Susana Araújo participou na ação de Responsabilidade Social e Ambiental Cuidar da pessoa com demência: Módulo 2: Comunicação e relacionamento, com a duração de 1 dia(s).

Certificado impresso a: 04/07/2025

Powered by Agir
www.myagir.com