



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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Reeducação
Funcional Respiratória no Peri Operatório no Cliente
Neurocirúrgico**

Joana Filipa Rego Medeiros



**Lisboa
2020**

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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Reeducação
Funcional Respiratória no Peri Operatório no Cliente
Neurocirúrgico**

Joana Filipa Rego Medeiros



Orientador: Vanda Marques Pinto

Coorientador: Ricardo Braga



**Lisboa
2020**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ricardo Braga, pela orientação, disponibilidade e compreensão ao longo da realização deste relatório.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de ensino clínico, pela dedicação, disponibilidade, paciência e promoção de momentos de aprendizagem.

À minha companheira de curso Maria João Fernandes, pela amizade, convívio, apoio e companheirismo em todos os momentos bons e menos bons que percorremos ao longo deste percurso.

À minha Família e Amigos pelo apoio, compreensão, dedicação e força motivadora neste processo de formação.

O meu sincero Obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA – American Society of Anesthesiology

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Escala de Comas de Glasgow

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EO - Enfermeiro Orientador

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

mMRC - Modified Medical Research Council Dyspnea Scale

MMSE - Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

MT – Massagem Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEM – Programa de Estimulação Neurosensorial

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reeducação Respiratória

TDAE - Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem

TVM - Traumatismo Vertebro-Medular

RESUMO

As complicações respiratórias pós-operatórias representam um importante risco nos clientes e constituem um relevante impacto negativo nos índices de morbidade, mortalidade, tempo de internamento e no aumento dos custos de saúde. São vários os fatores de risco relacionados com o cliente e com o procedimento cirúrgico que podem contribuir para esta problemática. A intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) em contexto cirúrgico visa reduzir a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório e otimizar o estado funcional do cliente, através da implementação precoce de um programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), com início no pré-operatório e mantida a conduta no pós-operatório.

O presente relatório tem como objetivo descrever as competências de EEER desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos (EC), com enfoque no cliente neurocirúrgico. Deste modo será realizada a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas no decorrer dos EC, segundo os objetivos definidos em projeto, para dar resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao perfil do EEER, delineadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A Neurocirurgia, enquanto especialidade tem vindo a ganhar diferenciação pelos múltiplos avanços técnico e tecnológicos e pelos avanços ao nível do diagnóstico e tratamento cirúrgico, no conhecimento dos mecanismos das patologias do sistema nervoso periférico, central e autónomo, na capacidade de caracterizar e proteger a função do órgão afetado e pelos fatores externos, no progresso socioeconómico e nas expectativas dos clientes. Apesar das complicações respiratórias não serem amplamente estudadas em contexto neurocirúrgico, a evidência científica comprova o benefício da RFR na prevenção e tratamento no perioperatório.

Sendo esta uma área cada vez mais reconhecida, a ação terapêutica deve ser apoiada na prevenção, avaliação e tratamento da função pulmonar com destaque no papel que o EEER assume perante um cliente no perioperatório.

De salientar a importância da intervenção do EEER neste contexto na capacitação do cliente para a participação no processo de reabilitação, através de uma relação de parceria e de confiança, com intuito de maximizar a independência funcional e a readaptação ao contexto social.

Palavras-Chave: Enfermagem; Reabilitação; Neurocirurgia; Perioperatório; Complicações Respiratórias.

ABSTRACT

Post-operative respiratory complications represent an important risk for clients and have a significant negative impact on morbidity rates, mortality, length of internship and increased health costs. Several risk factors related to the client and with the surgical procedure can contribute to this problem. The specialized intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) in a surgical context aims to reduce the incidence of postoperative respiratory complications and optimize the functional status of the client, through the early implementation of a Respiratory Functional Re-education (RFR) program, starting in the preoperative and maintaining this conduct in the postoperative period.

This report aims to describe the EEER abilities developed throughout the Internship (EC), focusing on the neurosurgical client. In this way, the description, analysis and reflection of the activities developed during the internship, according to the objectives defined in the project, will be carried out in order to respond to the development and acquisition of common and specific competencies inherent to the EEER profile, outlined by the Order of Nurses (OE).

Neurosurgery, as a specialty, has been gaining differentiation due to multiple technical and technological advances and also advances in diagnosis and surgical treatment, in the knowledge of the mechanisms of peripheral, central and autonomous nervous system pathologies, with the abilities to characterise and protect the function of the affected organ and external factors, in socioeconomic progress and in customer expectations. Although respiratory complications are not widely studied in a neurosurgical context, the scientific evidence proves the benefit of RFR in perioperative prevention and treatment.

As this is an increasingly recognized area, therapeutic action should be supported in the prevention, evaluation and treatment of lung function with emphasis on the role of the EEER before a client in the perioperative period.

The importance of EEER intervention in this context in empowering the client to participate in the rehabilitation process, through a relationship of partnership and trust, in order to maximise functional independence and readaptation to the social context, should be highlighted.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Neurosurgery; Perioperative; Respiratory Complications.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. O CLIENTE NEUROCIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO	16
1.1. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	19
1.2. Utilização do Quadro de Referência Teórico de Enfermagem.....	22
2. DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS.....	25
2.1. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação enquadrada na dinâmica e organização do serviço.	26
2.2. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório.	31
2.3. Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório.....	38
2.4. Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário.	47
2.5. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.....	52
3. AVALIAÇÃO	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Fatores de Risco para Complicações Respiratórias Pós - Operatórias	
APÊNDICE II – Atividades Não Planeadas	
APÊNDICE III - Projeto de Estágio	
APÊNDICE IV – Estudo de Caso Neurocirurgia	
APÊNDICE V– Jornal de Aprendizagem Neurocirurgia	
APÊNDICE VI – Estudo de Caso ECCI	
APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem ECCI	
APÊNDICE VIII – Formação na ECCI	
APÊNDICE IX – Desdobrável	

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação de Alterações Respiratórias Neurocirurgia

ANEXO II – Certificado de presença na “Formação Avançada em Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares”

ANEXO III - Certificado de presença no “Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019: Fazer Saber em Enfermagem de Reabilitação”

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular estágio com relatório, inserida no 3º semestre do plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge o presente trabalho, sob a forma de relatório de caráter profissional, com enfoque na obtenção de grau de mestre, na vertente de especialização em enfermagem de reabilitação.

A conceção do presente documento surge após a implementação de um projeto de estágio (Apêndice III) com a temática, “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Peri Operatório do Cliente Neurocirúrgico” no 2º semestre, sendo implementado no 3º semestre do curso, durante um período de 18 semanas em dois contextos com duração de nove semanas: o primeiro em contexto hospitalar num serviço de Neurocirurgia e o segundo em contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na Unidade de Cuidados na Comunidade.

A execução deste relatório de estágio procura através do processo de aprendizagem ao longo dos contextos, descrever, analisar e refletir sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER (OE, 2019/a).

A prática reflexiva é essencial durante a fase formativa, pois permite a reflexão sobre a relação entre a teoria e a prática, de modo a compor um conjunto de ações no processo de enfermagem, voltadas para satisfazer as necessidades humanas e proporcionar ganhos para o cliente e família.

Enquanto profissional de saúde, desenvolvo a minha atividade profissional num serviço cirúrgico especializado em cirurgias de cabeça e pescoço, onde são realizadas intervenções cirúrgicas que alteram as estruturas anatómicas das vias aéreas, pelo que apresentam no pós-operatório alterações da função pulmonar, por compromisso da ventilação, acumulação de secreções, insuficiência respiratória, exacerbação de uma doença pulmonar pré-existente, presença de dor resultante da incisão cirúrgica que restringe a inspiração profunda e eficaz e a presença de drenos nos locais de inserção que delimitam a mobilidade do cliente e por sua vez a expansão torácica, sendo fundamental a sua reabilitação.

Esta especialidade de intervenção cirúrgica está presente na minha prática profissional desde que iniciei funções como enfermeira e o interesse pelo cliente

cirúrgico foi o eixo para o desenvolvimento de conhecimentos científicos e práticos na área da especialização em enfermagem de reabilitação, com a convicção de melhorar a minha prática clínica na vertente respiratória.

Portanto a escolha do tema central baseou-se na seleção de uma área de interesse pessoal destacada pela preocupação profissional, afluindo as necessidades identificadas durante a prestação dos cuidados de saúde ao cliente no perioperatório, tendo este evento um impacto relevante na função pulmonar do cliente do ponto de vista clínico, pessoal, psicológico e social. Tendo como perspetiva futura o desenvolvimento de um plano de enfermagem de reabilitação, para promover a componente educacional do perioperatório e contribuir deste modo para melhorar a função pulmonar dos clientes cirúrgicos e diminuir o tempo de internamento. Realçando o facto de a função pulmonar ser considerada, segundo a análise dos documentos Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) e *Core* de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a), uma área prioritária de investigação do EEER.

A seleção do cliente neurocirúrgico pretendeu-se pelo facto de ser um serviço cirúrgico, que compreende cirurgias programadas e com uma diversidade de patologias complexas, nomeadamente acidentes vasculares hemorrágicos por malformações arteriovenosas ou aneurismas, lesões tumorais do sistema nervoso com complicações neurológicas, patologias da coluna vertebral degenerativa, infecciosa, tumoral ou resultantes de traumatismos (Vaz et al., 2017). A alteração da função pulmonar é um elemento presente no procedimento cirúrgico e manifesta-se pelo compromisso da ventilação, levando ao desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório, com necessidade da intervenção do EEER durante todo o período do perioperatório. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Em contrapartida, e enquanto futura EEER é-me indispensável desenvolver competências que visam promover a autonomia e a satisfação do autocuidado do cliente durante o seu internamento. Pelo que tornou-se notório nos dois campos de estágio que os clientes em processo cirúrgico apresentam alterações da função pulmonar manifestada pela alteração da ventilação eficaz e intolerância ao esforço com necessidade da intervenção terapêutica do enfermeiro de reabilitação.

Nos dias de hoje, o aumento da esperança média de vida é constatado como sendo uma vitória, no entanto, conduz a mudanças nas causas da morbilidade e

mortalidade da população, em associação com o aumento da incidência das doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas, contribuindo desta forma para o impacto gradual do número de intervenções cirúrgicas e na gestão da saúde pública. (World Health Organization, 2009)

Esta é uma realidade reconhecida na população portuguesa de uma forma geral, o aumento da esperança média de vida, o aparecimento de doenças degenerativas, bem como o surgimento de doenças neoplásicas, têm contribuído para a procura dos cuidados de saúde cirúrgicos. Perante este prisma, são tomadas medidas específicas em resposta a este aumento de cirurgias. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018)

Em 2018, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2019), foram realizadas 670.455 intervenções cirúrgicas, em linha com o resultado obtido em 2017, e correspondendo a um aumento de mais de 16.000 intervenções cirúrgicas que no ano de 2015, e de 25.000 face ao ano de 2013.

Entre 2011 e 2015, Vaz et al., (2017) afirmam com dados fornecidos pelo Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento, que foram realizadas 13.309 cirurgias do foro neurocirúrgico, correspondendo a 9.978 cirurgias eletivas, incluindo as cirurgias de ambatório, e 3.331 cirurgias de carácter urgente. Este valor traduz num aumento de 18,9% do número de intervenções neurocirúrgicas a nível nacional. (Vaz et al., 2017)

O número de cirurgias tem vindo a aumentar ao longo dos tempos e deste modo acresce a importância dos cuidados cirúrgicos, uma vez que são incumbidos pelas complicações cirúrgicas sendo uma das causas principais pela mortalidade e morbilidade do indivíduo. (World Health Organization, 2009)

De acordo com a mesma fonte (World Health Organization, 2009), as taxas de mortalidade e de complicações pós-operatórias tornam-se difíceis de comparar devido à grande diversidade de casos diversos nos países industrializados, apresentando uma taxa de ocorrência de complicações maior de 3-22% dos procedimentos cirúrgicos em contexto de internamento e de 0,4-0,8% de taxa de mortalidade. O mesmo estudo, afirma que cerca de 3-16% corresponde a eventos adversos no perioperatório, e 0,5% corresponde à mortalidade global, que reverte em 7 milhões de clientes cirúrgicos que terão complicações significativas por ano, tendo em conta que 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia, sendo que metade destes eventos adversos são evitáveis. (World Health Organization, 2009)

Em Portugal não é conhecida nenhuma estatística para o estudo de dados sobre a morbilidade e mortalidade operatória ou de complicações específicas que estejam associadas aos atos cirúrgicos. (INE, 2018)

Em virtude da revisão da literatura já realizada, compreendi que as complicações pós-operatórias são estabelecidas como a segunda doença inesperada, após o procedimento cirúrgico ou através da exacerbação de uma doença pré-existente, mas são as complicações respiratórias as mais comuns e constituem a relevante causa de morbi-mortalidade perioperatória. (Degani-Costa, Faresin & Reis Falcão, 2012; Neto, Thomson & Cardoso, 2005)

As complicações respiratórias pós-operatórias estão relacionadas com a alteração da função pulmonar, sendo as mais frequentes a atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória e a exacerbação de uma doença pulmonar crónica subjacente (Silva et al., 2009), que surgem até trinta dias após o procedimento cirúrgico podendo ser de leve a moderada e ocasionalmente grave. (Degani-Costa, Faresin & Reis Falcão, 2012)

A descrição da taxa de incidência e prevalência das complicações respiratórias no pós-operatório não estão concretamente documentadas, no entanto, sabe-se que a percentagem varia consoante o procedimento cirúrgico. (Qaseem et al., 2006)

Duarte & Machado (2016) afirmam que a taxa de incidência de complicações respiratórias no pós-operatório varia de 2 a 40% nos indivíduos submetidos a cirurgias cardiotorácicas e não cardiotorácicas, consoante o contexto. A taxa de mortalidade associada às complicações respiratórias varia, podendo atingir os 48% de acordo com o contexto, sendo: torácica, abdominal superior ou cirurgia periférica.

De acordo com Qaseem et al., (2006) os procedimentos cirúrgicos com maior taxa de complicações respiratórias no pós-operatório são: reparo do aneurisma da aorta, cirurgia torácica, cirurgia abdominal, cirurgia do abdómen superior, neurocirurgia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia prolongada, cirurgia de emergência e cirurgia vascular.

Embora a neurocirurgia seja uma especialidade que tem vindo a evoluir tanto ao nível técnico e tecnológico como do ponto de vista do diagnóstico e terapêutico, existe um número reduzido de estudos que documentam sobre as complicações respiratórias no pós-operatório no cliente neurocirúrgico. (Vaz et al., 2017; Guleria & Mandan, 2012)

De acordo com Guleria & Madan (2012), as complicações respiratórias são responsáveis pela morbidade e mortalidade dos clientes neurocirúrgicos, tendo em conta que existem várias alterações fisiológicas específicas da cirurgia que contribuem para o seu desenvolvimento. Segundo um estudo realizado por Sogame et al, (2008), as alterações específicas da neurocirurgia que contribuem para o desenvolvimento das complicações respiratórias, foram a localização anatômica, a diminuição do nível de consciência, a duração da cirurgia prolongada, a necessidade de ventilação mecânica superior a 48 horas, o internamento numa Unidade de Intensivos e a presença de uma doença pulmonar prévia.

O tratamento cirúrgico é parte integrante dos cuidados de saúde e traduz num acontecimento crítico e de uma realidade abruptamente imposta. Deste modo os clientes cirúrgicos são sujeitos a grandes transformações durante o período perioperatório, quer ao nível físico como ao nível psíquico, transpondo num impacto direto no estado funcional, na capacidade da satisfação das necessidades do autocuidado, no risco de ocorrência de complicações cirúrgicas e nas implicações para a qualidade de vida. (Tenani & Pinto, 2007)

Tendo em conta que o autocuidado é essencial na vida de qualquer indivíduo, e a sua dependência seja ela de instalação gradual ou súbita, como surge perante uma intervenção cirúrgica, deve ser vista como uma questão importante e merecedora da atenção dos enfermeiros. Nesse sentido, e perante um cenário cirúrgico, as intervenções especializadas do EEER ao cliente cirúrgico são de extrema importância, uma vez que promovem diagnósticos precoces e ações preventivas, com o intuito de assegurar e manter as capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e minimizar o impacto das incapacidades ao nível das funções neurológicas, respiratórias e outras deficiências. (OE, 2019a)

A intervenção do EEER é fundamental na redução do risco de complicações respiratórias no perioperatório, podendo ser iniciada antes da cirurgia e mantendo-se durante toda a intervenção hospitalar, com o intuito de minimizar os sintomas respiratórios e maximizar a função pulmonar. (Dronkers, Veldman, Hoberg, Waal & Meeteren, 2008)

O perioperatório pressupõe num processo dividido em três etapas, sendo estas: o pré-operatório que inicia com a indicação da intervenção cirúrgica até o transporte do cliente para a mesa de cirurgia; o intra-operatório que contempla a cirurgia e termina com a entrada do cliente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; e por

último o pós-operatório que vai desde a assistência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica até aos cuidados na enfermaria ou no domicílio. (Smeltzer & Bare, 2009)

O EEER perante um cliente em processo cirúrgico tem um papel crucial na prevenção das complicações respiratórias, deste modo a sua atuação incide na correção de alterações posturais e defeitos ventilatórios, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, reeducar o cliente no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

O cliente com alterações do foro respiratório sofre repercussões significativas na sua autonomia que comprometem a realização do autocuidado e a qualidade de vida. Neste prisma, o EEER tem um papel basilar no envolvimento e na intervenção do cliente cirúrgico no sentido de melhorar a sua autonomia e independência funcional. Deste modo é da competência do EEER dar resposta aos problemas e limitações resultantes das doenças respiratórias aos clientes, seja numa situação aguda ou crónica e em contexto hospitalar ou comunitário. (OE, 2018)

Por este ângulo, toda a prática clínica deve ser portadora de uma base teórica, que suporte as intervenções realizadas e aponte um sentido ao que é feito no dia a dia. A teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), constitui deste modo um forte suporte de fundamentação para a presente intervenção especializada.

Segundo Orem (2001), o autocuidado é definido como um conceito universal, que representa a capacidade do indivíduo para a concretização das suas atividades de autocuidado, com o propósito de manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem estar. No entanto, pode o indivíduo obter benefício com os cuidados de enfermagem especializados quando apresenta incapacidades na sua autonomia.

De acordo com a teoria do autocuidado o EEER é capaz de conceder uma adequada prestação de cuidados individualizados colmatando os défices no autocuidado do cliente através dos seus conhecimentos. (Orem, 2001)

Pretende-se deste modo com o presente relatório descrever o percurso crescente desenvolvido, desde o aprofundamento do conhecimento até à intervenção precoce e individualizada de forma a enfatizar a importância do EEER no perioperatório do cliente neurocirúrgico, como produto da aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEER, competências comuns do enfermeiro especialista no percurso do EC, em complemento das competências do grau de mestrado.

Durante a redação do projeto perspectivou-se desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação do cliente neurocirúrgico no sentido de alcançar como objetivos gerais: Desenvolver competências de EEER na RFR no perioperatório no cliente neurocirúrgico; e Desenvolver competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade, ao qual estão associados os seguintes objetivos específicos: Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação enquadrada na dinâmica e organização do serviço; Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório; Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório; Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário; Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

Assim sendo, o presente documento está estruturado em quatro partes:

- Numa primeira parte, será apresentada a justificação da problemática sustentada pelo enquadramento teórico e concetual, assente na revisão da literatura realizada.
- Numa segunda parte, remete para a análise e reflexão das atividades desenvolvidas em ambos os contextos clínicos, aos quais dão resposta aos objetivos pré-definidos e justificam a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, durante todo o processo de aprendizagem.
- Numa terceira parte, a avaliação onde será evidenciado o contributo do EEER na melhoria da qualidade dos cuidados, através dos resultados mais relevantes obtidos em contexto clínico.
- Numa quarta parte, serão apresentadas as considerações finais que contém algumas conclusões e perspetivas futuras.

Deste modo a complementar o trabalho, os apêndices e anexos relatam documentos que ilustram os cuidados ao cliente, bem como os trabalhos concebidos numa prática que espelha o processo de aprendizagem durante o EC.

A elaboração do relatório de estágio será baseada nos regulamentos da ESEL, nas diretrizes específicas do mestrado, nos descritores de Dublin, e nas normas de referência bibliográfica do estilo American Psychological Association 6º edição.

1. O CLIENTE NEUROCIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO

O procedimento neurocirúrgico repercute no cliente alterações ao nível do sistema nervoso central, periférico e autónomo, pelo que a monitorização de todo o processo cirúrgico requer atenção por parte dos enfermeiros. (Vaz et al., 2017)

Para a comunidade científica, a realização de uma cirurgia traduz uma ameaça para a integridade do corpo do indivíduo que vai ser submetido à intervenção cirúrgica. Não descorando, que cada indivíduo vive a cirurgia como uma experiência única e onde estão inerentes fatores psicossociais e fisiológicos subjacentes à sua sobrevivência. (Lopes, 2011)

O contexto cirúrgico envolve uma circunstância de risco de desenvolver eventos adversos que impossibilitam ou retardam o processo de recuperação, podendo deste modo acentuar o estado de saúde do indivíduo. Esse risco abrange um conjunto de complicações que pode variar entre uma pequena perturbação, uma disfunção permanente, ou até mesmo a morte, que abarcam no aumento da morbilidade, mortalidade e dias de internamento. (Tennant et al., 2012)

A eventualidade de anormalidades, doenças ou disfunções significativas, relacionadas com a função pulmonar, alteram de certo modo negativamente o curso clínico do cliente no procedimento cirúrgico, clarificando a definição de complicação respiratória pós-operatória. (Overend et al., 2001)

Apesar das complicações respiratórias não serem amplamente estudadas no contexto neurocirúrgico, existem evidências científicas que apoiam a neurocirurgia como um fator de risco para o surgimento de complicações respiratórias pós-operatórias. (Guleria & Madan, 2012)

As alterações fisiológicas que ocorrem no pós-operatório da neurocirurgia, favorecem a manifestação das complicações respiratórias e este resultado consequentemente origina o aumento da duração de internamento na enfermaria ou unidade. Sendo as complicações respiratórias consideradas umas das principais causas de morbilidade e mortalidade nos clientes neurocirúrgicos. (Guleria & Madan, 2012)

Os mecanismos fisiopatológicos são os que estão inerentes ao desenvolvimento de complicações respiratórias, no entanto, existem vários fatores de risco que determinam este resultado (Apêndice I). Segundo Qaseem et al., (2006) e Isaías, Sousa & Dias, (2012), os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de complicações respiratórias no perioperatório são fatores

relacionados com o cliente nomeadamente: idade, doença pulmonar crónica, hábitos tabágicos, insuficiência cardíaca congestiva, Score na Classificação American Society of Anesthesiology (ASA), obesidade, dependência funcional/capacidade de exercício e desnutrição; a alteração do nível de consciência, os achados anormais no exame torácico, hábitos alcoólicos, diabetes e infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, estão associados a riscos de complicações respiratórias pós-operatórias embora ainda exista fraca evidência científica que suporta o risco. Os fatores de risco relacionados com o procedimento cirúrgicos são especificamente: o local cirúrgico, a duração da cirurgia, a técnica anestésica, realização de uma cirurgia de emergência e a dor. (Qaseem et al., 2006; Isaías, Sousa & Dias, 2012)

As complicações respiratórias mais frequentes, sendo as mais estudadas em cirurgias torácicas e abdominais, incluem a atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória, exacerbação de uma doença pulmonar crónica subjacente, derrame pleural e hipoxémia. (Silva et al., 2009; Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Contudo as complicações respiratórias no cliente neurocirúrgico são similares ao cliente cirúrgico, porém algumas são predominantemente recorrentes no cliente neurocirúrgico como a atelectasia pós-operatória, pneumonia, insuficiência respiratória, embolia pulmonar e o edema pulmonar neurogénico. (Guleria & Madan, 2012)

Efetivamente o desenvolvimento de complicações respiratórias pós-operatórias pode estar relacionado em muitas situações a uma consequência do estado neurológico menos satisfatório. Não obstante, e de acordo com Guleria & Madan (2012), existem fatores que contribuem para a patogénese das complicações respiratórias nos clientes neurocirúrgicos, sendo estas:

- Depressão respiratória, definida pela incapacidade para proporcionar oxigénio suficiente às células do organismo e na remoção do excesso de dióxido de carbono. Pode ser classificada ao nível central por uma lesão cerebral traumática, doença do sistema nervoso central ou pelo uso de sedativos; e ao nível periférico, na presença de uma doença muscular ou pelo bloqueio neuromuscular. (Guleria & Madan, 2012)
- Lesão medular, leva ao comprometimento respiratório e as suas manifestações clínicas variam de acordo com a localização do nível da lesão. Os músculos respiratórios responsáveis pela inspiração são: diafragma sendo o músculo mais importante da inspiração e responsável por 80% do trabalho respiratório,

encontrando-se enervado pelo nervo frénico (C3, C4 e C5); os músculos acessórios da inspiração, que encontram-se enervados da C1 a C3 e atuam na inspiração forçada; e os músculos intercostais externos responsáveis pelo aumento do diâmetro torácico, com enervação nos nervos intercostais (D1 a D11). Os músculos respiratórios que compõem a expiração são: músculos intercostais internos que diminuem o diâmetro torácico na expiração forçada com enervação na D1 a D11; e os músculos abdominais, com enervação na D6 a L1, são responsáveis pelo mecanismo da tosse e por comprimir o conteúdo abdominal, empurrando para cima o diafragma. Desta forma, uma lesão medular ao nível da C1 e C3, requer suporte ventilatório e assistência nas limpezas das vias aéreas pela ausência de ciclos respiratórios adequados à sobrevivência. Ao nível da C4 apresenta respiração paradoxal, havendo por vezes a necessidade de suporte ventilatório e sem tosse eficaz. Na lesão entre a C5 e C7, existe uma maior capacidade ventilatória pelo uso do diafragma e alguma capacidade para a tosse pelo grande peitoral, ocorrendo ainda respiração paroxística. Uma lesão entre a D1 e D5 apresenta capacidade para uma ventilação independente e com alguma eficácia na tosse. Na lesão da D6 a D12, existe uma progressiva melhoria na eficácia da tosse pela gradual enervação dos músculos abdominais. A lesão medular abaixo da D12, não interfere de forma significativa na ventilação e tosse. (Atrice et al., 2009)

- Hiperventilação em clientes com pressão intracraniana elevada leva à hipocapnia e alcalose respiratória e pode levar ao agravamento da hipoxémia. (Guleria & Madan, 2012)
- Edema pulmonar neurogénico relacionado com situações de lesão do sistema nervoso central com ou sem o aumento da pressão intracraniana, que origina alterações que levam ao aumento da pressão hidrostática pulmonar ou o aumento da permeabilidade capilar pulmonar. O cliente pode apresentar comprometimento da perfusão, taquicardia, dispneia, taquipneia, dessaturação de oxigénio, hipertensão grave com aumento da pressão capilar pulmonar transitório e hipotensão. Quando existe a compressão do tronco cerebral observa-se bradicardia e hipertensão que pode evoluir para a morte. (Ridenti, 2012)
- Consciência comprometida leva ao mecanismo de deglutição anormal, esvaziamento gástrico retardado, reflexos de vômito deprimidos e motilidade gastrointestinal reduzida, que aumentam o risco de aspiração. (Guleria & Madan, 2012)

- Entubação nasotraqueal ou orotraqueal predispõe os clientes à colonização bacteriana e pneumonia nosocomial. (Guleria & Madan, 2012)
- Lesões traumáticas de origem neurotraumática causam lesões significativas nas vias aéreas do cliente, como roturas traqueobrônquicas, fístula traqueoesofágica traumática ou rotura diafragmática. (Guleria & Madan, 2012)
- Lesões associadas às vias aéreas superiores predispõem a obstrução das vias aéreas superiores causando comprometimento da ventilação eficaz, como edema da língua, tecido orofaríngeo traumatizado, traumatismo dentário, secreções orais, broncospasmo e sangramento oral. (Guleria & Madan, 2012)
- Imobilidade prolongada predispõe o aumento do risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)
- Desnutrição leva a uma produção de anticorpos insuficiente com maior predisposição para uma infecção respiratória e fraqueza neuromuscular. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Torna-se importante uma avaliação e intervenção precoce de um programa de RFR que visa reduzir o risco de complicações respiratórias pelo que deve ser iniciado no pré-operatório, estendendo-se a conduta até ao pós-operatório. (OE, 2018)

1.1. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER com base nos problemas reais ou potenciais dos clientes “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados”. (OE, 2019a, pp. 13565)

A intervenção individualizada do enfermeiro de reabilitação emerge do nível de conhecimento e experiência acrescida que lhe permite tomar como foco a manutenção e promoção do bem estar e qualidade de vida do cliente, a recuperação e funcionalidade das capacidades do cliente através da promoção do autocuidado, prevenção de complicações e a maximização das mesmas, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (OE, 2015b).

Isaías, Sousa & Dias (2012), afirmam que os profissionais de saúde têm um papel fundamental nos clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica no período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, aquando da presença das

complicações respiratórias responsáveis pela morbidade, mortalidade e tempo de permanência hospitalar.

O papel do enfermeiro de reabilitação no perioperatório é dividido em dois tempos essenciais: o pré-operatório onde são efetuados ensinamentos ao cliente no sentido de tranquilizar medos e receios relacionados com o procedimento cirúrgico e explicar e treinar os exercícios respiratórios para melhorar a ventilação pulmonar no pós-operatório; e a fase pós-operatória onde enfermeiro de reabilitação dá continuidade ao programa de RFR de modo a manter uma ventilação adequada e a evitar complicações. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

A preparação do cliente para a cirurgia é tão importante quanto a cirurgia que irá realizar, e o êxito da RFR depende da existência de um treino pré-operatório, com o intuito de consciencializar o cliente para obter uma melhor colaboração e aprendizagem e treiná-lo nos exercícios e atitudes que deverá adotar no pós-operatório. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Segundo American Thoracic Society e a European Respiratory Society (2013) delineiam o conceito Reabilitação Respiratória (RR) como uma

intervenção global tendo por base uma avaliação minuciosa do doente e a prescrição de terapias adaptadas, que incluem, mas não estão limitadas, ao exercício, à educação e mudança de comportamentos, projectada para melhorar a condição física e psicológica das pessoas com doença respiratória e promover adesão a longo prazo de comportamentos saudáveis. (American Thoracic Society/European Respiratory Society, 2013, pp.e16).

A RFR no cliente cirúrgico, para Heitor et al., (1988), passa por prevenir e corrigir as complicações da função pulmonar, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório, de modo a permitir a recuperação funcional.

O enfermeiro tem como principal objetivo no pré-operatório ensinar o cliente a promover a ventilação pulmonar e a oxigenação do sangue, para tal realiza o ensino da técnica de descanso e relaxamento de modo a reduzir a tensão psíquica e muscular - diminuindo a sobrecarga muscular; ensino da consciencialização dos tempos respiratórios – tomar consciência da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; ensino do controlo da respiração – adotar um ritmo, amplitude e frequência, obtendo a ventilação alveolar eficaz com menos gasto de energia; ensino da respiração abdominodiafragmática – favorecer a expansão dos lobos pulmonares da base, sujeitos a atelectasias e infeções; ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica – manter permeabilidade das vias aéreas e diminuir a dor no local da incisão

no reflexo da tosse; ensino na mudança de posição e movimentação ativa do corpo – prevenir a estase venosa e contribuir para a eficácia das trocas gasosas; ensino sobre a correção postural – consciencializar o cliente da postura corporal correta a adotar no pós-operatório. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Os cuidados de enfermagem de reabilitação no pós-operatório tem como propósito manter uma ventilação adequada, remover secreções pulmonares, promover a reexpansão dos lobos pulmonares, auxiliar no posicionamento e na mobilidade na cama, levantar e marcha, prevenir posturas viciosas pela presença de feridas cirúrgicas e dor e manter a amplitude de movimentos com controlo sintomático. Assim sendo, o enfermeiro de reabilitação deve realizar uma avaliação ao cliente no pós-operatório imediato e iniciar o programa de reabilitação de acordo com a situação particular e tolerância. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Deste modo o EEER deve incentivar o cliente a executar os exercícios apreendidos no pré-operatório e acrescentar exercícios que permitem reduzir a tensão psíquica e a sobrecarga muscular – posição de conforto e relaxamento, consciencialização e controlo dos tempos respiratórios; assegurar a permeabilidade das vias aéreas - drenagem postural modificada, tosse dirigida, tosse assistida, manobras acessórias, Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias; prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar ventilação alveolar – consciencialização e controlo da respiração, reeducação diafragmática, reeducação da hemicúpula, reeducação costal global ou seletiva, exercícios de expansão torácica, treino dos músculos respiratórios, pressão positiva contínua das vias aéreas, pressão positiva expiratória, exercícios de inspirações profundas; corrigir os defeitos posturais – técnicas de correção postural e mobilização da cintura escapular; reeducar o cliente no esforço – controlo da respiração no esforço (levantar precoce, marcha, subida de escadas e utilização de bola terapêutica). (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Num estudo, implementado no serviço de cuidados intensivos da neurocirurgia, foram realizados três estudos de caso, de modo a verificar a eficácia da intervenção do EEER no tratamento da atelectasia pós-operatória no cliente neurocirúrgico. A RR realizada consistiu: drenagem postural bilateral modificada com associação de manobras acessórias (vibrações, percussões e compressões) com maior incidência no hemitórax afetado; insuflações com prévia fluidificação com soro fisiológico; abertura costal em sincronia com ciclos respiratórios (inspiratório e expiratório); e posicionamento em decúbito lateral para o hemitórax menos afetado. Os estudos de

caso comprovaram a eficácia da RR na resolução imediata da atelectasia pulmonar, do mesmo modo que não foi necessário a utilização de técnicas invasivas, como broncofibroscopia, com riscos associados, desconforto para o cliente e custos de saúde filiados à instituição. (Rodrigues, Varanda & Almeida da Costa, 2012)

Katsura et al., (2015) tinham como objetivo avaliar a eficácia do treino muscular inspiratório no pré-operatório para complicações respiratórias no pós-operatório em adultos submetidos a cirurgia abdominal de grande porte e cardíaca. Concluíram que existe evidência no treino da musculatura inspiratório no pré-operatório na redução de atelectasias e pneumonias no pós-operatório, bem como na diminuição do tempo de internamento.

Lawrence, Cornell & Smetana (2006) afirmam, segundo um estudo sobre estratégias que permitem reduzir complicações respiratórias no período pós-operatório em cirurgias não cardiorácicas, que as técnicas como espirômetro de incentivo, as inspirações profundas e a pressão positiva contínua contribuem para a redução do risco de complicações respiratórias no pós-operatório.

As complicações respiratórias devem ser consideradas pelo EEER uma questão relevante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, de modo que devem ser avaliadas e monitorizadas as intervenções individualizadas para garantir a prevenção e tratamento da função pulmonar do cliente cirúrgico. (OE, 2018)

Com o número acrescido de cirurgias e com a evolução do avanço científico, o êxito dependerá da minimização das situações adversas ocorridas durante o internamento e da redução do impacto das mesmas, a partir da implementação de um plano de intervenção que envolva a preparação do pré-operatório e a assistência do pós-operatório.

1.2. Utilização do Quadro de Referência Teórico de Enfermagem

A conceptualização do autocuidado foi desenvolvida entre 1959 e 1985 por Dorothea Orem descrita como uma “função humana reguladora”, na qual estudou o porquê dos indivíduos necessitarem dos cuidados de enfermagem, tendo desenvolvido a Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem (TDAE). (Orem, 2001, pp.45).

A TDAE engloba três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que traduz o conceito de autocuidado e descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz

as necessidades do autocuidado no indivíduo: Teoria do Autocuidado - explica a razão e porquê dos indivíduos cuidarem de si próprios; Teoria do Défice de Autocuidado - descreve e explica a razão pela qual os indivíduos podem ser ajudados através da enfermagem, ou seja, quando a exigência da necessidade é superior à capacidade de realização do indivíduo; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem - descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para o cuidar em enfermagem, divididas em três sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação. (Orem, 2001)

O autocuidado pressupõe a capacidade do indivíduo realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) para manter a sua vida, saúde e bem estar, incluindo todos os aspetos vivenciais. (Orem, 2001)

Orem (2001), identificou três requisitos que devem ser conseguidos a partir das ações do autocuidado e que são realizados pelo cliente/cuidador ao longo do ciclo vital, de modo a manter a vida e a conservar o seu bem estar: requisitos universais - comuns a todos os indivíduos, relacionados com a manutenção da integridade, estrutura e funcionamento humano; requisitos de desenvolvimento - viabilizam os processos de vida e que precautelam as circunstâncias perniciosas que possam ocorrer; e requisitos de desvio de saúde - determinam as necessidades de cuidado que os indivíduos sentem quando vivem o processo de doença.

Orem (2001), alega que a capacidade do indivíduo em envolver-se na ação do autocuidado abrange diferentes domínios, designadamente: o domínio cognitivo (habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação do autocuidado, o conhecimento da condição de saúde), físico (capacidade física para realizar a ação do autocuidado), emocional ou psicossocial (a atitude, os valores, o desejo, a motivação e a perceção de competência para a realização do autocuidado) e do comportamento (habilidades para desempenhar os comportamentos do autocuidado, ou seja, se são iniciadas e desempenhadas pelo indivíduo nos prazos adequados e no benefício para a manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem estar).

Por conseguinte, o indivíduo com impacto no autocuidado evidencia-se como ponto fulcral no processo de enfermagem do enfermeiro de reabilitação, no plano de cuidados centrado na maximização da independência e melhoria da autonomia para a realização das atividades do autocuidado em todos os domínios, descritos pela autora.

Empregando o conceito de Orem, perante um cliente em contexto de cuidados cirúrgico, o enfermeiro de reabilitação deve realizar uma avaliação funcional do cliente. No caso de o cliente apresentar uma alteração ao nível dos requisitos universais, como por exemplo, na manutenção de quantidade suficiente de ar, esta alteração irá repercutir nos outros domínios e nos diferentes requisitos universais, tendo em conta toda a sua conexão. Perante a avaliação da necessidade do cliente, o enfermeiro de reabilitação determina a atitude terapêutica. Nas situações em que o cliente apresenta défice do autocuidado, isto é, apresenta as necessidades superiores à sua capacidade de desenvolvimento, a função do enfermeiro de reabilitação será compensar as limitações do cliente adequando os métodos de auxílio e suporte físico e psicológico.

Para tal, Orem (2001), identifica cinco métodos de ajuda, nomeadamente: agir ou fazer pelo cliente; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Neste seguimento, e perante a avaliação respiratória do cliente o enfermeiro de reabilitação deve introduzir a fase interventiva e implementar um plano individualizado, baseado nas necessidades de autocuidado do cliente e nas capacidades para o desempenho das atividades, adotando as medidas de totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educativo.

A família deve ser incluída no processo de recuperação com o intuito de poder dar seguimento à reabilitação após o momento da alta. De acordo com a teoria do défice de autocuidado, o papel do agente terapêutico pode ser realizado pelo enfermeiro ou pelo cuidador informal. Desta forma, é importante orientar, estimular, assistir, promover e facilitar o cliente e a família/cuidador na aprendizagem de estratégias que irão ajudar como agente de autocuidado. (Orem, 2001)

Em suma, este modelo conceptual permite-me conhecer e compreender o cliente neurocirúrgico no perioperatório de modo a planear a minha ação, de acordo com os défices do autocuidado que o cliente apresenta, implementar um plano de cuidados de enfermagem individualizado com base no sistema de enfermagem mais favorável à resposta das suas necessidades, indo em conformidade com as competências específicas do EEER e na aplicabilidade dos padrões para a obtenção de ganhos em saúde.

2. DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS

O capítulo que se segue detalha as experiências vividas ao longo da prática clínica, de forma a analisar e a refletir criteriosamente sobre a minha prestação de cuidados especializados de reabilitação. Desta forma, surge espelhada a aquisição e a consolidação das competências comuns e específicas do EEER no cuidar do cliente, atendendo às necessidades do autocuidado identificadas.

A temática escolhida, delineada na redação do projeto de estágio, tem como intuito dar resposta ao desenvolvimento de competências do EEER. Nesta foram estabelecidos objetivos gerais e específicos de estágio, assim como descritas as atividades a desenvolver com os respetivos critérios de avaliação que contribuíram para a orientação do meu processo de desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e relacionais a empregar nos contextos de EC.

De acordo com as experiências vividas e as exigências surgidas foram realizadas atividades que não foram planeadas, contudo tiveram grande contributo para o desenvolvimento de competências do EEER (Apêndice II).

Nos subcapítulos seguintes serão descritas as atividades realizadas ao longo dos EC, a partir das oportunidades surgidas no domínio do cuidar em reabilitação, que permitiram dar resposta ao desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências de acordo com a temática escolhida na área de enfermagem de reabilitação. A descrição das atividades desenvolvidas serão mencionadas ao longo da redação de acordo com a organização dos objetivos anteriormente definidos e referidas as competências desenvolvidas em contexto de EC reportadas pelos descritores de Dublin, de acordo com o segundo ciclo de estudos académicos, que incluem competências ao nível do conhecimento e da capacidade de compreensão, da aplicação de conhecimentos e resolução de problemas em situações desconhecidas, na realização de julgamento e tomada de decisões em questões complexas, na comunicação ambígua das conclusões perante a reflexão e na capacidade de aprender autonomamente e auto-orientado. (Joint Quality Initiative Group, 2000)

A teoria de Dorothea Orem foi o modelo teórico que sustentou a minha prática clínica, pois enquadrou-se nos contextos de EC na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo sido vantajosa quer na aquisição e desenvolvimento das competências do EEER, quer na orientação do meu pensamento crítico e reflexivo ao longo dos EC.

2.1. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação enquadrada na dinâmica e organização do serviço

Para o desenvolvimento de competências nas várias dimensões do cuidar em reabilitação, a integração profissional nos contextos de estágio revela-se um conceito fulcral na medida em que fornece a resposta favorável para os objetivos preconizados.

O primeiro desafio que encontrei em cada EC foi precisamente o envolvimento no seio da equipa multidisciplinar. Frederico & Leitão (1999) revela ser um momento de grande importância na medida em que as atitudes do recém-admitido serão influenciadas pela primeira impressão com a instituição. O envolvimento no seio da equipa multidisciplinar foi um processo gradual no decorrer do EC, que permitiu compreender e consolidar o papel do EEER como agente dinamizador na contribuição para a prestação de cuidados de saúde especializados, na melhoria da qualidade de vida e concomitantemente na satisfação do cliente. Desta forma, integrei-me responsabilmente no seio da equipa multidisciplinar, no sentido de perceber a articulação do EEER com a restante equipa nos diferentes contextos.

No contexto hospitalar, no serviço neurocirúrgico, deparei-me com o elevado índice de dependência no autocuidado e um tempo de internamento curto. Por conseguinte, grande parte dos clientes recuperam da sua nova situação clínica no domicílio com a ajuda da sua família/cuidador e/ou colaboração das Unidades da Comunidade ou instituições que asseguram a continuidade dos cuidados de saúde.

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais que o cliente apresenta. O conhecimento acrescido e a experiência adquirida permitem ao EEER tomar decisões direcionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de complicações e maximizar o potencial do cliente (OE, 2019). Desta forma, sendo a realização de uma cirurgia um processo de complexidade que traduz na incapacidade funcional e dependência de cuidados, o EEER tem um papel crucial no âmbito da prevenção, na identificação de fatores de risco, na implementação de programas especializados e na referenciação dos clientes para as equipas da comunidade, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.

Em contexto hospitalar, sendo um contexto semelhante ao que desenvolvo funções proporcionou-se uma integração mais favorável. Na prática diária, assisti à passagem de turno de enfermagem, onde foram transmitidas informações inerentes aos clientes, especificamente o diagnóstico clínico, o plano de cirurgia proposto, as

intervenções implementadas e as intercorrências ocorridas. Este momento de passagem de turno tornou-se fundamental no âmbito de dar a conhecer as principais necessidades dos clientes e a proceder a uma pré-avaliação de forma a gerir prioridades nos clientes com necessidades da intervenção do EEER. Importante referir que os enfermeiros generalistas muitas vezes contribuíram na seleção, sugerindo alguns clientes que beneficiavam da intervenção do EEER. O EEER não tem clientes atribuídos, no entanto, avaliam os clientes em cada turno com necessidade da intervenção de reabilitação, gerindo prioridades. Este foi um ponto benéfico para o meu processo de aprendizagem, visto que pude focar a minha intervenção especializada e obter um maior leque de experiências e vivências na área de reabilitação. Senti a necessidade de que seria mais facilitador e positivo a continuidade dos cuidados de reabilitação através de uma passagem de turno entre os EEER, no entanto esta é uma realidade que não está presente pelo facto de o turno da tarde nem sempre ser garantido por um EEER destacado para os cuidados de reabilitação, uma vez que pode ser distribuídos clientes no turno.

No momento da admissão, o EEER realiza uma avaliação da funcionalidade do cliente, recorrendo ao instrumento de avaliação a Medida de Independência Funcional (MIF) e posteriormente procede à planificação do plano de intervenção especializado. O registo das intervenções de reabilitação é anotado na base de dados em Excel criado pelos EEER, de modo a avaliar o número de clientes do foro de reabilitação e identificar as intervenções efetuadas diariamente, de modo a dar continuidade ao programa pela equipa de reabilitação. No Excel, eram estipulados os clientes de acordo com a sua prioridade (elevado, moderado e ligeiro), classificando os clientes com alteração do foro respiratório de elevada prioridade e os restantes de acordo com o potencial de recuperação/capacidade de maximização funcional de cada cliente. Esta base de dados permitiu orientar o meu trabalho, consoante os clientes prioritários e no seguimento das intervenções estipuladas contribuindo para a avaliação da evolução do cliente. Os registos também são efetuados no sistema informático SClínico segundo as orientações do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015c) e atualizados consoante a evolução do cliente.

Para um maior benefício para o cliente houve a necessidade de recorrer a outros profissionais da equipa multidisciplinar de modo a clarificar o diagnóstico e a promover o tratamento mais adequado. Portanto, foi necessário recorrer à psicóloga

perante situações de readaptação após a doença, a nutricionista para adequar o aporte calórico ao cliente, assistente social para otimizar o processo de preparação para a alta, fisioterapeutas para contribuir na prevenção e recuperação da função física do cliente, terapeuta da fala no caso de perturbações da comunicação e na avaliação da deglutição, médicos (neurocirurgiões, otorrinolaringologista para o contributo na prova da deglutição, anestesistas no procedimento cirúrgico e fisiatra para a promoção da função física e cognitiva, na participação e na modificação de fatores pessoais e ambientais). No entanto, no âmbito da reabilitação os fisioterapeutas e terapeutas da fala intervêm após a avaliação e solicitação médica.

O envolvimento da família é uma preocupação do EEER, deste modo foi empregue o processo educativo, no planeamento de sessões de educação para a saúde ao cliente e família preconizado pelo modelo de Orem como sistema de apoio-educativo, de modo a facilitar o regresso a casa, tendo por base a consciencialização da tomada de decisão e a promoção da continuidade dos cuidados. No entanto, devido ao elevado grau de dependência do cliente no momento da alta, este regresso ao domicílio por vezes é incompatível com o apoio familiar, sendo necessário a utilização de recursos como o encaminhamento para Centro de Reabilitação e/ou articulação com instituições de saúde. De forma a dar continuidade ao processo de reabilitação foi elaborada a carta de alta/transferência do EEER com as devidas orientações. Este foi um ponto de reflexão com o Enfermeiro Orientador (EO) onde foi discutido a vantagem de realizar um contato telefónico e ter um canal de comunicação mais ágil e eficaz com as outras organizações de saúde. Contudo, este ainda é um caminho a percorrer para garantir a articulação eficaz que permite a garantia da continuidade dos cuidados adequados ao cliente e família. De facto o êxito do processo de reabilitação está dependente da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que é desenvolvido pela equipa, de forma a serem atingidos os níveis de satisfação do cliente, através da resolução dos reais problemas. (Menoita, 2012)

Pude constatar que embora fosse estudante da especialidade de reabilitação, existiu uma relação de confiança e de respeito com a equipa multidisciplinar. Participei de forma autónoma e auto-orientada e com espírito de iniciativa na prestação dos cuidados de reabilitação, evidenciando a minha capacidade de liderança e de tomada de decisão, em todos os momentos que contribuíram para o desenvolvimento da minha formação e na obtenção de competências de autoaprendizagem e tomada de decisão descritas pelos Descritores de Dublin.

Em contexto comunitário a dinâmica da ECCI passa pelo gestor de caso, onde a seleção do mesmo é decidida pela equipa de enfermagem, tendo por base a gestão da patologia, a diminuição de complicações, a capacitação para promoção do autocuidado no cliente, gestão do trabalho da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social) e orientação como elo de ligação com os recursos na comunidade. Desta forma, são distribuídos pelos enfermeiros das respetivas áreas, reabilitação, saúde mental, paliativos, saúde escolar e cuidados gerais. Segundo Martins & Fernandes (2010), a gestão de caso permite gerir os cuidados sem que haja a fragmentação de cuidados. Numa fase introdutória à minha prestação de cuidados em contexto comunitário fui parte colaborante da EO, uma vez que não tinha conhecimentos dos recursos da instituição, da dinâmica da equipa, das patologias dos clientes e pela fase de fragmentação pela ausência da EO para férias e pela minha no período de natal. No entanto, esta foi uma situação que foi evoluindo ao longo do EC, junto da equipa multidisciplinar, baseada numa relação de confiança e de cooperação.

Os cuidados de enfermagem na comunidade procuram atender e satisfazer as necessidades diárias do cliente/família durante todo o ciclo de vida e num conjunto de doenças específicas. Asseguram os cuidados desde a promoção e prevenção da doença, ao tratamento e readaptação do cliente após a doença através de cuidados gerais, reabilitação e paliativos no seu ambiente diário. (World Health Organization, 2019)

Os clientes admitidos pela ECCI no âmbito da reabilitação habitualmente apresentavam sequelas de Traumatismo Vertebro-Medular (TVM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), esporadicamente Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e frequentemente Prótese Total da Anca (PTA) ou do Joelho (PTJ). Todavia estas afeções expõem um quadro singular que traduz no défice da satisfação do autocuidado e na reinserção e readaptação do cliente à sua nova situação clínica e ao seu contexto real.

No momento da admissão do cliente na ECCI é realizada a colheita de dados, avaliação das capacidades funcionais (Exame físico, avaliação da Escala de Barthel), identificação dos problemas existentes e a avaliação das condições familiares/cuidadores, condições habitacionais e recursos/estratégias existentes através da visita domiciliária junto com a cooperação da Assistente Social e posteriormente é realizado o planeamento do plano de cuidados.

O plano de cuidados tem em conta a frequência das sessões semanais e duração de acordo com a necessidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação e com o potencial de recuperação do cliente e são respeitadas as crenças, valores, objetivos e motivações de forma a encorajar o cliente no processo de reabilitação.

Ao longo do EC e sempre com a supervisão da EO, fui adquirindo capacidade de liderança no processo da tomada de decisão enquanto gestora de cuidados e fui desenvolvendo as respetivas atividades intrínsecas ao desempenho do papel de gestor de caso, desenvolvendo competências no âmbito da aplicabilidade do conhecimento, da autoaprendizagem e da tomada de decisão de acordo com os Descritores de Dublin. Deste modo, colhi informação pertinente do cliente e família; realizei e atualizei diagnósticos diferenciados e intervenções especializadas de reabilitação; efetuei registos nos sistemas de informação (SClínico e na Rede); participei nas reuniões da discussão do plano de cuidados dos clientes/família; realizei a articulação com outras identidades (recursos na comunidade, Medicina Física de Reabilitação hospitalar e unidade de paliativos); promovi a criação de condições e estratégias habitacionais para a alta; e geri a frequência de sessões semanais e o tempo de permanência do cliente na ECCI.

A participação em reuniões foi de grande importância, pois permitiu-me mostrar a capacidade de liderança enquanto futura EEER e da tomada de decisão perante o cliente que tinha em mão, assim como tornou-se num momento de partilha de conhecimentos entre os restantes elementos e de reflexão perante os cuidados prestados de forma a garantir a utilização de todos os recursos disponíveis a serem usados em benefício do cliente/família. Os valores da equipa da qual trabalhei foram partilhados de acordo com a sua área de perícia com o intuito de garantir a satisfação das necessidades do cliente, sendo o reflexo do trabalho prestado ao cliente e família.

Outro ponto essencial que a equipa detém foi o sentido de cooperação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. Embora tenha sido uma das minhas maiores dificuldades, não conhecer todos os recursos existentes na comunidade para benefício do cliente e em que momento poder utilizá-los, a interajuda foi uma mais-valia para gerir o processo de cuidar e contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de gerir novas situações em vários contextos multidisciplinares segundo as competências mencionadas pelos Descritores de Dublin. Com a realização deste EC, em contexto comunitário a minha visão tornou-se mais abrangente, sobre os recursos existentes na comunidade, podendo aproveitá-los a partir da alta hospitalar

em prol do cliente e família. A ligação e a comunicação eficaz estabelecida no EC permitirá-me garantir a continuidade dos cuidados dos clientes residentes na área de influência da ECCI, enquanto futura EEER. Posto isto, foram desenvolvidas competências do EEER nos domínios: **A2. B1. C1.1.** (OE, 2019)

2.2. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório

A minha ação na prática clínica dos cuidados de reabilitação foi baseada nos domínios ético - deontológico, profissional e legal. Promovi a escolha livre e informada do cliente perante as intervenções especializadas, tendo em conta um ambiente terapêutico seguro e fomentado num caminho com resultados satisfatórios no seu processo de reabilitação, junto com todos os elementos da equipa e de acordo com as suas funções interdependentes que desempenham na organização. (OE, 2019a)

A aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório exigiram a compreensão da importância das várias fases do período perioperatório para o plano de intervenção de reabilitação. Perante isto, senti a necessidade de ser detentora de conhecimento sobre a avaliação do cliente neurocirúrgico e o risco de desenvolver complicações respiratórias no pós-operatório. De acordo com McElhinney (2010) e Palange & Simonds (2013), a avaliação da função pulmonar é de extrema importância, pois indica as alterações fisiopatológicas decorrentes da situação clínica do cliente e/ou da evolução da patologia, pelo que permite a prestação de cuidados de enfermagem especializados direcionados para o diagnóstico diferencial.

Durante a realização dos EC tive a oportunidade de proceder à realização da avaliação da função pulmonar no cliente neurocirúrgico no pós-operatório. Deste modo e numa fase inicial recorri à avaliação inicial do cliente, descrita por DesJardins, Burton & Timothy (2015), como sendo um elemento fundamental para obter a informação subjetiva e objetiva do processo patológico do cliente, evolução e intercorrências. Por conseguinte, pude realizar a recolha de informação através do cliente, quando capaz de fornecer, e/ou da observação do processo clínico. Na recolha de informação clínica ao cliente com alterações do foro respiratório, tomei conhecimento da história da doença atual, onde inclui o estado de saúde habitual (aguda ou crónica), manifestação de sintomas (dispneia, tosse, expectoração e toracalgia) sendo parte integrante da avaliação subjetiva, fatores precipitantes e

evolução; na história da doença pregressa abrangendo doenças diagnosticadas, cirurgias realizadas e internamentos anteriores; no regime terapêutico tive em consideração a terapêutica habitual, história de reações adversas ou medicamentosas e o uso de oxigenoterapia no domicílio; na história familiar dei relevância aos antecedentes no âmbito da patologia respiratória; e na história social averigui o agregado familiar, as condições socioeconômicas e habitacionais, a ocupação dos tempos livres e fatores de risco ocupacionais. (Menoita & Cordeiro, 2012)

A avaliação objetiva ao cliente é baseada no exame físico que é composto por quatro etapas de uma avaliação detalhada, sendo estas a inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar (Menoita & Cordeiro, 2012). Perante a avaliação do exame físico do cliente neurocirúrgico, centrei-me nas várias etapas. Na inspeção procedi à identificação de sinais de dificuldade respiratória, deformidades da parede torácica que condicionam a expansibilidade torácica, padrões respiratórios anormais (Meredith & Massey, 2011; Kisner & Colby, 2005; Presto & Damázio, 2009) e função ventilatória (DesJardins, Burton & Timothy, 2015). Na palpação avaliei a posição da linha média da traqueia, os movimentos ventilatórios simétricos do tórax, região superior, inferior e frêmito tóraco-vocal e avaliei as vibrações vocais ao longo da parede torácica (Moore, 2007; Menoita & Cordeiro, 2012). No entanto, foi uma atividade em que surgiu dificuldade na sua concretização, sendo uma técnica a ser realizada com o cliente sentado ou em pé, e deparei-me maioritariamente com clientes dependentes e pouco colaborantes no serviço de neurocirurgia, bem como apercebi-me estar perante uma técnica que requer treino e sensibilidade.

Na avaliação da percussão foram avaliados os sons produzidos pela percussão dígito-dígito, sendo esta técnica considerada uma informação complementar para a avaliação e localização de uma doença pulmonar (Miller, Owens & Silverman, 2015). Na concretização da técnica senti dificuldades na avaliação, uma vez que não estava familiarizada com os sons audíveis (hiporressonância e hiperressonância) e vibrações, pelo que necessitei da colaboração do EO.

Efetuei a auscultação pulmonar onde desenvolvi aptidões na auscultação e diferenciação dos sons respiratórios normais e ruídos adventícios como os síbilos, roncos, crepitações, atritos pleurais e ferveores, classificando-os de acordo com a sua localização pulmonar (Menoita & Cordeiro, 2012). Numa primeira instância em contexto hospitalar foi difícil diferenciar crepitações de ferveores e perceber quando estava perante um murmúrio vesicular diminuído, pelo que percebi que o ouvido teria

de ser trabalhado. Ao longo da prática clínica e com a ajuda do EO pude treinar o ouvido diariamente, sentindo uma evolução positiva na avaliação e diferenciação dos sons respiratórios audíveis.

O uso de escalas específicas para a avaliação da função pulmonar é essencial para a classificação da gravidade, da sintomatologia e monitorização (Direção Geral de Saúde [DGS], 2019; Cordeiro & Menoita, 2012). Desta forma utilizei a Escala de Borg modificada e a Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) para avaliar a função pulmonar.

Recorri à consulta de exames clínicos como a radiografia do tórax, tendo desenvolvido competências na visualização, leitura e interpretação das imagens radiológicas. O contato com a radiografia do tórax foi apenas em contexto hospitalar, na qual pude identificar complicações respiratórias no pós-operatório dos clientes e permitiu-me avaliar ao longo do internamento a evolução e a resposta às intervenções especializadas empregues nos clientes, tornando-se um meio importante na minha prática clínica enquanto aluna da especialista em reabilitação.

A gasometria arterial corresponde a parte integrante do estudo funcional respiratório, na avaliação da função pulmonar (Seeley, Stephens & Tate, 2011), tendo sido um parâmetro que tive sempre em consideração na avaliação, na gravidade e na evolução do diagnóstico do cliente. Apesar disso, esta foi uma prática que nem sempre constatava no registo do cliente pelo que não foi sempre possível praticar a relação dos valores da gasometria arterial com a evolução da doença respiratória.

Na avaliação do cliente neurocirúrgico realizei o exame neurológico, onde contemplou a avaliação do estado mental: consciência (Escala de Comas de Glasgow [ECG]) e o Mini Mental State Examination (MMSE) que permitiu realizar o rastreio do défice cognitivo (orientação, atenção, memória, linguagem), capacidades práticas e negligência hemiespacial unilateral; pares cranianos; motricidade: força muscular (Escala Medical Research Council [MRC] Muscle), tônus muscular (Ashworth modificada) e coordenação motora (provas índice-nariz em complemento utilizei a prova de indicação de Barany para comprovar a presença de dismetria ou descoordenação sensitiva, prova dos movimentos alternados para avaliar os membros superiores e a prova calcanhar Joelho para avaliar os membros inferiores); sensibilidade superficial e profunda, equilíbrio estático/dinâmico (Escala de Berg e Escala de Tinetti) e marcha (Classificação Funcional da Marcha). (Menoita, 2012; Santana et al., 2016; OE, 2016)

Em contexto hospitalar, experienciei a ocorrência de complicações respiratórias no pós-operatório do cliente neurocirúrgico, especificamente a atelectasia, sendo considerada uma das complicações respiratórias mais frequentes no pós-operatório. Neste período de estágio apercebi-me da importância do papel basilar do EEER na intervenção especializada para a prevenção e tratamento precoce das complicações respiratórias no pós-operatório, tornando-se relevante relacionar a pesquisa previamente efetuada com os casos clínicos que surgiram no decorrer do EC.

O exemplo que exponho foi da minha primeira cliente, com 81 anos de idade, que desenvolveu atelectasia no pós-operatório após ter sido submetida a uma clipagem de aneurisma roto da artéria cerebral média direita de urgência. Desde logo, procedi à recolha de informação clínica através do processo clínico e efetuei a avaliação neurológica e da função pulmonar detalhada.

Num primeiro contato e em termos da avaliação do estado de consciência da cliente encontrava-se sonolenta, com abertura ocular a estímulos dolorosos e resposta verbal incompreensível. A avaliação do estado de orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, negligência hemiespacial unilateral, linguagem preconizado na avaliação do estado mental, pares cranianos e sensibilidade não foi exequível pela falta de capacidade cognitiva preservada na cliente. Como sequelas motoras apresentava um quadro de hemiparesia esquerda (grau 1/5 no membro superior e 2/5 no membro inferior MRC Muscle), aumento do tônus muscular à direita (Ashworth -1) e sem indicação para o levante. Ao nível das capacidades funcionais era totalmente dependente no autocuidado apresentado um score de 18 na MIF e no Índice de Barthel- 0. Ao nível nutricional a cliente encontrava-se emagrecida a ser alimentada por via entérica, sonda nasogástrica, de Fresubin Original. Sem controlo de esfíncteres com presença de sonda vesical.

Aquando da avaliação da função pulmonar, na inspeção a cliente não apresentava alterações da parede torácica ou lesões torácicas. Tinha uma respiração mista de 20 ciclos/minuto, irregular, de amplitude diminuída, com uso dos músculos acessórios, sem aporte de oxigénio com saturação periférica de 98%. À palpação traqueia em linha média e movimentos ventilatórios simétricos do tórax. Apresentava macicez na base do pulmão à esquerda na percussão. Evidenciava acessos de tosse ineficaz com presença de secreções amareladas semi-espessas em abundante quantidade. À auscultação, murmúrio vesicular diminuído no terço inferior esquerdo e roncos dispersos, realizada observação da radiografia do tórax que mostrava uma

hipotransparência no lobo inferior do pulmão esquerdo, sugestivo de atelectasia. Sem dados de avaliação da gasometria arterial.

De acordo com a informação clínica da cliente deparei-me com a presença de diversos fatores de riscos propícios ao desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório, nomeadamente referentes à cliente na idade avançada (81 anos) e dependência funcional (MIF-18 e Índice de Barthel-0) e inerentes ao procedimento cirúrgico como o ato cirúrgico (neurocirurgia), o tempo da cirurgia de três horas, a emergência da cirurgia e o uso de anestesia geral. A imobilidade de mesmo modo contribuiu para o desenvolvimento de complicações respiratórias, sendo um dos fatores predisponíveis descritos por Guleria & Madan (2012). Após a avaliação da função pulmonar, foi planeado e implementado o programa individualizado de RR inerente à patologia respiratória da cliente que consistiu na humidificação das secreções e na drenagem postural modificada para garantir a permeabilidade das vias aéreas e na promoção da mobilização e eliminação de secreções a partir das técnicas respiratórias para melhorar a relação ventilação/perfusão (temática abordada no subcapítulo 2.3), relativamente às alterações sensoriomotoras foi elaborado um plano de cuidados com intuito de evitar ou diminuir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade e a função cognitiva. Assim, tendo em conta a situação clínica da cliente as atividades desenvolvidas junto da mesma tiveram por base a utilização do sistema totalmente compensatório, segundo Modelo de Orem em todo o processo de RR, no défice da satisfação das necessidades de autocuidado universal.

A recuperação da função pulmonar da cliente foi notável dia após dia, através da implementação do plano de intervenção de RR. A reavaliação da função pulmonar foi feita diariamente, a auscultação tornou-se fundamental para a avaliação rápida da função pulmonar e a realização da radiografia do tórax, permitiu comprovar e observar a sua evolução favorável. Esta situação clínica fez-me perceber a importância da avaliação pulmonar no pós-operatório do cliente, sendo uma intervenção a realizar em primeira instância. Os resultados da avaliação da função pulmonar da cliente foram registados no processo clínico (SClínico e base de dados Excel), de modo a ficar registado as avaliações efetuadas e a respetiva evolução, com ganhos significativos nos focos da ventilação, limpeza das vias áreas e expectoração. No entanto, acho que seria importante ter como dados quantitativos a avaliação da gasometria arterial para melhor comprovar a eficácia da minha intervenção e dar maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro de reabilitação.

No EC comunitário, acompanhei uma cliente no pós-operatório de sete dias, na qual foi submetida a uma vertebroplastia da D12 e L3 após uma queda no domicílio, tendo regressado ao domicílio com indicação para programa de reabilitação. A cliente na admissão encontrava-se consciente e orientada, pelo que foi colhida informação através de uma entrevista e pelo acesso ao processo clínico. Na avaliação do exame neurológico, cliente auto e alopsiquicamente orientada, sem alterações no campo da atenção observado durante entrevista vigilância/tenacidade/concentração e através da realização do MMSE com um total de 30 pontos, sem défice cognitivo, que permitiu avaliar de mesmo modo a memória imediata e recente, a memória remota foi avaliada quando a cliente falava da sua vida profissional como atriz. Relativamente às capacidades práxicas não apresentava alterações ao nível da cinética (realizava movimentos alternados dos dedos), ideomotor (consegua pentear-se), ideativa (consegua soprar, desenhava um cubo, vestia corretamente a camisa e iniciava o movimento da marcha). Quanto à linguagem, mantinha um discurso espontâneo, compreendia comandos, nomeava objetos, repetia palavras curtas e longas, lia textos, referia similitudes e escrevia diariamente textos. Na avaliação do equilíbrio, a cliente apresentava desequilíbrio posterior em ortostatismo (Berg-30) e desvio da marcha, mantendo uma marcha domiciliar de acordo com Categorias Funcionais da Marcha, no entanto esta alteração surgia pelo facto de apresentar diminuição da força muscular nos membros inferiores e por adotar uma postura viciosa pela presença de dor na região lombar. Na motricidade apresentava força muscular de MRC muscle 4/5 nos membros inferiores e superiores, sem alteração do tônus muscular, coordenação motora e da sensibilidade ao nível superficial e profundo. Na avaliação da função pulmonar, na inspeção a cliente não apresentava alterações ou lesões na parede torácica. Apresentava respiração mista de 19 ciclos/minuto, regular de amplitude normal, com cansaço fácil a pequenos esforços, segundo mMRC de 2/4. Apresentava acessos de tosse ineficaz e presença de dor em barra na região lombar no local da abordagem cirúrgica pelo que permanecia maior parte do tempo sentada. Não apresentava alterações ao nível da auscultação e mantinha murmúrio vesicular em todos os lobos pulmonares, sem alterações na palpação e percussão.

A ocorrência de complicações respiratórias no pós-operatório pode desenvolver-se até trinta dias após o ato cirúrgico, no entanto a realização RFR no pós-operatório permite não só tratar a complicação respiratória desenvolvida como prevenir o seu surgimento. (Degani-Costa, Faresin & Reis Falcão, 2012)

A cliente apresentava como fatores desencadeantes de uma complicação respiratória, a idade avançada (85 anos), dependência funcional moderada (MIF-103; Barthel-75), Classificação de ASA III, o ato cirúrgico (neurocirurgia) e o uso de anestesia. Sendo uma lesão na D12, os músculos abdominais podem estar comprometidos, visto ser uma lesão incompleta ao que pode levar a um mecanismo de tosse ineficaz, tendo em complemento a permanência da cliente em repouso que leva a gerar um quadro de disfunção respiratória como problema da imobilidade e tosse ineficaz. Neste caso em específico a minha intervenção especializada teve como principal objetivo a prevenção de retenção de secreções através das técnicas convencionais, aumentar a mobilidade torácica e evitar alterações posturais por descondicionamento físico inerente à imobilidade e presença de dor, treino de equilíbrio em ortostatismo e marcha e introdução de produtos de apoio para a melhoria da independência com menor esforço e dispêndio de energia.

A cliente ao longo do processo de reabilitação necessitou de adotar um sistema parcialmente compensatório e de apoio/educativo no foco da ventilação, movimento muscular, marcha, equilíbrio corporal e autocuidado. A cliente melhorou ao nível da tolerância ao esforço, segundo avaliação da mMRC de 0/4 e aumentou a mobilidade torácica, não desenvolvendo complicações respiratórias durante o internamento. Adquiriu equilíbrio em ortostatismo (Berg-37), manteve uma marcha estável com apoio de andador no domicílio e cercarias da casa (Categorias Funcionais da Marcha) mantendo força muscular (4/5) e atingiu ganhos no autocuidado MIF-110; Barthel-90. O uso de escalas específicas antes e após a implementação do programa permitiu realizar comparações, fornecendo dados qualitativos da evolução.

Desta forma, pude através do conhecimento e da minha capacidade de compreensão, resolver e prevenir problemas de situações inerentes à minha área de estudo, mencionado pelos Descritores de Dublin e desenvolver competências comuns e específicas do EEER: **A1. B1.2 B2. B3. C1. C2. J1.1. J1.2.** (OE, 2019/2019a)

De acordo com o descrito e com o que foi vivenciado ao longo do EC, conclui que na avaliação perioperatória efetuada pelo EEER devem ser analisados os fatores que podem favorecer o surgimento de complicações respiratórias no pós-operatório, e ter em conta as capacidades de aprendizagem e as necessidades alteradas do cliente que envolvem a sua incapacidade na satisfação das necessidades do autocuidado. Assim, o EEER tem um papel assente na prevenção e tratamento de complicações respiratórias e na promoção do bem estar.

2.3. Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório

O EEER é portador de conhecimento avançado e de procedimentos específicos, que permite uma abordagem profunda na identificação das necessidades e dos fatores necessários para uma prática de enfermagem segura e profissional, baseada na consciencialização da responsabilidade e na preferência do cliente (OE, 2019). As atividades terapêuticas desenvolvidas tiveram em conta o envolvimento de uma abordagem holística e individualizada perante o cliente e família baseada na tomada de decisão e de encontro com a evidência científica, que permitiu o raciocínio e reflexão para uma prática de enfermagem de reabilitação especializada.

O serviço de neurocirurgia usufrui de uma consulta pré-operatória para os clientes com cirurgias eletivas, onde o enfermeiro generalista/especialista realiza a colheita de informação pertinente do cliente e posteriormente efetua ensinamentos sobre o procedimento cirúrgico. Contudo esta consulta pré-operatória, não contempla ensinamentos com ênfase na RFR, numa lógica de prevenção ou minimização das complicações respiratórias no pós-operatório. Após algumas discussões com o EO e EEER, tomei conhecimento que esta consulta pré-operatória quando realizada por um Especialista de Reabilitação, são fornecidos ensinamentos de RFR de modo promover a ventilação eficaz no pós-operatório e a recuperação da autonomia e independência no autocuidado precoce. Durante o decorrer do EC não tive a possibilidade de assistir a uma consulta pré-operatória pelo meu horário não coincidir com o horário das consultas programadas. Todavia, recebi os clientes aquando do internamento na fase pré-operatória (véspera operatória) e procedi à realização de ensinamentos que permitiram aos clientes esclarecer dúvidas dentro do meu âmbito profissional, promover a redução de ansiedade, medos e receios relacionados com a cirurgia e com o pós-operatório, descrito por Isaías, Sousa & Dias (2012), como uma fase de grande importância para promover o processo de aprendizagem e de avaliação do conhecimento do cliente.

Neste sentido foram mobilizados conhecimentos e posto em prática várias técnicas com o intuito de promover a ventilação pulmonar eficaz após a cirurgia. Deste modo, foi explicado ao cliente a importância da preparação do pré-operatório e fornecidos ensinamentos sobre a posição de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo dos tempos respiratórios para o alívio da tensão psíquica, muscular e controlo de dor através da dissociação dos tempos respiratórios; ensino sobre a respiração abdominodiafragmática, para favorecer a expansão pulmonar; ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica para evitar deiscência e diminuição da dor no local da

incisão para promover a permeabilidade das vias aéreas e evitar acumulação de secreções; ensino da mudança de posição e movimentos de forma segura, para estimular a circulação e melhorar as trocas gasosas; e o ensino sobre a correção postural de modo a evitar defeitos posturais (Cordeiro & Menoita, 2012; Isaías, Sousa & Dias, 2012). Ao longo da aprendizagem no período pré-operatório, compreendi que a intervenção prévia do EEER permite estabelecer uma relação de empatia e de confiança com o cliente, a qual permitiu viabilizar a capacitação do cliente na participação do plano de cuidados individualizado e a fomentar o cumprimento das intervenções no pós-operatório. A avaliação do cliente e a validação do seu conhecimento relativamente aos ensinamentos efetuados foi essencial para criar estratégias para a gestão da situação. Os ensinamentos do programa de RFR na fase pré-operatória enquadram-se num Sistema de Apoio-Educativo de acordo com Orem (2001), que permitiu fornecer uma componente educacional para o cliente autonomamente colaborar e contribuir através da sua aprendizagem na promoção da ventilação eficaz, autonomia e independência do autocuidado no pós-operatório.

Tendo em conta que não existe um papel ativo do EEER no intra-operatório, promovi o incentivo do cliente na realização dos exercícios apreendidos no pré-operatório logo após a cirurgia, para promover a permeabilidade das vias aéreas e expansão pulmonar e torácica.

No EC hospitalar pude deparar-me com a ocorrência de complicações respiratórias no pós-operatório em clientes neurocirúrgicos, observando que as complicações com maior predomínio foram atelectasia e pneumonia, que apelavam pela intervenção do EEER num programa de RFR individualizado, tendo sido observado com maior incidência nos clientes que sofreram Hemorragia Subaracnoídea e com alteração do estado de consciência no pós-operatório.

Na fase pós-operatória do cliente neurocirúrgico, a minha intervenção foi direcionada para a recuperação da função pulmonar, pelo que apoiei-me na avaliação objetiva do cliente (temática subcapítulo 2.2) e conduzi a minha intervenção para o planeamento e execução de planos de RFR na prevenção e tratamento da ventilação pulmonar do cliente previamente identificado com risco cirúrgico. Na elaboração e implementação dos planos de cuidados de RFR tive em conta as necessidades do cliente e a sua capacidade de colaboração, sendo ajustado de forma individualizada a cada situação clínica e tendo em especial atenção às limitações e contraindicações de cada técnica.

Durante o EC no serviço da neurocirurgia, deparei-me com um grande desafio que abarcou no meu ensino, isto porque, a experiência que possuía das técnicas RFR eram das aulas práticas de Reabilitação I, onde a colaboração com o “cliente” era total. No entanto, vejo-me num serviço onde a maioria dos clientes encontram-se com alteração de consciência na minha intervenção. Em primeiro lugar surge a questão “que benefício terá a RFR num cliente que não colabora na promoção da expansão pulmonar ou na permeabilidade das vias aéreas, sendo que o processo RFR tem maior sucesso com a cooperação do cliente” (Cordeiro & Menoita, 2012). No entanto, esta é uma realidade constante no serviço de neurocirurgia e reeducar a função pulmonar nestes clientes é um desafio todos os dias para os profissionais, na medida em que têm que adaptar as estratégias a cada caso individual.

No decorrer do EC, deparei-me com uma cliente (subcapítulo 2.2), que desenvolveu atelectasia no terço inferior do pulmão esquerdo no pós-operatório, após ter sido submetida a uma clipagem de aneurisma roto. Perante Heitor et al., (1988), a atelectasia requer um tratamento prioritário devido à hipersecreção brônquica, inibição ciliar, imobilidade e pela limitação da tosse eficaz. Deste modo o plano de RFR teve como objetivo melhorar a distribuição/ ventilação alveolar, assegurar a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação das secreções.

Um dos pontos essenciais para o tratamento da atelectasia consiste no ensino ao cliente de exercícios respiratórios com inspirações profundas, no entanto, a cliente não tinha capacidade para colaborar tendo em conta a diminuição da função cognitiva. Nesta perspetiva, foi necessário sincronizar as técnicas da RFR com os ciclos respiratórios da cliente, exercendo ligeira pressão na fase expiratória. A utilização da Escala de Borg modificada foi tida em conta através da avaliação da frequência cardíaca, episódios de sudorese e a alteração do padrão respiratório (1/10).

Deste modo foram executados exercícios respiratórios: reeducação abdominodiafragmática posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática com ênfase à esquerda (decúbito lateral esquerdo), reeducação costal porção anterior (região superior do tórax e região lateral bilateral), reeducação costal global bilateral e costal seletiva. Foi efetuada drenagem postural com ênfase no decúbito lateral direito, com o intuito de permitir a mobilização das secreções dos segmentos pulmonares para as vias aéreas proximais à esquerda. Neste caso em particular, foi tido em consideração a drenagem postural modificada, uma vez que era contraindicada a clássica, sendo uma cliente no pós-operatório de uma clipagem de

aneurisma roto e pela possibilidade de aumento da pressão intracraniana. Foram associadas à drenagem postural, as manobras acessórias. Realizada a hidratação e humidificação das secreções e aspirado secreções amareladas, semi-espessas em abundante quantidade. A cliente ficou posicionada em semi-dorsal direito e após avaliação da auscultação pulmonar o murmúrio vesicular estava mantido e sem presença de ruídos adventícios, saturação periférica de 97%. Teria sido importante a realização de uma radiografia ao tórax ou mesmo a colheita de gasometria antes e após a intervenção para comprovar e eficácia imediata da RFR na cliente. No entanto, a radiografia ao tórax no quarto dia de RR evidenciou a ausência da hipotransparência no terço inferior do pulmão esquerdo, sendo notório o seio costofrênico esquerdo.

Perante este caso a implementação do programa de RFR permitiu-me comprovar a eficácia das técnicas na evolução satisfatória da situação clínica da cliente. A RFR teve efeitos imediatos na evolução clínica da cliente e isto foi apurado através da auscultação pulmonar antes e após a intervenção, bem como na evolução favorável através da radiografia do tórax, tendo sido gratificante assistir a esta evolução a partir da nossa intervenção individualizada. Neste caso clínico pude averiguar que o programa de RFR tem benefícios no cliente com alteração de consciência, sendo essencial a intervenção precoce na prevenção e tratamento contínuo das complicações respiratórias pós-operatórias, como Rodrigues, Varanda & Costa (2012). Neste prisma, a intervenção de enfermagem contemplou um Sistema Totalmente Compensatório na medida em que a cliente encontrava-se com incapacidade na satisfação da necessidade e da manutenção da ventilação eficaz.

Diante da cliente com alteração de consciência, o serviço de neurocirurgia contempla de um programa neurosensorial, Programa de Estimulação Multissensorial (PEM), preconizado nos clientes com score na ECG inferior a 10, e que consiste na estimulação dos cinco sentidos (auditivo, tátil, olfativo, visual e paladar), estimulação vestibular e propriocetiva, estímulos sociais e inanimados significativos, regulação sensorial de estímulos e colaboração da família (Varanda, Rodrigues, & Costa, 2015). A estimulação auditiva foi o primeiro estímulo a oferecer à cliente, onde foi realizada a identificação da cliente pelo nome, profissional de saúde e familiar e a orientação no tempo e espaço, promovendo um ambiente calmo e isento de estímulos sensoriais desagradáveis. A cliente nesta fase inicial não apresentava resposta ao estímulo auditivo. A estimulação tátil e propriocetiva foram efetuadas sempre antes da RFR através das mobilizações passivas em todos os segmentos

corporais numa fase inicial, durante os exercícios respiratórios a partir das manobras acessórias e posteriormente no posicionamento anti-espástico para prevenir alterações músculo-esqueléticas e atitudes terapêuticas: automobilização com apoio e rolar. Durante a estimulação tátil e propriocetiva a cliente manifestava alteração da mímica facial e som incompreensível aos movimentos mais bruscos, tendo sido avaliado a gestão de dor e conforto durante as intervenções segundo a Escala de Faces, bem como respeitado a amplitude dos movimentos.

Com a evolução do estado de consciência, a cliente reagia com abertura e movimento ocular ao estímulo auditivo, encarando e identificando o observador e o meio que a rodeava, mantendo um comportamento calmo. Nesta fase foram introduzidas mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo e ativo-assistidas do hemicorpo direito; massagem de conforto; banho multissensorial; e rotação controlada coxofemoral. Perante a hemiparesia esquerda, foi estimulada ao nível sensorial através do toque e da aplicação da água com diferentes temperaturas; adotadas estratégias terapêuticas como facilitação cruzada onde os objetos e as intervenções foram proporcionados sempre do lado mais afetado (esquerdo) da cliente. Foi pedido aos familiares produtos com aromas significativos para estimular o olfato e fotografias significativas de modo a permitir estímulos sociais e inanimados. A cliente no primeiro contato com a rosa apresentou movimento corporal em direção ao objeto e adejo nasal. Após a prescrição para o levante, foram realizados exercícios de equilíbrio estático/dinâmico em posição de sentada, levante e transferências, que permitiram a estimulação vestibular, no entanto, derivado ao elevado grau de dependência não se conseguiu progredir para treino de equilíbrio em ortostatismo. Inicialmente a cliente não mantinha extensão da cabeça na posição de sentada e apresentava inclinação do tronco para o lado mais afetado. A sua evolução foi notória atingindo o equilíbrio e extensão da cabeça na posição de sentada. Após o levante para o cadeirão foi colocado superfície de apoio transparente para promover o reconhecimento do membro mais afetado, promovendo o posicionamento em padrão anti-espástico e fornecido revista do lado esquerdo para estimular o treino motor do membro mais afetado e restringir o menos comprometido - terapia de restrições motora do membro menos afetado-, a cliente apresentou movimento da cabeça e dos olhos com tentativa de movimentação das páginas. (Menoita, 2012)

Durante o acompanhamento da cliente foi visível a obtenção de pequenos ganhos sensíveis à evolução do nível do estado de consciência, na manutenção da

força e tônus muscular e na melhoria do equilíbrio na posição de sentada. Nesta fase foi estimulada ao nível do paladar, onde foram fornecidas gotas de água de café à cliente de forma a estimular sendo que nas primeiras tentativas a cliente não apresentava movimento oromotor, nem abertura da boca à aproximação do estímulo, evoluindo ao longo da estimulação através do movimento oromotor e da abertura da boca. A cliente posteriormente foi testada na deglutição, procedendo à avaliação dos pares cranianos (V/ VII/ IX/ X/ XI/ XII), da Escala de Gugging Swallowing Screen e pedido avaliação pela Terapeuta da Fala e médico assistente. Observei que a cliente apresentava diminuição da força e da sensibilidade da metade inferior da face (parésia facial - andar inferior do trigémeo) ao nível do ramo mandibular e maxilar. Foram introduzidos exercícios para aumentar a resistência muscular como “sorrir, assobiar, encher a boca de ar”, depressão lábio inferior, lateralizar, elevar, protruir, retrain, vibrar a língua, entre outras no treino de deglutição (Menoita, 2012), de modo a adaptar comportamentos promotores para a alimentação e a colmatar o défice no autocuidado no requisito universal de manutenção de água e alimento.

Foi impulsionador avaliar os resultados da cliente com a implementação do PEM, a cliente evoluiu no estado de interação com o meio, apresentando-se acordada e auto/alopsiquicamente orientada. Embora não tenha apresentado ganhos sensíveis à independência na satisfação do autocuidado (Escala de Barthel-5, equilíbrio sentada), apresentou ganhos ao nível da comunicação (compreensão e expressão) e da cognição (interação social, resolução de problemas e memória) na MIF-21.

Relevante frisar que foi importante o enriquecimento dos estímulos fornecidos a partir da intervenção do EEER ao cliente com alteração da consciência. O envolvimento da família na estimulação auditiva, sensorial e tátil foi imprescindível, bem como na recolha de informação essencial para a atribuição da fonte no estímulo e do plano de intervenção eficaz junto com a participação de toda a equipa de enfermagem.

Perante o minuciado, dou resposta ao objetivo desenvolvido, complemento o subcapítulo 2.4 e apronto para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER: **A1. B2. B3. C1. C2. J1. J2.** (OE, 2019/2019a)

De acordo com a pesquisa da literatura previamente efetuada Guleria & Madan (2012), referem que um dos fatores contribuintes para a patogénese das complicações respiratórias no pós-operatório dos clientes neurocirúrgicos é a lesão medular. Desta forma considerei o diagnóstico do cliente com TVM da C5 de 23 anos submetido a

descompressão medular e com o desenvolvimento de atelectasia à esquerda no pós-operatório nos cuidados intensivos, de extrema importância para enriquecer a minha aprendizagem. O meu primeiro contato com o cliente foi na enfermaria, onde encontrava-se calmo e auto/alopsiquicamente orientado. Apresentava força muscular de 2/5 dos membros superiores proximais, mãos afuncionais e 0/5 nos membros inferiores (MRC muscle); sem alteração do tônus muscular; sem sensibilidade preservada abaixo da linha mamilar e sem sensibilidade perianal, reflexo anal e bulbocavernoso presentes, com Escala de Classificação da American Spinal Injury (A). Na observação da radiografia do tórax não apresentava alterações pulmonares. À auscultação pulmonar mantinha murmúrio vesicular em todos os lobos pulmonares, sem presença de ruídos adventícios, com saturação periférica de 95% sem aporte de oxigénio em decúbito dorsal, sem alterações do tórax, respiração superficial com redução acentuada da expansão torácica anterior e lateral e músculos abdominais comprometidos, hipotenso e apirético. Não apresentava presença de secreções mas mantinha acessos de tosse pouco eficaz com um maior gasto de energia na ventilação.

Perante um cliente com TVM da C5, este requer uma avaliação, prescrição e orientação do tratamento cuidada referente ao foro respiratório, uma vez que a lesão não interfere com o diafragma, mas pode conduzir a uma insuficiência respiratória pela perda dos músculos intercostais responsáveis pela estabilização da caixa torácica e pelo comprometimento dos músculos abdominais responsáveis pela expiração forçada (Atrice et al., 2009). Deste modo, estabeleci junto do EO, um plano de intervenção de forma a assegurar a ventilação adequada, aumentar a capacidade ventilatória, promover a limpeza das vias aéreas, aumentar a capacidade de tossir e prevenir a instalação de novas complicações respiratórias.

Nas minhas sessões de RFR iniciei pela tomada de consciência e controlo dos tempos respiratórios numa posição de descanso e relaxamento, fomentando métodos como Treino Autógeno de Schuitz e o Relaxamento Progressivo de Jacobson (Novaes & Santos, s.d), onde pude verificar o relaxamento dos músculos torácicos e da região escapulo-umeral, sendo por vezes necessário associar a rotação escapulo-umeral, pois era uma zona de grande concentração de tensão e influenciadora na ventilação eficaz e encorajei à utilização do padrão respiratório diafragmático. Incentivei a realização de exercícios respiratórios, nomeadamente reeducação diafragmática (sem/com resistência para fortalecer o abdómen); reeducação da hemicúpula

diafragmática direita e esquerda; reeducação costal seletiva (porção anterior superior, inferior e lateral com abertura); e reeducação costal global. Numa fase inicial à minha intervenção a reeducação costal seletiva não era frequentemente realizada, pelo que preconizei no meu plano de intervenção e foi visível a melhoria na capacidade ventilatória do cliente, bem como no volume da inspiração forçada alcançado no inspirómetro de incentivo que evoluiu gradualmente dos 1500 até aos 3000 mililitros.

Na realização destes exercícios respeitei a tolerância do cliente, graduando a sensação de dispneia de muito leve segundo Escala de Borg modificada e os limites do alinhamento corporal para promover a estabilidade da coluna vertebral. (OE, 2007)

Incentivei a utilização correta do inspirómetro de incentivo e pude constatar a evolução no fortalecimento e desempenho muscular respiratório do cliente e na promoção da higiene brônquica. O encorajamento e a participação individual no seu processo de recuperação através do controlo visual do esforço inspiratório foram notórios através da sua felicidade ao atingir níveis superiores dia após dia, sendo gratificante a sua boa disposição e reconhecimento por todo o trabalho implementado.

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas incentivei o uso de manobras de limpeza como a tosse assistida, sendo muito utilizada em clientes pouco participativos (acamados) e dirigida numa fase mais autónoma, expiração forçada e o ciclo de técnicas respiratórias. Averigui que o cliente tinha maior capacidade ventilatória em decúbito dorsal do que na posição de sentado, e isto verificou-se aquando da realização dos exercícios. O facto de o cliente apresentar comprometimento dos músculos abdominais altera na estabilização das vísceras abdominais e no auxílio da posição do diafragma na expiração forçada. O uso da cinta abdominal permitiu aumentar a pressão intra-abdominal diminuindo a sua complacência de modo a visar a otimização do diafragma, havendo uma melhoria na capacidade ventilatória do cliente na posição de sentado. Tendo sido uma técnica que foi sendo abandonada consoante a evolução da capacidade respiratória do cliente.

A respiração glossofaríngea revelou-se de mesmo modo uma técnica essencial associada à tosse dirigida que permitiu o aumento da força inspiratória para o reflexo da tosse mais eficaz e da mobilidade torácica. Realizei a drenagem postural associada com as manobras acessórias (vibração e compressão) para facilitar a progressão das secreções, não tendo efetuado a percussão torácica por estar contraindicada pelo risco de estimular broncospasmo e aumentar a dificuldade respiratória nos clientes tetraplégicos (OE, 2007). Relativamente à drenagem postural, realizei apenas a

modificada, tendo em conta que a drenagem com declive está contraindicada para clientes tetraplégicos, atendendo ao nível da lesão vertebro-medular (OE, 2007). Para evitar defeitos posturais realizei posicionamentos e transferências de forma segura e executei exercícios de mobilização dos membros superiores ativo-assistido/passivos, cintura escapular e de correção postural com recurso ao espelho quadriculado para corrigir eventuais defeitos posturais. Foi importante para mim enquanto aluna da especialidade de reabilitação, presenciar a diferença do trabalho respiratório efetuado a um cliente colaborante, realçando a motivação e colaboração na procura de ganhos diários, que se transformam em grandes acontecimentos para um cliente tetraplégico.

Segundo o exemplo do subcapítulo 2.2 em contexto comunitário, a cliente submetida a uma vertebroplastia da D12 e L3, após uma reavaliação médica pela presença de dor lombar em barra no local cirúrgico, teve indicação para uma nova cirurgia e para o cancelamento do programa de reabilitação motora. Surgiu a iniciativa de manter um programa de RFR pré-operatório até ao momento da cirurgia. Como não foi possível fazer este acompanhamento pela prioridade de clientes na Rede, realizei a consciencialização para uma melhor colaboração e aprendizagem dos exercícios a realizar no pré-operatório, de modo a promover a ventilação pulmonar no pós-operatório (Isaías, Sousa & Dias, 2012). Nas lesões de D12 e L3 pode existir alteração da força dos membros inferiores, quanto ao nível respiratório existe melhor capacidade ventilatória e eficácia na tosse, no entanto, a cliente apresentava mecanismo de tosse ineficaz. Deste modo os ensinamentos contemplaram exercícios diafragmáticos com resistência para melhorar a ventilação pulmonar; reeducação costal global e seletiva com abertura costal seletiva; expiração forçada; e tosse dirigida. No que concerne à recuperação da capacidade funcional e satisfação das necessidades da cliente foram dadas orientações para a utilização e colocação do colete de Jewett antes do levantar e sempre que se encontrava fora do leito (indicação médica); mobilização no leito em bloco; levantar (com postura de minimização de torção da coluna deitada); evicção de esforços, trepidações, posições viciosas e movimentos de torção da coluna lombar; ensino e treino da correção postural deitada, sentada e na apanha de objetos no chão; ensino de exercícios para fortalecimento dos membros inferiores, como dorsiflexão tibiotársica e dos quadricípites; equilíbrio corporal, marcha com andador; e retoma gradual à satisfação das AVD.

Durante a prestação dos cuidados de reabilitação tive em conta a gestão dos mesmos em função dos clientes, da equipa multidisciplinar e do desenvolvimento de

competências relacionais, científicas e técnicas. Na minha prática clínica direcionei os conceitos de prevenção, intervenção e promoção de modo a satisfazer as necessidades do autocuidado ao cliente e no desenvolvimento de competências de autoaprendizagem que fundamentam o meu processo de aprendizagem de forma auto-orientada e autónoma, de acordo com os Descritores de Dublin.

Concluo que o papel do EEER é determinante para o tratamento das complicações respiratórias no pós-operatório, na avaliação do cliente, planeamento, implementação de um programa de RFR, na orientação da equipa multidisciplinar e na reavaliação da intervenção. A participação ativa do cliente é imprescindível para a obtenção de bons resultados. Embora o serviço de neurocirurgia tenha um vasto número de clientes operados, poucos foram os que desenvolveram complicações respiratórias no período pós-operatório. O facto de haver uma equipa destacada para iniciar previamente o programa de RR no pós-operatório imediato, permite-me refletir o impacto positivo que acarreta na prevenção das complicações respiratórias, no tratamento contínuo e na capacitação do cliente para o autocuidado.

2.4. Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário

O regresso ao domicílio desajustado, inadequado e de escassa educação para a presente realidade, torna o processo de reintegração difícil para quem o vivência e exprime-se muitas vezes pelo medo do desconhecido, insegurança, constrangimento, incerteza e sobrecarga ao nível físico, psicológico, emocional e afetivo.

São muitos os casos onde o cliente e a família não têm a possibilidade de aprender e treinar algumas técnicas e procedimentos relevantes para a realização e promoção do autocuidado, nem é feito o devido esclarecimento dos recursos existentes na comunidade, como os produtos de apoio e estratégias adaptativas para auxiliar na concretização das necessidades. Nesta perspetiva, e de modo a desenvolver competências de EEER na readaptação do cliente com dependências no autocuidado, durante a minha prática clínica planeei e efetivei planos de intervenção individualizados para cada cliente e cuidadores, sob supervisão do EO, com vista na qualidade de vida, na reintegração e participação na sociedade. (OE, 2019a)

O sucesso para a readaptação do cliente no seu meio comunitário de forma saudável, segundo Martins (2002), depende não só da sua capacidade, mas também do apoio familiar e das condições existentes ao nível físico e social.

Enquanto enfermeira generalista num serviço cirúrgico, deparo-me com períodos de internamento onde os clientes submetidos a cirurgias têm um curto período no pré-operatório e onde as altas são planeadas aquando da entrada sendo cada vez mais precoce. Perante esta realidade surge a questão “será que os enfermeiros têm tempo suficiente para intervir na promoção do autocuidado junto do cliente e família de forma assertiva. É fornecido tempo suficiente para uma reabilitação total no cliente dependente, sendo que o cliente por vezes tem um grau de dependência mais elevado que aquele que o levou a admissão”. É fundamental a articulação entre as instituições nomeadamente, hospitalar e comunitário/instituição de saúde, de modo a haver uma ligação e continuidade nos cuidados para a promoção do autocuidado do cliente e na capacitação do cuidador.

Na especialidade neurocirúrgica o cliente centra-se nas várias alterações ao nível da funcionalidade associadas ao ato cirúrgico, aos fatores predisponíveis e no risco de complicações pós-operatórias. Portanto, em termos respiratórios a minha intervenção foi orientada para um programa de RFR com a finalidade de recuperar e melhorar a função pulmonar, tendo em conta a prevenção ou tratamento na instalação de uma complicação respiratória pós-operatória e na promoção da máxima capacitação e autonomia do cliente no regresso ao domicílio, no requisito universal a manutenção de quantidade suficiente de ar.

O enfoque dos planos de cuidados de reabilitação consistiu na promoção das capacidades adaptativas do cliente com vista a maximizar o seu potencial para o seu bem estar e na capacitação do cuidador para a readaptação funcional do cliente. Foi efetuado em contexto hospitalar a carta de alta de enfermagem, onde foi descrita a evolução clínica do cliente e identificados os requisitos universais afetados e as respetivas intervenções necessárias para dar continuidade aos cuidados de enfermagem no domicílio. Nem sempre o cliente apresenta condições sociais e familiares que permitem garantir esta continuidade, pelo que o EEER tem este papel na comunidade.

De acordo com o exemplo mencionado no subcapítulo 2.3, o cliente com tetraplegia (TVM C5), após um internamento prolongado foi transferido para uma Unidade de Reabilitação e que futuramente regressaria ao domicílio. O plano de intervenção traçado no internamento incluiu a presença dos pais nos ensinamentos e treino das técnicas respiratórias e na satisfação das necessidades do autocuidado. Embora a mãe fosse enfermeira generalista e estar familiarizada com os cuidados de higiene

e conforto, alimentação, eliminação vesical e intestinal e vestuário o pai não tinha os mesmos conhecimentos, prática e estratégias adaptativas à situação clínica do filho.

Numa situação de dependência, os familiares/cuidadores requerem uma adaptação que passa pelos conhecimentos, capacidades e habilidades de forma a lidar com as necessidades alteradas do cliente (Menoita, 2012) e a participarem como agentes do autocuidado. Deste modo, foi importante realizar ensinamentos e treino para a satisfação das necessidades do autocuidado do cliente junto do pai, onde foi incentivado ao treino e à colocação de dúvidas, promovendo a assistência nos cuidados através da aprendizagem nas ações de agente terapêutico de acordo com o Sistema de Apoio-Educativo.

Durante a sessão foram prestados cuidados de higiene e conforto na maca banheira na presença do pai, onde foram incutidos ensinamentos sobre a integridade cutânea, prevenção de queimaduras testando a temperatura da água na região com a sensibilidade mantida (ombros) iniciando pela torneira da água fria e a utilização de produtos adequados. Associada à incontinência intestinal reflexa foi feito ensinamento para o treino intestinal, de modo a provocar uma dejeção previsível, através da administração de supositório de dois em dois dias à mesma hora, massagem no abdómen (sentido dos ponteiros do relógio), remoção manual de fezes e dieta (Gender, 2000). Na eliminação vesical, na presença de bexiga neurogénica reflexa foi instruído para os cuidados com a algália e possíveis complicações. Na alimentação foi realizado a consciencialização para uma dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono e para a ingestão de líquidos equilibrada. Foram ainda realizados ensinamentos e treino sobre técnicas de levantar para cadeira de rodas/cadeirão com o elevador de forma progressiva e consoante tolerância do cliente; treino de ortostatismo na cadeira de rodas elétrica com espaldar alto para promover a carga essencial para a preservação da massa óssea, melhorar a função urinária e intestinal e para contribuir para o bem estar psicológico do cliente (Faria, 2006). No vestuário foram dadas orientações para o uso de roupa e calçado adequado que facilitam a realização da atividade e promovem o conforto, reforçando a importância da prevenção de crises de disreflexia autónoma. Relativamente aos segmentos articulares, foram preconizadas mobilizações passivas suaves dos membros inferiores e ativo-assistidas dos membros superiores proximais de modo a manter as amplitudes articulares em todos os segmentos e realizados ensinamentos sobre os posicionamentos garantindo o alinhamento corporal, conforto e a evitar complicações. Foi igualmente fundamental o papel do

EEER na identificação e envolvimento da família, em todo o programa respiratório para a prevenção de complicações respiratórias após a alta hospitalar. O ensino da RFR incidiu no relaxamento corporal para libertar a tensão muscular e facilitar a colaboração e consciencialização do cliente; orientação respiratória para a adequação dos tempos respiratórios e do padrão respiratório diafragmático; coordenação e controlo da respiração no tempo e profundidade da respiração, de modo a utilizar corretamente a musculatura respiratória e a adotar o menor dispêndio de energia; treino de exercícios passivos e de fortalecimento muscular respiratório, como treino da tosse assistida com compressão manual para limpeza das vias aéreas, técnica de expiração forçada e a utilização do inspirómetro de incentivo. (OE, 2007)

Durante todo o processo do cliente e tendo em conta o estado clínico irreversível foi explicado aos pais as medidas adaptativas que teriam de adquirir no domicílio, como o duche com dimensões para uma cadeira de rodas, um quarto no piso raso e os meios e produtos de apoio existentes para facilitar a prestação de cuidados, nomeadamente: a cadeira sanitária, o elevador, a cadeira de rodas elétrica e cama articulada. O plano de intervenção pretendeu a construção de um ambiente adaptado ao cliente de modo a compensar os défices motores, maximizar a independência funcional, minimizar a necessidade dos cuidados e atender aos aspetos psicológicos, sociais, emocionais e formativos para contribuição na melhoria da sua qualidade de vida, na preservação dos sentimentos de dignidade e autoestima e na participação na comunidade (OE, 2007). De salientar que a minha intervenção assumiu uma visão de saberes e práticas que contribuiu para uma abordagem mais integral e resolutive na dinâmica da vida social do cliente e família no encaminhamento para a comunidade, como preconizado nas competências do 2º ciclo dos Descritores de Dublin.

O EC em contexto comunitário permitiu-me constatar as necessidades que os clientes e cuidadores enfrentam no seu contexto, e assim compreender o papel basilar do EEER neste processo de transição para a maximização da autonomia e da qualidade de vida na reintegração social e familiar mais favorável. Esta situação fez-me refletir que o processo de adaptação do cliente e cuidadores não termina na alta hospitalar, mas sim inicia com a alta hospitalar e tem maior impacto no contexto comunitário. Seria importante, neste meio fornecer tempo suficiente à família/cuidador para identificar-se no novo papel que irá desempenhar no seio da família.

Na comunidade, mantive uma relação de empatia, parceria e confiança com os clientes e cuidadores e orientei a minha intervenção para os ensinamentos de técnicas

específicas que capacitem o cliente e cuidadores na satisfação dos requisitos do autocuidado, assim como nas ajudas técnicas e estratégias eficazes que promovem a autonomia e capacidade funcional do cliente na adaptação das suas limitações, de modo a promover a participação de todos os elementos na continuidade dos cuidados.

A cliente seguida em contexto comunitário, após uma vertebroplastia da D12 e L3, com indicação para reabilitação no domicílio, no plano de intervenção individualizado proposto para a cliente foram tidos em conta as alterações psicossociais e os recursos da cliente; realizados ensinamentos sobre a importância do programa respiratório para melhorar a capacidade ventilatória e o mecanismo da tosse ineficaz e do programa funcional motor para a capacitação da autonomia no autocuidado; realizado a negociação de estratégias a serem tomadas perante problemas habitacionais, como a colocação de corrimão nas escadas, barras de apoio no duche e do banco para higiene, remoção de tapetes soltos e de objetos dispersos; e feito reforço positivo em todo o seu processo de reabilitação. A adaptação das barreiras arquitetónicas permite a reinserção no meio comunitário, através da compensação dos défices motores que aumentam a capacidade funcional do cliente e minimizam a necessidade de cuidados. Deste modo, foi importante gerir as mudanças arquitetónicas exigidas pela cliente no domicílio, junto com os recursos financeiros e com a aceitação das modificações e equipamentos necessários.

Perante o descrito desenvolvi competências, preconizadas pelos Descritores de Dublin, na identificação de alternativas e estratégias para a resolução de potenciais problemas que adviriam no futuro dos clientes no domicílio e que contribuiriam no desenvolvimento das atividades do subcapítulo 2.4 e das competências no âmbito do EEER: **A1. B2. B3. C1. C2. D2.1. J1. J2. J3.** (OE, 2019/2019a)

A cliente ao longo do processo de reabilitação obteve resultados positivos ao nível respiratório e motor, resultantes da motivação, sucesso e pela valorização das informações que foram transmitidas ao longo das sessões. Torna-se relevante a atividade ativa do cliente e cuidador no processo de recuperação e readaptação, no desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social para os ganhos em saúde.

Um dos pontos determinantes que fez-me refletir por inúmeras vezes durante o percurso do EC comunitário foi a tomada de consciência da delimitação das barreiras existentes nas estruturas organizacionais, hospital e comunidade, na inexistência da comunicação eficaz ou da falta de informação pertinente fornecida na carta de alta hospitalar que impede uma articulação satisfatória entre as duas

identidades para a melhoria na prestação da qualidade dos cuidados de enfermagem individualizados ao cliente e família/cuidador. A ECCI sendo uma equipa que trabalha na comunidade e diretamente com o cuidador, tem a necessidade de saber se o cliente possui um cuidador, quem é o cuidador e que capacidades tem para prestar os devidos cuidados ao seu familiar. Muitos foram os casos que esta informação não constava na carta de alta hospitalar, sendo que a ausência de um cuidador é um critério para a exclusão do cliente na ECCI, assim como a presença de um cuidador que não apresenta capacidades físicas para dar continuidade ao plano implementado pelo EEER, carecendo de outros recursos. O EEER utiliza a informação recolhida para hierarquizar as prioridades de saúde para a consecução do plano de intervenção de reabilitação ao cliente. Deste modo a informação recolhida é essencial para alertar ao enfermeiro da família que irá encontrar, da situação clínica que a família encontra-se e de qual será o seu papel ativo neste contexto.

Com a presente experiência e com as várias dificuldades vividas na comunidade relativamente à escassez de informação relevante e proveniente do contexto hospitalar e da ausência de relação interinstitucional, terei em consideração enquanto enfermeira generalista e futura enfermeira especialista da transmissão de informação precisa e coesa na carta de alta hospitalar ou se possível de uma ligação com colegas através de uma comunicação eficaz para o contexto comunitário, de modo a evitar repercussões negativas nas vivências dos processos de transição do cliente entre o contexto hospitalar para o comunitário.

2.5. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade

Ao longo das dezoito semanas de estágio em contexto hospitalar e comunitário procurei momentos de aprendizagem para a aquisição e desenvolvimento de competências e saberes baseados na prática em enfermagem de reabilitação num ângulo de confiança e autonomia. Estes momentos de aprendizagem proporcionaram ações que foram desenvolvidas ao longo dos EC de forma progressiva, do qual permitiram-me atingir um novo papel enquanto profissional de saúde e na integração de um novo ambiente de cuidados. Embora exerça funções de cuidados de enfermagem em meio hospitalar há cinco anos num serviço cirúrgico onde dou por mim como perita, transpor-me para um serviço cirúrgico de outra especialidade e na

ECCI num contexto de cuidados especializados de reabilitação, afigurou-se um caminho de medo e de insegurança pela presença de vários focos de atenção, avaliação de diversas dimensões do cliente e pela existência de novos conhecimentos.

Apesar de o meu relatório de estágio estar direcionado para uma vertente de RFR no perioperatório do cliente neurocirúrgico, a minha formação clínica foi contemplada com as competências do EEER na abordagem do cliente com alterações nas outras vertentes, pelo que foi-me possível prestar cuidados de reabilitação nos em clientes na fase adulta e idosa, na presença de uma patologia aguda ou crónica, na fase de agudização, de estabilização e/ou paliativa, nos contextos de estágio. Concomitantemente foi-me possível a análise de documentos do serviço, no que respeita a protocolos, normas, manuais, escalas utilizadas e instrumentos de registo e de avaliação no domínio de reabilitação.

De forma a dar resposta ao objetivo delineado, na identificação das alterações funcionais do cliente alvo de cuidados especializados de reabilitação, concretizei-o através da avaliação funcional do cliente e da utilização de instrumentos de avaliação válidos, que permitiram a identificação das necessidades e o planeamento dos cuidados. Segundo Spruit et al., (2013), McCarthy, et al., (2015) & Welsh, et al., (2015) a avaliação da capacidade funcional permite determinar o estado físico funcional do cliente, a gravidade da doença e o seu prognóstico.

A minha prática clínica foi orientada para identificar necessidades alteradas, definir diagnósticos de reabilitação compreendidos na OE (2015c), planear intervenções especializadas, implementar estratégias e atingir resultados esperados.

No sentido de desenvolver competências na reeducação e otimização das alterações funcionais do cliente, procedi à realização do exame neurológico (subcapítulo 2.2). Saliento a dificuldade para avaliar alguns dos parâmetros contemplados no exame neurológico, nos clientes neurocirúrgicos em virtude da ausência da capacidade cognitiva preservada e pela demora na realização da avaliação do exercício em contexto comunitário, onde o tempo é contabilizado. Na avaliação da capacidade funcional do cliente nas AVD, foi aplicado a MIF e o Índice de Barthel na admissão e durante a evolução do cliente (OE, 2016). Para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão foi utilizada a Escala de Braden e no risco de ocorrência de quedas a Escala de Morse. A National Institute of Health Stroke Scale permitiu avaliar o comprometimento causado nos clientes com AVC.

A utilização das escalas no início do programa de reabilitação e no seu seguimento permitiu demonstrar os ganhos em saúde obtidos através dos cuidados especializados prestados no âmbito da reabilitação.

No ramo das alterações sensoriomotora, tive em contato com doenças neurológicas como Hematoma Subdural e o AVC e neuromusculares como a ELA. No âmbito das doenças neurológicas, observei clientes com alteração do estado mental, motricidade e padrão espástico instalado, alteração da sensibilidade, do equilíbrio e marcha. Com este panorama a intervenção de reabilitação consistiu em evitar ou diminuir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular os movimentos do lado mais afetado do cliente. Como estratégias terapêuticas adotei técnicas como: facilitação cruzada (trabalho sobre o lado menos afetado); terapia de restrição e indução de movimento (forçar o uso do lado mais afetado); posicionamento anti-espástico (reduzir a espasticidade e prevenir alterações músculo-esqueléticas); estimulação sensorial - PEM; programa de mobilizações (passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas); atividades terapêuticas: rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral, automobilização, carga no cotovelo; exercícios de equilíbrio, levante, transferências, treino de marcha controlada; e treino das AVD. (Menoita, 2012)

O EC no serviço da neurocirurgia foi muito enriquecedor, na medida em que pude conjugar as técnicas com os vários equipamentos que o serviço dispunha. Deste modo, utilizei a tala pneumática de Margaret Johnson no membro superior mais afetado do cliente de jeito a inibir padrão espástico, promovi a correção postural e a integração do esquema corporal através da terapia do espelho quadriculado, realizei levante para cadeira de rodas e proporcionei a posição ortostática na cadeira de rodas elétrica, utilizei a superfície de trabalho transparente de modo a facilitar a integração do hemicorpo lesado no esquema mental e forneci material como objetos com texturas diferentes para permitir a estimulação sensorial.

Nos clientes com alteração da comunicação, afasia, as intervenções de reabilitação compreenderam estratégias como fornecer tempo ao cliente para se expressar, encorajar a pronunciar frases curtas, fornecer um ambiente calmo, estimular o riso, o bocejo, possibilitar outras formas de expressão como o desenho, fornecer tarefas de designação de objetos ou figuras e exercícios de associação do significado com recursos visuais, auditivos, gestuais e contextuais (Menoita, 2012 & Lopes et al., 2013). Foi constrangedor sentir a frustração de uma cliente com afasia

de expressão, por não conseguir expressar-se, sendo visível a minha tentativa de compreensão perante uma comunicação não eficaz. Neste momento, senti a necessidade de procurar algo que pudesse ajudá-la, então tentei manter uma atitude positiva na cliente, tranquilizei-a com o toque e estimulei-a a apontar ou a dar pistas sobre as palavras que ela procurava. Foi enriquecedor pois passado umas semanas a cliente conseguia comunicar e a sua evolução foi positiva ao longo da aplicação das técnicas. Não descorando o trabalho da terapeuta da fala, que foi essencial no seu percurso.

O treino de AVD foi de mesmo modo relevante, pois foi um momento onde foi possível implementar intervenções para ajudar a estimulação sensorial como as mobilizações, o envolvimento do toque do lado mais afetado e a aplicação de água com diferentes temperaturas durante a higiene (Lopes et al., 2013). O treino de AVD consistiu no ensino, instrução e treino das várias atividades, nomeadamente no uso de produtos de apoio para a correta utilização e na adaptação das dificuldades às características de cada AVD, no incentivo do membro mais afetado a realizar os cuidados de higiene pessoal, vestuário e alimentação. (Lopes, et al., 2013)

Um dos pontos fundamentais que tomei conhecimento foi que o processo de reabilitação não depende apenas de um conjunto de técnicas e produtos de apoio, mas da continuidade e inter-relação de toda a equipa para promover a qualidade de vida do cliente. Isto é primordial, no entanto em contexto comunitário a equipa é a família que tem um papel fundamental no incentivo, motivação e estimulação do cliente para o programa de reabilitação diário.

Foi importante a prestação de cuidados de reabilitação no domicílio, pois os recursos são diferentes dos que usufrui no hospitalar, deste modo tive que desenvolver a capacidade de adaptação no contexto. A criatividade foi algo que ressaltou sendo uma forma de contribuir para a estimulação e concretização das intervenções para a continuidade dos cuidados. Desta forma, foram empregues exercícios para a motricidade fina com molas de roupa e peças de puzzle com pega (jogos dos netos); coordenação motora foi incentivado o bater de palmas consoante o som da música e a tocar no nariz (Lopes, et al., 2013); no treino da RFR foi fornecido colher de pau ou bengala de modo a realizar reeducação costal global.

Foi tido em conta a promoção de um ambiente terapêutico no domicílio que garantisse a qualidade de vida do cliente com incapacidades, portanto, foram criados meios para acessibilidade, segurança e autonomia dos clientes através da

substituição de barreiras como degraus, terrenos irregulares, grandes aclives ou declives através da colocação de rampas, da remoção de portas em locais estreitos de passagem, da disposição dos móveis e eletrodomésticos de modo a favorecer o alcance e a usabilidade, remoção de tapetes e objetos soltos e colocação de barras de apoio para facilitar as transferências e garantir a segurança durante o banho, subida/descida de escadas e marcha. A manutenção de uma relação de empatia com cliente foi importante para incentivar e facilitar a compreensão da mudança do seu espaço para garantir a acessibilidade e autonomia.

Em contexto comunitário prestei cuidados a uma cliente que sofria de uma doença neuromuscular - ELA. Na primeira visita deparei-me com uma cliente calma, consciente e orientada. Ao nível da motricidade apresentava força muscular 0/5 nos membros inferiores e de 2/5 nos membros superiores (MRC muscle); sem alteração do tônus muscular em todos os segmentos corporais (Ashworth) e da sensibilidade; apresentava algias nas articulações segundo escala numérica (4); e apresentava equilíbrio estático em posição de sentada. Ao nível respiratório a cliente encontrava-se a realizar ventilação não invasiva 24horas/dias, com respiração torácica, profunda, com saturação periférica de 93%, numa Escala de Borg modificada de 3/10, em decúbito dorsal. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular audível em todos os lobos pulmonares sem presença de ruídos adventícios. Sem alterações ao nível da deglutição e comunicação.

O programa de reabilitação funcional motora teve como objetivo inibir espasticidade, evitar deformidades músculo-esqueléticas, manter integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas e melhorar a circulação de retorno. Deste modo o programa incidiu nas contrações isométricas de toda a musculatura conforme tolerância da cliente; exercícios passivos dos membros inferiores, ativo-assistidos dos membros superiores com suporte do ombro durante a abdução/adução, na mobilização da cintura escapulo-umeral ou em movimentos acessórios por apresentar algia; aplicado calor e realizado Massagem Terapêutica (MT) na região lombar e ombro; ensino à família de técnicas adequadas de transferência para cadeira de rodas ou cadeira sanitária com elevador elétrico, posicionamentos e mudanças de decúbitos; realizado o encorajamento da família para efetuar modificações na casa para facilitar a deslocação da cliente nas diferentes áreas, como espaços abertos para transferir a cadeira de rodas, adaptação do duche e sanita para cadeira sanitária; ensino à cliente e família de futuros tratamentos, como

colocar uma gastrostomia por disfagia e traqueostomia por dificuldade respiratória. Ao nível respiratório o programa de RFR visava melhorar oxigenação e trocas gasosas, diminuir trabalho respiratório, reduzir sinais de dispneia e prevenir complicações de modo a manter ou a diminuir o declínio da função pulmonar. Foi efetuado posicionamento de descanso e conforto; executados exercícios de reeducação respiratória com interface na sincronia e harmonia com o equipamento da ventilação não invasiva, com/sem resistência abdominal; ensino da tosse assistida e utilização Cough Assist, para assegurar a permeabilidade das vias aéreas (Sousa & Duque, 2012; Pinto, 2018). A cliente no final da sessão apresentava diminuição do trabalho respiratório com saturação periférica superior às iniciais (97%) e Escala de Borg modificada de 1/10. Apercebi-me que a RFR mesmo associada ao uso da ventilação não invasiva tem efeito satisfatório nestes clientes na redução de sinais de dispneia e na diminuição da ansiedade.

O papel do EEER no cliente com ELA tem como objetivo melhorar a funcionalidade, prevenir a perda funcional e promover a inclusão do cliente a nível social (Hallum, 2009). Deste modo é essencial o acompanhamento frequente e próximo, baseado em avaliações sérias a partir das necessidades do cliente, de forma a identificar potenciais complicações e a intervir nas incapacidades, incluindo dispositivos e tecnologias necessárias para o foco da autonomia e o máximo de independência na cliente. Numa situação repleta de sentimentos, emoções e tristeza torna-se difícil harmonizar o cuidador e o cliente, surgindo desgaste por parte do cuidador e revolta por parte da cliente. Após esta avaliação percebi que por mais que tentasse junto com a minha EO, encontrar as palavras certas para tranquilizar a cliente e aliviar o sofrimento do cuidador, estava a presenciar uma situação que estava para além das minhas capacidades formativas. Desta forma, e em consonância com a EO foi possível encaminhar a cliente e o familiar para a colega com formação em paliativos e médica assistente, sendo que o *feedback* foi positivo para ambas as partes. O que tornou-se vantajoso, e fez-me refletir da importância do encaminhamento das situações para as pessoas peritas na área, havendo assim o trabalho em equipa e o desenvolvimento de soluções em situações limitadas, como descrito nos Descritores de Dublin na tomada de decisão e realização de julgamento.

No EC comunitário, tive a oportunidade de trabalhar com clientes do foro respiratório com características diferentes das do contexto hospitalar, como foi o caso de uma cliente com DPOC. O objetivo da RR na cliente com DPOC assentou-se na

otimização terapêutica (gestão do regime terapêutico e execução das técnicas de terapêutica respiratória - terapêutica inalatória e utilização de nebulizadores), educação para a saúde (importância dos exercícios), RFR, treino de exercício, intervenção nutricional e intervenção psicossocial. (Menoita & Cordeiro, 2012)

A cliente encontrava-se na ECCI a realizar o Programa RR há quatro semanas mas segundo EO a cliente não cumpria a prescrição do treino diário, sendo só realizado na presença do EEER. Tornou-se um desafio, tendo em conta estar na presença de uma cliente com capacidades cognitivas e motoras para realizar o treino diário, no entanto o fator motivação era pouco e era necessário estimular e encorajar a cliente a dar continuidade ao programa RR para seu benefício. Desta forma, tomei conhecimento da história clínica da cliente e do programa de RR estipulado e questionei a cliente sobre a sua rotina diária de modo a estabelecer objetivos individuais e intervenções de treino motor e cardiorrespiratórios adequados e de acordo com a sua preferência. Em cada sessão foi efetuada a avaliação dos parâmetros vitais, saturação periférica e auscultação pulmonar no início e no final da sessão de modo a comparar a evolução e realizada a avaliação da dispneia durante as sessões recorrendo à Escala de Borg modificada assegurando uma sensação de esforço de 4 a 6. Foi empregue o questionário DPOC Assessment Test no início da avaliação da cliente, de forma a avaliar o impacto da DPOC na vida da cliente e a tirar o máximo benefício do tratamento na gestão da doença (DGS, 2019). A cliente ao nível motor mantinha força muscular de 4/5 em todos os segmentos corporais (MRC muscle) e sem alteração do tônus muscular (Ashworth). Mantinha sensibilidade, sem alterações do equilíbrio e da marcha. Ao nível respiratório apresentava dispneia funcional, com respiração torácica e aumento da frequência respiratória 25 ciclos/minutos, com saturação periférica 90-93% sem aporte de oxigénio, Escala de Borg modificada de 1-2/10, à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído e presença de sibilos com maior ênfase na fase expiratória.

O programa para o treino incluiu exercício aeróbico para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e adoção de um padrão respiratório eficiente no esforço, com exercícios de reeducação respiratória, com ênfase na fase expiratória, para promover o esvaziamento alveolar completo; exercícios de força muscular para o aumento dos principais grupos musculares e melhoria na realização das AVD, que consistiu em exercícios de fortalecimento muscular do peitoral e dos membros superiores e inferiores com utilização de instrumentos como bastão, halteres (garrafa de água de

33 centilitros com areia), faixa elástica, bicicleta ergométrica; treino de equilíbrio; correção postural e prevenção de deformidades torácicas, exercícios de flexibilidade e alongamento com recurso ao espelho do quarto para aumento da amplitude de movimentos e otimização da eficiência ventilatória; treino de marcha, escadas e de técnicas de conservação de energia nas AVD, nomeadamente: higiene, calçar/descalçar, realizar toilette sentada, colocar objetos da cozinha mais utilizados nas prateleiras mais próximas, dividir o tempo das tarefas domiciliárias; subir/descer escadas degrau em degrau e com pausas; e incentivo e ensino na tosse dirigida, utilização da Acapella, realização da higiene brônquica e a importância da ingestão hídrica para fluidificar secreções e assegurar permeabilidade das vias aéreas (Menoita & Cordeiro, 2012; DGS, 2019).

Após as sessões a cliente apresentava respiração toracoabdominal com frequência respiratória de 19-22 ciclos/minutos, saturações periférica entre 94-97% e Escala de Borg modificada de 2-3/10 logo após o esforço e murmúrio vesicular mais audível com diminuição de síbilos à auscultação. Durante as sessões apercebi-me da importância da prescrição do exercício na dose correta, ou seja, moderar a intensidade e a frequência dos exercícios, realizando uma aumento gradual de acordo com a tolerância da cliente, o que leva a uma melhor motivação e destreza motora. Assim como, pude verificar que nestes clientes é essencial a respiração coordenada com o exercício, sendo imprescindível a expiração no esforço e a inspiração no repouso, de modo a combater a fadiga e a tolerar o esforço. Este foi um ensino presente aquando da realização dos exercícios e transpondo nas tarefas do quotidiano para a conservação de energia.

Os exercícios foram executados estabelecendo uma sequência, de forma à cliente interiorizar, estipulados horários para o treino diário e efetuados contatos telefónicos semanais a encorajar a cliente a realizar o treino e a esclarecer dúvidas ou preocupações que pudessem ser impeditivas do seu desempenho nas atividades empregues. Contudo, afirmo que foi importante conhecer e avaliar o contexto da cliente, de modo a perceber de que forma era possível intervir como facilitador nas barreiras exigentes à atividade física e no acompanhamento profissional de forma a criar rotinas de treino de acordo com a tolerância da cliente, na conservação de energias nas AVD e na promoção da reabilitação para a estabilização da sua doença com expectativas realistas.

De jeito a desenvolver competência na área da responsabilidade enquanto facilitador de aprendizagem, realizei uma sessão de formação em contexto comunitário sobre o Estudo Caso realizado a uma cliente submetida a uma PTA (Apêndice VI). Segundo Velez (2009) a formação em serviço permite proporcionar a melhoria dos cuidados de enfermagem, tendo em consideração a satisfação dos profissionais de saúde, a implementação de novas técnicas e intervenções, o desenvolvimento de novas capacidades assim como a evolução para novas atitudes e comportamentos. A formação foi realizada com intuito de dar a conhecer à equipa de enfermagem o trabalho realizado aos clientes com PTA perante a intervenção individualizada do EEER, na fase do pós-operatório, na comunidade (Apêndice VIII).

Com o intuito de maximizar a funcionalidade dos clientes submetidos a uma PTA no domicílio, foi realizado um desdobrável com os cuidados a ter após a cirurgia de forma a atingir a sua plenitude nas AVD (Apêndice IX).

O contexto comunitário proporcionou-me uma vasta coleção de experiências ao nível da prestação de cuidados de reabilitação ao cliente do foro ortopédico, nomeadamente, PTA, PTJ e Síndrome de Imobilidade. Os objetivos de reabilitação no cliente de foro ortopédico abrangeram a manutenção das amplitudes articulares, o aumento do força muscular, a promoção do equilíbrio e da marcha, o evitamento de luxações da prótese, a melhoria da qualidade de vida do cliente e a promoção do autocuidado. (Barros, et al., 2017)

O programa de reabilitação ao cliente ortopédico compreendeu uma avaliação global e contínua, sendo utilizado escalas adequadas e válidas como as já referidas, e introduzido nesta fase a avaliação das amplitudes articulares através do goniómetro, que permitiram fornecer um plano personalizado e a assegurar uma maior independência e autonomia ao cliente durante todo o programa funcional motor.

O plano de intervenção consistiu em ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos: contração abdominal, glúteos, quadricípites e isquiotibiais; exercícios isotónicos: mobilização articular passiva, ativa-assistida, ativa e ativa-resistida, tendo em conta a manutenção da amplitude do movimento dentro dos limites definidos e orientados de acordo com a técnica cirúrgica; exercícios de fortalecimento muscular; treino de equilíbrio estático e dinâmico; levante; transferências; treino de marcha e de obstáculos; e treino da retoma gradual das AVD. (Kisner & Colby, 2009)

Em complementaridade, foram realizados exercícios respiratórios de modo a melhorar tolerância ao esforço e a capacidade no autocuidado, melhorar a ansiedade

e depressão, assegurar a permeabilidade das vias aéreas e a corrigir eventuais defeitos ventilatórios. (Cordeiro & Menoita, 2012)

O envolvimento do cuidador é imprescindível para dar continuidade ao programa de reabilitação diário do cliente. Foi notório que a cliente do estudo caso teve um resultado positivo, na recuperação das suas incapacidades, não só pela sua força de vontade de voltar a andar, como pelo papel do cuidador no encorajamento da continuidade da reabilitação diária e na promoção das tarefas das AVD. É a partir da tomada de consciência de cada papel, que permite que os intervenientes cumpram com a sua missão e que haja a obtenção de um resultado de excelência através da avaliação de instrumentos válidos e que reflète na motivação e satisfação do cliente.

Tenho a salientar que o uso do goniómetro tornou-se um instrumento de avaliação imprescindível na amplitude articular. Isto porque, ao longo da minha aprendizagem e da exigência da mesma, a avaliação da força muscular tornou-se insatisfatória para comprovar a evolução da minha intervenção na avaliação do movimento muscular. Pelo que senti a necessidade de comprovar com dados mais concretos e visíveis, repercutindo este resultado com a utilização do goniómetro. Como foi notório na evolução da amplitude coxofemoral da cliente do estudo tendo evoluído de 35° numa avaliação inicial para 90° da amplitude da articulação na avaliação final, através do cumprimento das intervenções implementadas.

A Escala de Zarit também tornou-se um instrumento importante de avaliação da sobrecarga do cuidador, uma vez que damos maior ênfase à recuperação do cliente e desvalorizamos o trabalho feito pelo cuidador, que por vezes leva a uma situação de desgaste e repercute negativamente na evolução do cliente. Portanto, a minha preocupação foi junto do cuidador encorajar a expressão de preocupações e de sentimentos, de modo a intervir junto do mesmo na identificação de possíveis dúvidas que pudessem conduzir ao impedimento do cuidado esperado.

Pude constatar na participação do programa “Diabetes em Movimento” efetuada no pavilhão desportivo na presença de um professor e de um enfermeiro, que a compreensão, as expectativas, a vontade, a satisfação, o prazer e a predisposição lúdica na concretização de programas de exercícios permite uma maior adesão por parte dos clientes para a sua recuperação e capacidade para a autonomia.

Em algumas situações deparei-me a questionar com a EO qual seria o caminho a ter em famílias onde existe a falta de apoio familiar e a presença de barreiras arquitetónicas insuficientes. Torna-se difícil perceber qual é o limite do nosso papel de

reabilitação nestes casos, sendo que a família que está do outro lado exige de certa forma o tratamento correto e a promoção da máxima autonomia e independência funcional. É uma situação difícil de gerir as expectativas tanto do cliente como da família e de concretizar atividades onde o local de trabalho não é o ideal. Desta forma, cabe a nós profissionais saber gerir as expectativas consoante o cliente que temos, o diagnóstico do mesmo e a recuperação possível.

Várias foram as dificuldades que surgiram na implementação dos cuidados de reabilitação dos clientes por falta de recursos materiais, no entanto, recorre-se à nossa capacidade de adaptação e de intervenção para que os exercícios sejam realizados e que traduzem no máximo de ganhos de saúde para o cliente. Um cliente admitido na ECCI, por Síndrome de Imobilidade onde foi necessário realizar treino de obstáculos, foram colocados utensílios como garrafa de água, frasco de sabão da loiça no chão para o cliente poder executar o exercício no domicílio. Percebi que o EEER deve ter a capacidade de promover e de manter a independência máxima do cliente mesmo quando estes atingem o objetivo do programa de reabilitação. Neste caso, o cliente após a alta foi encaminhado para a universidade sénior de modo a manter-se ocupado e feito o incentivo para caminhadas diárias. Foi gratificante observar semanas depois como a caminhada já era uma prática recorrente do cliente e que estava apto para ter alta. O papel do EEER não termina com a alta, é importante arranjar estratégias de forma a dar continuidade ao processo de reabilitação, mesmo após o seu término.

Tendo como linha de pensamento a Teoria do Autocuidado preconizado por Orem, as minhas intervenções tiveram como seguimento a capacidade do cliente para o autocuidado e a identificação das suas necessidades alteradas, atendendo aos três sistemas de apoio à TDAE, especificamente, o Sistema Totalmente Compensatório, Sistema Parcialmente Compensatório e o Sistema de Apoio – Educativo. Para a aplicabilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, tive em conta a identificação dos requisitos do autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, aplicando os métodos de ajuda identificados por Orem, na maximização do potencial de recuperação do cliente.

Diante disto, apronto para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER: **A1. B2. B3. C1. C2. D2.1. J1. J2. J3.** (OE, 2019/2019a) e competências na capacidade de lidar com questões complexas e de criar soluções/estratégias através da aplicação de conhecimentos, segundo os descritores de Dublin.

3. AVALIAÇÃO

O meu percurso formativo foi muito enriquecedor pela variedade de experiências de aprendizagens que me foram proporcionadas e contribuíram para o processo de articulação entre a prática e a teoria, os quais permitiram o desenvolvimento de competências num cuidar em enfermagem de reabilitação. Um dos pontos fortes na concretização dos EC refere-se à aquisição de conhecimentos no âmbito da Reabilitação e na execução dos objetivos delineados em projeto de estágio, os quais concederam o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, numa fase inicial com uma atitude mais dependente do EO e posteriormente com uma atitude mais pró-ativa e assumindo o papel de enfermeira de reabilitação no seio da equipa multidisciplinar. Um dos obstáculos na fase inicial do EC no serviço da neurocirurgia, foi a gestão de turnos e a sobrecarga horária que dificultou o desenvolvimento de trabalhos durante o estágio. No entanto, a realização de turnos consecutivos no serviço permitiu uma prática contínua no acompanhamento dos clientes maximizando o potencial funcional dos clientes e promovendo a independência na satisfação das necessidades. O mesmo se adequa à organização e metodologia de trabalho preconizado no serviço com EEER destacado aos cuidados de reabilitação que possibilitaram a implementação de programas de reabilitação individualizados, priorizando os cuidados aos clientes de acordo com o seu potencial de recuperação e autonomia. O serviço da neurocirurgia revelou ser uma escola no âmbito da reabilitação, pela diversidade de experiências e aprendizagens que possibilitaram a mobilização de conhecimentos nas diversas áreas de atuação. A ECCI proporcionou um leque de experiências que revelou ser um campo desafiante na minha aprendizagem pela intervenção do EEER no núcleo das reais dificuldades e necessidades do cliente/família na procura de soluções e estratégias adaptativas para colmatar perante condições limitativas. Foi visível os ganhos em saúde nos dois campos de EC, no âmbito da independência no autocuidado do cliente, tendo sido gratificante a implementação do programa de reabilitação na procura da excelência como EEER.

Pretendo criar um plano de ação ao cliente/família, na implementação de programas de reabilitação desde a admissão até à preparação da alta/instituições de saúde com o intuito de contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, a partir da redução do tempo de internamento, maximização das capacidades funcionais e potencial de recuperação e na reinserção do cliente em contexto familiar e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo espelha o processo de análise, descrição e reflexão sobre factos relevantes da produção escrita deste relatório, que translada a aprendizagem e a aquisição de competências comuns e específicas do EEER, delineadas no projeto de estágio e de toda a experiência vivida na prática clínica. Os contextos clínicos permitiram aprofundar conhecimentos teóricos e desenvolver competências no domínio da intervenção do EEER na área da RFR no cliente neurocirúrgico no perioperatório, assim como a aquisição de competências apoiadas no elo entre a evidência científica e a prática clínica, sendo o serviço de neurocirurgia o local basilar na implementação do projeto de formação.

A intervenção do EEER tem como propósito minimizar sintomas respiratórios e maximizar a função pulmonar, possibilitando a melhoria da qualidade de vida e autonomia do cliente no autocuidado. A evidência científica documenta a eficácia da intervenção especializada do EEER no cliente com alteração da função pulmonar no âmbito cirúrgico, todavia pude verificar que existe uma carência de informação referente às complicações respiratórias no perioperatório do cliente neurocirúrgico. De acordo com a experiência de aprendizagem que me foi proporcionada constatei que existe ganhos da RFR no perioperatório no cliente neurocirúrgico no que concerne à prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório e na otimização e maximização da capacidade respiratória com decurso na melhoria da eficácia das trocas gasosas e na expansão pulmonar e torácica.

A educação perioperatória foi uma estratégia presente ao longo da prática clínica que apontou como ponto crucial na prevenção e tratamento de complicações respiratórias no pós-operatório, na qual compreendeu o ensino e treino de exercícios e técnicas respiratórias a realizar no pós-operatório de modo a otimizar a função pulmonar. A intervenção especializada da RFR na minha aprendizagem clínica permitiu obter ganhos no cliente neurocirúrgico quanto à função pulmonar na melhoria da capacidade ventilatória nos focos da ventilação, limpeza das vias aéreas e no expetorar e na autonomia na realização da satisfação das necessidades do autocuidado, como a higiene, vestuário, uso sanitário e alimentação.

Contudo, saliento a importância de uma avaliação precoce e precisa, com foco nos desvios ao previsto e nos objetivos para a capacitação do cliente, otimizando os recursos e disponibilizando intervenções praticáveis e adequadas, com vista a garantir

a diminuição do impacto e/ou o êxito na resposta ao problema e na análise dos resultados obtidos de forma a dinamizar a contribuição na qualidade dos cuidados.

A planificação da alta hospitalar e a articulação com outras instituições de saúde é indispensável na medida que emerge a continuidade da prestação de cuidados especializados ao cliente e família, na readaptação da funcionalidade do cliente com linhas estratégicas e recursos traçados para garantir o regresso ao domicílio com sucesso e a promover a capacitação do cuidador a adaptar-se no seu novo papel como cuidador. O contexto comunitário permite ter uma visão mais abrangente e holística do cliente e família, onde são os elementos que assumem um papel importante na gestão da doença e na capacitação do cliente para o autocuidado, pelo que devem ser fornecidas linhas orientadoras para assegurar a continuidade de cuidados especializados neste âmbito.

De sublinhar que todas as experiências de aprendizagem vivenciadas na área de reabilitação no decorrer da prática clínica hospitalar e comunitária, permitiram a procura da minha nova identidade ao nível profissional, pelo desenvolvimento de competências especializadas que corroborem do progredimento das competências dos cuidados gerais, tendo sido uma mais valia, na melhoria da qualidade dos cuidados que presto como na partilha e transmissão de informação pertinente aos restantes elementos da equipa interdisciplinar.

Tendo em conta que existe pouca evidência científica da RFR nos clientes neurocirúrgicos na presença de uma complicação respiratória pós-operatória, espero que o presente trabalho possa ser motivador para outros estudos, frisando a importância da implementação de um plano de reabilitação apontado para os clientes neurocirúrgicos com risco de alteração da função pulmonar, evidenciando as intervenções e comprovando os ganhos em saúde, benefício e eficiência dos cuidados do EEER no perioperatório.

Num futuro próximo tenciono poder desenvolver funções, enquanto enfermeira especialista de reabilitação, no serviço onde desempenho atualmente funções, e contribuir com as minhas competências adquiridas na melhoria da prática de cuidados ao cliente em contexto cirúrgico. Efetivamente na preparação do período pré-operatório e na prevenção e/ou tratamento de complicações respiratórias no pós-operatório para uma recuperação precoce do cliente cirúrgico, na perspetiva de levar a minha ambição de criar uma consulta de enfermagem perioperatória, no sentido de gerar estratégias e a colmatar as necessidades do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019, Fevereiro). SNS continua a aumentar a atividade assistencial em 2018. ACSS. Acedido 17/02/2020. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2019/02/14/sns-continua-a-aumentar-a-atividade-assistencial-em-2018/>.
- American Thoracic Society/ European Respiratory Society. (2013). *An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation*. American Journal Respiratory Critical Care Medicine, Vol.188 (8), e13-e64/e16. **Doi:** 10.1164/rccm.201309-1634ST.
- Atrice, M.B., Morrison, S.A., McDowell, S.L., Ackerman, P.M., & Foy, T.A. (2009). Lesão Medular Traumática. In D.A. Umphred (Coord.), *Reabilitação Neurológica* (pp.534-573). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Barros, E.C., Cambruzzi, G.S., Souza, J., Barroso, J.F., & Silva, L.P. (2017). *Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril*. Florianópolis: Perse.
- Cordeiro, M.C.O., & Menoita, E.C.P.C. (Coord). (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Degani-Costa, L.H., Faresin, S.M., & Reis Falcão, L.F. (2012). Avaliação pré-operatória do paciente pneumopata. *Revista Brasileira Anestesiologia*. 64(1), 22-34. Acedido 17/02/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v64n1/0034-7094-rba-64-01-0022.pdf>.
- DesJardins, T., Burton, G., & Timothy, P. (2015). *Clinical manifestations and assessment of respiratory disease*. Mosby Elsevier. ISBN 978-0-323-24479-4.

Direção-Geral da Saúde (2019). Circular Informativa Nº:014/2019 de 07/08/19. Orientações técnicas Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido 28/04/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-070820191.aspx>.

Dronkers, J., Veldman, A., Hoberg, E., Waal, C., Meeteren, N. (2008). Prevention of pulmonary complications after upper abdominal surgery by preoperative intensive inspiratory muscle training: a randomized controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22(2), 134-142. **Doi:**10.1177/0269215507081574.

Duarte, A.T., & Machado, H.S. (2016). Postoperative Pulmonary Complications: Na Epidemiological, Risk Factors and Prevention Review. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 7(1), 1-8. **Doi:** 10.4172/2155-6148.1000600.

Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII(1), 45-53. **Doi:**10.1016/S0873-2159(15)30467-0.

Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Gender, A.R. (2000). Regulação e eliminação intestinal. In S.P. Hoeman. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (pp.489-514). Loures: Lusociência.

Guleria, R., & Mandan, K. (2012). Pulmonary complications in neurosurgical patients. *Indian Journal of Neurosurgery*, 1(2), 175-180. **Doi:**10.4103/2277-9167.102299.

Hallum, A. (2009). Doenças neuromusculares. In D.A. Umphred (Coord.), *Reabilitação Neurológica* (pp.384-440). Rio de Janeiro: Elsevier.

Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M., & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Instituto Nacional de Estatística (2018). Anuário Estatístico de Portugal – 2018. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Isaías, F., Sousa L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.303-314). Loures: Lusociência.

Joint Quality Initiative Informal Group (2000). «Tuning - sintonizar as estruturas educativas da Europa», Descritores de Dublin. Acedido 18/02/2020. Disponível em: https://aneste.org/descriptores-de-dublin.html#Descritores_de_Dublin_para_o_1%C2%BA_e_2%C2%BA_Ciclos

Katsura, M., Takeshima, T., Fukuhara, S., Furukawa, T.A. (2015). Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery (Review). *The Cochrane Collaboration*, (10), 1-79. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010356.pub2.

Kisner, C., & Colby, L. (2005). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. (4ª ed.). Guanabara São Paulo: Editora Manole.

Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos*. (5ª ed.). Brasil: Editora Manole.

Lawrence, V.A., Cornell, J.E., & Smetana, G.W. (2006). Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: Review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 596-608. Acedido 15/05/2020. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=722395>.

Lopes, P.C.G. (2011). *A Ansiedade do doente no período pré-operatório* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.19/1653>).

Lopes, S.C.S., Mendes, V.L.F., Oda, A.I., Scianni, A.A., Ourique, A.A.B., Barroso, C.B.R.B., ... Palmini, S.F. (Coord.). (2013). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Brasília: Ministério de Saúde. ISBN 978-85-334-2083-0.

Martins, M.M.P.S. (2002). *Uma Crise acidental na Família: O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Martins, M.C.A., & Fernandes, P.F.C. (2010). *O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito*. (Relatório Científico e Técnico). Disponível em: (https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%c3%a3o%20de%20caso%20art%20_2010%20REposit%20C.pdf).

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library*. (2), 1-3. **Doi:** 10.1002/14651858.CD003793.pub3.

McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module - an electronic Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21/22), 3177-3187 **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2010.03304.x.

Menoita, E. (Coord.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Semiologia Clínica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.21-44). Loures: Lusociência.

Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Exames Complementares de Diagnóstico. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.45-56). Loures: Lusociência.

Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Patologia Respiratória Obstrutiva. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.251-301). Loures: Lusociência.

Meredith, T., & Massey, D. (2011). Respiratory assessment 2: More key skills to improve care. *British Journal Of Cardiac Nursing*, 6(2), 63-68.
Doi:<https://doi.org/10.12968/bjca.2011.6.2.63>.

Miller, S., Owens, L., & Silverman, E. (2015). Physical Examination of the Adult Patient with Chronic Respiratory Disease. *MEDSURG Nursing*, 24(3), 195-198.
Acedido 17/02/2020. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26285386/>.

Moore, T. (2007). Respiratory assessment in adults. *Nursing Standard*. 21(49), 48-56.
Doi:[10.7748/ns2007.08.21.49.48.c4605](https://doi.org/10.1016/j.nurs.2007.08.001).

Neto, L.J., Thomson, J.C., & Cardoso, J.R. (2005). Postoperative respiratory complications from elective and urgent/emergency surgery performed at a University Hospital. *Journal Brasileiro de Pneumologia*. 31(1), 41-47. Acedido 17/02/2020. Disponível em:
https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/en_23454.pdf.

Novaes. L.C., & Santos. M.F. (s.d.). *Técnicas de Relaxamento*. Acedido 12/04/2020. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5415862/mod_resource/content/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Relaxamento.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Com Traumatismo Vértex Medular. Guia Orientador de Boa Prática: Cadernos OE. Série I. Número 2. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: 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*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Reabilitação Respiratória. Guia Orientador de Boa Prática: Cadernos OE. Série 1. Número 10*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp. 13565.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6^a ed). St. Louis: Mosby. pp.45.

Overend, T.J., Anderson, C.M., Lucy, S.D., Bhatia, C., Jonsson, B.I., & Timmermans, C. (2001). The effect of incentive spirometry on postoperative pulmonary complications: a systematic review. *Chest*, 120(3), 971-978. Acedido 03/05/2020. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)50183-9/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)50183-9/pdf).

Palange, P., & Simonds, A.K. (Eds.). (2013). *ERS Handbook of Respiratory Medicine*. (2ªed.). Sheffield: HERMES. ISBN 978-1-84984-040-8.

Pinto, A. (2018, Junho). A Esclerose Lateral Amiotrófica e a Reabilitação Respiratória. *Air Care Centre Linde Saúde*. Acedido 30/03/2020. Disponível em: <http://respirarmelhor.pt/a-esclerose-lateral-amiotrofica-e-a-reabilitacao-respiratoria/>.

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Qaseem, A., Snow, V., Fitterman, N., Hombake, E.R., Lawrence, V.A., Smetana, G.W., & Weiss, K.B. (2006). Risk Assessment for and Strategies To Reduce Perioperative Pulmonary Complications for Patients Undergoing Noncardiothoracic Surgery: A Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 575-580. Acedido 18/02/2020. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-144-8-200604180-00008?doi=10.7326%2F0003-4819-144-8-200604180-00008>.

Ridenti, F.A.S. (2012). Neurogenic pulmonary edema: a current literature review. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 24(1), 91-96. Acedido 26/04/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n1/en_14.pdf.

Rodrigues, C.A.F., Varanda, E.M.G., & Almeida da Costa, A.J. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. *NURSING Revista de Formação Continua em Enfermagem*, Nº 283, (6-11). Acedido 17/02/2020. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1085692-Atelectasia-estudos-de-caso-intervencao-do-enfermeiro-especialista-de-reabilitacao-cateterismo-cardiaco-intervencoes-de-enfermagem.html>.

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M.R. & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Medica Portuguesa*, 29(4), 240-248. Acedido

15/05/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/6889-20019-1-PB.pdf>.

Seeley, R.R., Stephens, T.D., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. (8ª ed.). Loures: Lusociência.

Silva, D.R., Baglio, P.T., Gazzana, M.B., Barreto, S.S.M. (2009). Pulmonary evaluation and prevention of perioperative respiratory complications. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, (7), 114-123. Acedido 03/04/2020. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a008.pdf>.

Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2009). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sogame, L.C.M., Vidotto, M.C., Jardim, J.R., & Faresin, S.M. (2008). Incidence and risk factors for postoperative pulmonary complications in elective intracranial surgery. *Journal of Neurosurgery*, 109(2), 222-7. **Doi:**<https://doi.org/10.3171/JNS/2008/109/8/0222>.

Sousa, L., & Duque, H. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa com Ventilação Não Invasiva. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 211-225). Loures: Lusociência.

Spruit, M.A., Singh, A.J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C. ...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. Acedido 13/04/2020. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201309-1634ST>.

Tenani, A., & Pinto, M. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(2), 81-7. Acedido 17/02/2020. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf.

Tennant, I., Augier, R., Crawford-Sykes, A., Ferron-Boothe, D., Meeks-Aitken, N., Jones, K., Gordon-Strachan, G., Harding-Goldson, H. (2012). Complicações Postoperatorias Menores Relacionadas com a Anestesia em Pacientes para Cirurgias Electivas Ginecológicas y Ortopédicas em um Hospital Universitário de Kingston, Jamaica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(2), 188-198. Acedido 16/02/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/en_v62n2a05.pdf.

Varanda, E.M.G., Rodrigues, C.A.F., & Almeida Costa, A.J. (2015, Setembro). Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência*. (Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Seção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros). Acedido 17/03/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf.

Vaz, R., Natário, A., Luiz, C.V., Carvalho, E., Oliveira, F. ... Almeida, R. (2017). *Rede de Referência Hospitalar Neurocirurgia*. Sistema Nacional de Saúde. Lisboa: República Portuguesa de Saúde. Acedido 18/02/2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf>.

Velez, L.S. (2009). *Enfermagem na Gestão dos Serviços de Saúde. A Necessidade de uma Estratégia*. *Revista Sinais Vitais*, nº87, pp.1-11/8. Acedido 03/04/2020. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinais-vitalis-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/459-revista-no-87-novembro-2009>.

Welsh, E.J., Evans, D.J., Fowler, S.J., Spencer, S. (2015). Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. **Doi:**10.1002/14651858.CD010337.pub2.

World Health Organization (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives. Acedido 17/02/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>.

World Health Organization (2019). Cuidados de Saúde Primários. Acedido 16/04/2020. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Fatores de risco para complicações
respiratórias pós-operatórias**

Fatores de risco para complicações respiratórias pós-operatórias

Fatores de risco relacionados com o cliente	
Idade	○ Relacionado com a perda da capacidade elástica, com a perda da <i>compliance</i> pulmonar, onde se verifica uma redução da capacidade vital e da força de retração do pulmão; ○ Reflexo da tosse diminuído, levando a uma menor sensibilidade e eficácia relativamente ao muco ciliar e menor capacidade de defesa para as infeções.
Doença Pulmonar Crónica	○ Aumento da resistência da passagem de fluxo de ar, reduzindo desta forma a ventilação dos alvéolos e caracterizando-se pela presença de áreas mal ventiladas que originam vasoconstrição pulmonar hipóxica.
Hábitos Tabágicos	○ Diminuição da depuração muco ciliar e aumento da quantidade de muco produzido, levando ao aumento do estreitamento das vias aéreas e a hiper-reatividade não específica.
Dependência Funcional/ Capacidade de Exercício	○ Diminuição da amplitude respiratória na presença de fraqueza muscular respiratória; ○ Alteração na relação ventilação/perfusão, diminuindo o mecanismo da tosse.
Classificação American Society of Anesthesiologists	○ Associada ao estado funcional do cliente, prediz a taxa de complicações respiratórias no pós-operatório quando associada à classe II ou superior.
Obesidade	○ Redução da capacidade vital, da capacidade residual funcional, do volume residual expiratório e <i>compliance</i> da parede torácica proporcionalmente ao aumento de peso (aumento do trabalho da respiração e do consumo de oxigénio).
Diabetes/ Infeção Vírus da Imunodeficiência Humana/ Desnutrição	○ Produção de anticorpos fica prejudicada, aumentando o número de pneumonias; a deficiência de vitaminas

	e proteínas atrasa a cicatrização das feridas cirúrgicas.
Fatores de risco relacionados com o procedimento cirúrgico	
Local Cirúrgico	○ Aneurisma da aorta, cirurgia torácica, cirurgia abdominal, cirurgia do abdómen superior, neurocirurgia, cirurgia da cabeça e pescoço, cirurgia vascular.
Duração da Cirurgia	○ Acima de 3 a 4 horas.
Técnica Anestésica	○ Uso de anestesia geral exige uma intubação endotraqueal e uma quantidade de oxigénio em concentrações inspiratórias elevadas que origina o aumento da viscosidade do muco e a redução da sua velocidade na deslocação e posteriormente eliminação.
Cirurgia de Emergência	○ Não existe a preparação prévia para o procedimento cirúrgico, nem permite a estabilização de uma doença base.
Dor	○ Agressão muscular durante a cirurgia que leva à restrição da mobilidade do cliente, limitando a expansão torácica afetando a mobilização adequada das secreções; manifesta ventilações rápidas e superficiais; diminui a mobilidade da área anatómica que contribui para o aumento do risco de trombose venosa e embolia; adoção de posições antiálgicas.

Fonte: Adaptado de Qaseem et al., (2006) & Isaías, Sousa & Dias, (2012).

APÊNDICE II – Atividades Não Planeadas

Atividades Não Planeadas

Durante o EC no serviço de neurocirurgia tomei conhecimento através do EO, da utilização da MT e aplicação das Bandas Neuromusculares no controlo da dor ao nível articular e muscular. Deste modo surgiu o interesse para estudar qual o benefício do uso das bandas neuromusculares potenciada pela MT para a intervenção do EEER na diminuição ou eliminação de dor no cliente e no aumento do seu conforto com alterações ao nível osteoarticular. Porém, surgiu a possibilidade de realizar uma formação avançada de MT e aplicação das bandas neuromusculares (Anexo II).

A aplicação das bandas neuromusculares têm como objetivo estimular ou inibir determinado músculo, de acordo com a colocação da bandas neuromusculares. A colocação da bandas neuromusculares a partir da inserção do músculo para a origem tem um efeito inibitório e ao inverso tem um efeito estimulador do músculo (Kase, Lemos & Dias, 2013). A aplicação das bandas neuromusculares tem maior contributo quando associada à MT, que permite diminuir a dor por meios diretos ou indiretos. Os movimentos da MT permitem aumentar a circulação pela compressão mecânica dos tecidos, permitindo o relaxamento do tecido muscular e o alívio direto de dor isquémica. Indiretamente permite estimular as fibras de modo a ativar o sistema modulador descendente da dor. (Burke-Doe, 2007)

Durante o EC, tive a oportunidade de realizar MT e a aplicação da bandas neuromusculares em clientes com dores neuromusculares e pude verificar a sua eficácia. Num primeiro cliente com diagnóstico de lesão osteoblástica L1, submetido a uma laminectomia, apresentava dor na grelha costal (8º a 12º costela) segundo escala numérica de 7. Realizada MT e aplicado bandas neuromusculares sobre a grelha costal, passado 30 minutos após nova reavaliação referiu dor de 2. Apliquei bandas neuromusculares num cliente com dor nas vertebra D4-D5 com diagnóstico de Lesão Ocupante Espaço, avaliado dor de 9, após 30 minutos da MT e aplicação das bandas neuromusculares apresentou dor de 5. Foi importante avaliar a dor antes e após o tratamento de modo determinar o contributo e eficácia do tratamento no problema real do cliente.

Desta forma adquiri conhecimento adequado às competências específicas do EEER para o acesso ao título respetivamente às técnicas terapêuticas, como a MT e aplicação das bandas neuromusculares, preconizadas pelo documento do Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (OE, 2015)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burke-Doe, A. (2007). Tratamento da Dor. In D.A. Umphred (Coord.), *Reabilitação Neurológica* (pp.940-961). Rio de Janeiro: Elsevier.

Kase, K., Lemos, T., & Dias, E. (2013). *Kinesio Taping. Introdução ao Método e Aplicações Musculares*. (2ª ed.). São Paulo: Copyright.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE III - Projeto de Estágio



Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II - Projeto

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional
Respiratória no Peri Operatório no Cliente Neurocirúrgico

Joana Filipa Rego Medeiros

Lisboa



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

Unidade Curricular Opção II - Projeto

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional
Respiratória no Peri Operatório no Cliente Neurocirúrgico**

Joana Filipa Rego Medeiros

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga

**Lisboa
Julho 2019**

ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS - American Thoracic Society

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS - European Respiratory Society



INE- Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

TDAE- Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO, 5

- 1.1. Título, 5
- 1.2. Palavras – Chave, 5
- 1.3. Data de Início, 5
- 1.4. Duração, 5
- 1.5. Instituições Envolvidas, 5

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA, 6

- 2.1. Sumário, 6
- 2.2. Enquadramento Conceptual do Tema, 12
- 2.3. Complicações Respiratórias, 13
- 2.4. Reabilitação Funcional Respiratória, 18
- 2.5. Quadro de Referência do Modelo Teórico de Enfermagem, 23
- 2.6. Objetivos Gerais e Específicos, 25
- 2.7. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados, 26

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 27

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 29

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instituições Envolvidas

APÊNDICE II – Evidência Científica sobre a Reeducação Funcional Respiratória em Contexto Perioperatório

APÊNDICE III – Planeamento de Atividades

APÊNDICE IV – Cronograma

APÊNDICE V – Guião das Entrevistas

ANEXOS

ANEXO I – Classificação da American Society of Anesthesiologists

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Complicações Respiratórias Pós-Operatórias e causas associadas, 14

Quadro 2 - Fatores de risco associados às complicações respiratórias pós-operatórias, 16

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- 1.1. Título:** Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional Respiratória no Peri Operatório no Cliente Neurocirúrgico.
- 1.2. Palavras – Chave:** Enfermagem; Reabilitação; Neurocirurgia, Perioperatório; Complicações Respiratórias.
- 1.3. Data de Início:** 24 de setembro de 2019.
- 1.4. Duração:** 18 semanas.
- 1.5. Instituições Envolvidas:** Serviço da Neurocirurgia do [REDACTED]; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED] (justificação da pertinência das instituições descritas no Apêndice II).

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. Sumário

A realização deste projeto pretende responder ao plano de estudos do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da Unidade Curricular Opção II – Projeto. A finalidade do projeto passa pela descrição, análise e problematização de uma área de interesse, assim como a descrição dos objetivos e a explicitação das competências a adquirir enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com todo o processo de intervenção em saúde que se objetiva efetuar.

Segundo World Health Organization (2009), o número de intervenções cirúrgicas tem vindo a aumentar e a ter um impacto crescente nos cuidados de saúde verificados pelo aumento da esperança média de vida e com a incidência nas doenças crónicas.

Esta é uma realidade presente na população portuguesa, o aumento da esperança média de vida, o aparecimento de doenças degenerativas e o surgimento de doenças neoplásicas, têm vindo a contribuir para a procura dos cuidados de saúde cirúrgicos. Deste modo são necessárias medidas específicas em resposta ao aumento do número de cirurgias. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018)

A Administração Central do Sistema de Saúde (2019) afirma que em 2018, foram realizadas 670.455 intervenções cirúrgicas, em linha com o resultado de 2017, correspondendo a um aumento de mais de 16.000 intervenções cirúrgicas que no ano de 2015, e em 2013 o número foi de 25.000 cirurgias.

De acordo com a World Health Organization (2009), as taxas de mortalidade e de complicações pós-cirurgias tornam-se difíceis de comparar devido à grande diversidade de casos diversos nos países industrializados, apresentando como taxa de ocorrência de complicações major de 3-22% dos procedimentos cirúrgicos em contexto de internamento e de 0,4-0,8% de taxa de mortalidade. O mesmo estudo, afirma que cerca de 3-16% corresponde a eventos adversos perioperatório, e 0,5% corresponde à mortalidade global, que reverte em 7 milhões de clientes cirúrgicos que terão complicações significativas por ano, tendo em conta que 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia, sendo que metade destes eventos adversos são evitáveis.

Segundo o INE (2018), não é realizada nenhuma estatística em Portugal que permita conhecer dados específicos sobre a morbilidade e mortalidade operatória ou de complicações específicas que estejam associadas a atos cirúrgicos.

As complicações pós-operatórias são estabelecidas como a segunda doença inesperada após o procedimento cirúrgico ou através da exacerbação de uma doença pré-existente, mas são as complicações respiratórias as mais comuns e constituem a relevante causa da taxa de morbilidade e mortalidade perioperatória. (Degani-Costa, Faresin & Reis Falcão, 2012; Neto, Thomson & Cardoso, 2005)

Apesar de todo o avanço tecnológico, médico e cirúrgico nos últimos anos e sendo as complicações respiratórias no pós-operatório as mais frequentes, a taxa de incidência e prevalência no pós-operatório não estão concretamente documentadas e sabe-se que a percentagem pode variar consoante o procedimento cirúrgico. (Qaseem et al., 2006)

De acordo com Duarte & Machado (2016), a incidência das complicações respiratórias no pós-operatório pode variar de 2 a 40% consoante o contexto em que estão inseridas. Estas complicações relacionam-se com o aumento da morbilidade e mortalidade dos clientes cirúrgicos, tendo impacto significativo sobre a economia com longos períodos de hospitalização e no aumento do número de reinternações hospitalares.

Enquanto profissional de saúde, desenvolvo a minha atividade profissional num serviço cirúrgico especializado em cirurgias de cabeça e pescoço, onde são realizadas intervenções que alteram as estruturas anatómicas das vias aéreas, pelo que apresentam no pós-operatório alterações da função respiratória, por compromisso da ventilação, acumulação de secreções, insuficiência respiratória, exacerbação de uma doença pulmonar pré-existente, presença de dor resultante da incisão cirúrgica que restringe a inspiração profunda e eficaz e a presença de drenos nos locais de inserção que delimitam a mobilidade do cliente e por sua vez a expansão torácica, sendo fundamental a sua reabilitação.

Esta especialidade de intervenção cirúrgica está presente na minha prática profissional desde que iniciei funções como enfermeira e o interesse pelo cliente cirúrgico foi o eixo para o desenvolvimento de conhecimentos científicos e práticos na área da especialização em enfermagem de reabilitação, com a convicção de melhorar a minha prática clínica na vertente respiratória.

A Neurocirurgia em particular sendo uma especialidade com desenvolvimento na ciência médica recente, tem vindo a ganhar proporções enormes no tratamento de

diversas patologias, como patologias vasculares isquémicas, aneurismáticas e tumorais. (Vaz et al., 2017)

A seleção do cliente neurocirúrgico pretendeu-se pelo fato de ser um serviço cirúrgico, que compreende cirurgias programadas e com uma diversidade de patologias complexas, nomeadamente acidentes vasculares hemorrágicos por malformações arteriovenosas ou aneurismas, lesões tumorais do sistema nervoso com complicações neurológicas, patologias da coluna vertebral degenerativa, infecciosa, tumoral ou resultantes de traumatismos. A alteração da função respiratória é um elemento presente no procedimento cirúrgico e manifesta-se pelo compromisso da ventilação, levando ao desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório, com necessidade da intervenção do EEER durante todo o período do perioperatório. Os clientes neurocirúrgicos requerem cuidados de enfermagem particulares, tanto gerais como de reabilitação, derivado à alta probabilidade de complicações e do risco de vida associados à especialidade médica. (Guerreiro, 2012)

Deste modo, a escolha do tema central para o projeto baseou-se na seleção de uma área de interesse pessoal destacada pela preocupação profissional, afluindo as necessidades identificadas durante a prestação dos cuidados de saúde ao cliente no período perioperatório, sendo este evento um impacto relevante na função pulmonar do cliente do ponto de vista clínico, pessoal e social. Tendo como perspetiva futura o desenvolvimento de um plano de enfermagem de reabilitação, para promover a componente educacional do perioperatório e contribuir deste modo para melhorar a função respiratória dos clientes cirúrgicos e diminuir o tempo de internamento. Realçando o facto de a função respiratória ser considerada, segundo a análise dos documentos Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015) e Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a), uma área prioritária de investigação do EEER.

Por conseguinte, surge a preocupação profissional e a motivação pela procura na melhoria da qualidade de cuidados de saúde aos clientes, de modo a aprofundar e a desenvolver competências de EEER na Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) no contexto perioperatório. Assim delineou-se o presente projeto titulado: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reeducação Funcional Respiratória no Peri Operatório no Cliente Neurocirúrgico”.

De acordo com Guleria & Madan (2012), as complicações respiratórias são responsáveis pela morbidade e mortalidade dos clientes neurocirúrgicos, tendo em conta que existem várias alterações fisiológicas específicas da cirurgia que contribuem para o seu desenvolvimento.

Existem fatores de risco que aumentam a incidência da gravidade das complicações respiratórias, inerentes ao cliente e ao momento da cirurgia. Fatores de risco estes, relacionados com o cliente que incluem idade superior a 50 anos, dependência funcional, desnutrição, alterações metabólicas, obesidade, tabagismo e antecedentes de patologia respiratória. Os fatores de risco intrínsecos à cirurgia estão associados ao tipo de cirurgia, duração da cirurgia, técnica anestésica e a dor. (Isaías, Sousa & Dias, 2012; Qaseem et al., 2006)

Meroni et al., (2010) afirmam que a reabilitação respiratória permite trazer benefícios ao cliente na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas ao ato cirúrgico. O EEER adquire e desenvolve competências que permite intervir nos clientes submetidos a cirurgia no contexto respiratório, através da avaliação da funcionalidade e diagnóstico das alterações e limitações da atividade e incapacidade, na conceção de planos e planeamento de intervenções especializadas e na reavaliação dos resultados das intervenções implementadas. (OE, 2010)

O perioperatório pressupõe num processo dividido em três etapas, sendo estas: o pré-operatório que inicia com a indicação da intervenção cirúrgica até ao momento do transporte do cliente para a mesa de cirurgia; o intra-operatório que contempla a cirurgia e termina com a entrada do cliente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica; e o pós-operatório que vai desde a assistência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica até aos cuidados prestados na enfermaria ou domicílio. (Smeltzer & Bare, 2009)

Tendo em conta que as complicações respiratórias são uma causa frequente do aumento da morbidade, mortalidade, necessidade de cuidados no pós-operatório, bem como do aumento do tempo de internamento hospitalar, a reabilitação respiratória do cliente deve ser iniciada no período pré-operatório. (Branco et al., 2012)

A instituição de um programa pré-operatório torna-se fundamental quando estamos perante cirurgias de maior risco, sendo praticável alertar e estimular os clientes para uma melhor adesão a estratégias no pós-operatório e diminuir assim o risco de desenvolver complicações respiratórias. É essencial concentrar os recursos na clarificação das medidas de inovação, desenvolvimento e implementação para minimizar as consequências. (Branco et al., 2012)

De acordo com Heitor et al., (1988), o objetivo de um programa de reabilitação respiratória consiste em prevenir e corrigir as alterações músculo-esqueléticas, reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuir a sobrecarga muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, melhorar a performance dos músculos respiratórios, reeducar no esforço, prevenir e auxiliar no tratamento das principais complicações das patologias respiratórias.

Relativamente às estratégias intraoperatórias que contribuem para a redução das complicações respiratórias do pós-operatório consiste na seleção do tipo de anestesia, do agente de bloqueio muscular e da duração da cirurgia (menor risco na duração inferior a três horas). (Branco et al., 2012)

O programa de RFR no período pós-operatório tem como objetivos melhorar a *compliance* pulmonar e da parede torácica, potenciar a ventilação alveolar, melhorar a resistência dos músculos respiratórios e manter a permeabilidade das vias aéreas para fornecer um padrão respiratório adequado. (Branco et al., 2012)

Os cuidados de reabilitação são concebidos para clientes com doença aguda, crónica ou com sequelas da sua doença, e que subsiste para um potencial de recuperação da sua funcionalidade e independência ou de reaprendizagem para viver com as sequelas impostas pela doença. (OE, 2010)

O EEER tem como principal eixo a manutenção e promoção do bem estar e da qualidade de vida, bem como a recuperação da funcionalidade do cliente a partir da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da otimização das capacidades do mesmo. (OE, 2010)

Neste seguimento, para a Enfermagem de Reabilitação torna-se relevante a adoção de um quadro conceptual que orienta e conduz a prática dos cuidados de enfermagem. O modelo Teórico de Dorothea Orem – Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), enquadra-se na forma como explica a razão pela qual os indivíduos podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem. (Orem, 2001)

A Teoria do Déficit de Autocuidado passa por capacitar o cliente para o desempenho das atividades que constituem cada domínio do autocuidado, sendo este o foco primordial do EEER. Nesta perspetiva e perante a avaliação respiratória do cliente, o enfermeiro de reabilitação deve efetuar um diagnóstico precoce da função respiratória e introduzir na fase interventiva a implementação de um plano de intervenção, que garante a manutenção deste requisito universal, a prevenção de complicações respiratórias e a continuidade da capacidade funcional. Por este ângulo, as intervenções terapêuticas devem ir ao encontro da satisfação das necessidades do

autocuidado do cliente e das capacidades do mesmo para o seu desempenho e minimizar o impacto, adotando as medidas de totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educativo. (Orem, 2001)

Deste modo, pretende-se o desenvolvimento de competências específicas do EEER com o intuito de assegurar ao cliente/família cuidados de enfermagem especializados que permitam ultrapassar ou atenuar os diversos obstáculos que surgirão.

Os contextos de estágios vão possibilitar o desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), assim como Competências Específicas do EEER (OE, 2010).

Este projeto está dividido em duas partes principais:

- Numa primeira parte será apresentado o enquadramento teórico e conceptual, tendo por base a revisão da literatura que sustenta a pertinência da temática e a intervenção do EEER; consta também o modelo teórico de Dorothea Orem na prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação e os objetivos gerais e específicos do projeto baseados nas competências que proponho-me a desenvolver, bem como a descrição das tarefas e dos resultados esperados com os mesmos.
- Numa segunda parte, será apresentado as considerações finais onde serão explícitas as conclusões e algumas dificuldades inerentes ao projeto.

Em apêndices encontra-se uma breve descrição dos contextos de estágio em que o projeto será desenvolvido, assim como o planeamento de atividades que procuram responder aos objetivos propostos, o cronograma do projeto com a periodicidade das atividades a realizar e outras informações complementares.

A pesquisa sobre a evidência científica existente nesta área foi efetuada nos livros científicos sobre o tema, revistas, artigos do Google académico e organizações nacionais e internacionais.

2.2. Enquadramento Conceptual do Tema

Para a comunidade científica, a realização de uma cirurgia traduz uma ameaça para a integridade do corpo da pessoa que vai ser submetida à intervenção cirúrgica. Não descorando, que cada pessoa vive a cirurgia como uma experiência única e onde estão inerentes fatores psicológicos, sociais e fisiológicos subjacentes à sua sobrevivência. (Lopes, 2011)

O contexto cirúrgico envolve uma circunstância de risco de desenvolver eventos adversos que impossibilitam ou retardam o processo de recuperação, podendo deste modo acentuar o estado de saúde do cliente submetido a uma cirurgia. Esse risco abrange um conjunto de complicações que pode variar entre uma pequena perturbação, uma disfunção permanente ou até mesmo a morte, que abarcam no aumento da morbidade e mortalidade. (Tennant et al., 2012)

A World Health Organization (2009) destaca que a incidência das doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas, bem como o aumento da esperança média de vida contribuem para o impacto gradual do número de cirurgias na gestão da saúde pública.

O número de cirurgias tem vindo a aumentar ao longo dos tempos e deste modo acresce a importância dos cuidados cirúrgicos, uma vez que são incumbidos pelas complicações cirúrgicas sendo uma das causas principais pela mortalidade e morbidade do indivíduo. (World Health Organization, 2009)

De acordo com Boehnlein & Marek, (2003), Doherty, Mulvihill & Pellegrini, (2004), são várias as complicações que podem advir no pós-operatório imediato ou tardio. As complicações pós-operatórias podem decorrer pela pré-existência de uma doença primária, por fatores específicos do cliente ou pelo procedimento cirúrgico. Neste caso, as complicações pós-operatórias podem ser ao nível: cardíaco e vascular, respiratório, gastrointestinal, renal e urinário, sistema nervoso, psiquiátrico, pela presença de ferida cirúrgica, por procedimentos e terapias e sistémicas.

As complicações respiratórias pós-operatórias podem surgir até trinta dias após o procedimento cirúrgico, sendo responsáveis pela alteração do quadro clínico do cliente e com maior incidência na gravidade da taxa de morbidade e mortalidade. (Neto, Thomson & Cardoso, 2005)

Guleria & Madan (2012) afirmam que as complicações respiratórias são responsáveis pela morbidade e mortalidade dos clientes neurocirúrgicos, tendo em conta que existem várias alterações fisiológicas específicas da cirurgia que contribuem para o seu surgimento.

Num estudo retrospectivo de clientes submetidos a cirurgia eletiva e/ou de urgência num hospital universitário em 2001, com internamento de 24 horas após o procedimento cirúrgico, foram estudados 1345 clientes. A incidência de complicações respiratórias no pós-operatório foi de 11,7%. (Neto, Thomson & Cardoso, 2005)

Perante um estudo analítico observacional prospectivo dos clientes submetidos a cirurgias do tórax e abdómen, com o objetivo de avaliar a ocorrência de complicações respiratórias pós-operatórias, foram estudados 314 clientes, dos quais 11,5% desenvolveram complicações respiratórias pós-operatórias. (Àvila & Fenili, 2017)

Segundo o estudo de Sogame et al., (2008), com o objetivo de determinar a incidência das complicações respiratórias no pós-operatório e a taxa de mortalidade em clientes submetidos a uma craniotomia eletiva, incluíram 236 clientes no estudo. As complicações respiratórias surgiram em 58 clientes (24,6%) e 23 morreram (10%).

No seguimento dos estudos apresentados e no sentido de dar consistência às ideias principais da problemática em estudo, importa compreender a instalação e dinâmica das complicações respiratórias, bem como o papel do EEER na RFR no cliente neurocirúrgico no perioperatório.

2.3. Complicações Respiratórias

A ocorrência de anormalidades, patologias ou disfunções clínicas significativas, associadas ao sistema respiratório, que após o procedimento cirúrgico alteram o curso clínico do cliente define-se por complicações respiratórias. (Silva, et al., 2009)

As complicações respiratórias são mais estudadas nas cirurgias torácicas e abdominais, sendo as mais frequentes a atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória, exacerbação de uma doença pulmonar crónica subjacente, derrame pleural e hipoxemia (Quadro 1). (Silva et al., 2009; Isaías, Sousa & Dias, 2012)

No entanto as complicações respiratórias no cliente neurocirúrgico são similares ao cliente cirúrgico, sendo as mais predominantes a atelectasia pós-operatória, pneumonia, insuficiência respiratória, embolia pulmonar e o edema pulmonar neurogénico. (Guleria & Madan, 2012)

Quadro 1 – Complicações Respiratórias Pós-Operatórias e causas associadas.

Complicações Respiratórias Pós-Operatórias	
Atelectasia	Obstrução ou hipoventilação; Tosse ineficaz, respiração superficial, efeito local do anestésico e altas concentrações de oxigênio.
Pneumonia	Tosse ineficaz e inibição da função ciliar; acumulação de muco e alteração do padrão ventilatório; alteração do estado de consciência, com aumento do risco de regurgitação gástrica e aspiração.
Derrame Pleural	Provocada por lesão e/ou irritação no procedimento cirúrgico; processos de inflamação local.
Hipoxemia	Alteração da ventilação alveolar, decorrente da redução da capacidade funcional residual e do aumento da retração elástica pulmonar; limitação dos movimentos respiratórios, associados à imobilidade por dor, retenção de secreções e tosse ineficaz.
Insuficiência Respiratória	Tecido pulmonar lesionado e enfraquece os músculos que controlam a respiração ou reduzem a força respiratória; incapacidade de extubação endotraqueal.
Exacerbação Doença Pulmonar	Aumento da resistência da passagem de fluxo de ar, redução da ventilação dos alvéolos pulmonares caracterizando-se pela presença de áreas mal ventiladas que originam vasoconstrição pulmonar hipóxica.

Fonte: Adaptado por (Silva et al., 2009; Isaías, Sousa & Dias, 2012)

Durante o período pós-operatório, o cliente submetido a uma intervenção cirúrgica tem um elevado risco para desenvolver complicações respiratórias devido à presença de secreções, à redução da expansão pulmonar e à depressão de centro respiratório, contudo são os fatores de risco relacionados com o cliente e os fatores de risco relacionados com a cirurgia decisivos para a sua instalação. (Silva et al., 2009)

Perante um estudo de Filardo, Faresin & Fernandes (2002), com o objetivo de observar a frequência das complicações respiratórias no pós-operatório da cirurgia abdominal alta eletiva, foram avaliados 283 clientes no pré-operatório. Dos 283 clientes, 69 desenvolveram uma ou mais complicações respiratórias no pós-operatório, sendo a pneumonia a mais frequente (34%), seguida da atelectasia (24%), broncospasmo (17%) e a insuficiência respiratória (13%).

No estudo de Neto, Thomson & Cardoso (2005), com o objetivo de estimar a incidência das complicações respiratórias nos clientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência/emergência, no Hospital Universitário no ano de 2001, 11,7% dos 1345 clientes estudados desenvolveram complicações respiratórias. A pneumonia foi a complicação respiratória com maior incidência (52,5%), seguida da insuficiência respiratória (25,6%), derrame pleural (9,4%), tromboembolismo pulmonar (5,5%) e a atelectasia (4,8%).

Murgai et al., (2018) realizou um estudo com o objetivo de avaliar a incidência dos fatores de risco e os tipos de complicações respiratórias que ocorrem em clientes submetidos à cirurgia da coluna lombar, entre 2007 a 2014, com um total de 64.891 clientes. A incidência das complicações respiratórias no pós-operatório foi de 3.674 clientes (5,7%) dentro de um mês após o procedimento. Sendo a atelectasia a mais comum (4,3%), seguida da pneumonia (1,98%), a insuficiência respiratória (1,97%) e o derrame pleural (1,6%). A incidência de cada complicação respiratória foi maior quando o cliente tinha como antecedente pessoal hábitos tabágicos, doença pulmonar pré-existente ou diabetes mellitus, em comparação com clientes sem nenhum desses três fatores.

Existe uma grande incidência na relação das complicações respiratórias pós-operatórias com os fatores de risco inerentes ao cliente submetido a um processo cirúrgico. A identificação precoce dos fatores de risco tem uma relevante importância na medida em que permite a antecipação e modificação dos eventos adversos que são mutáveis e que estão associados ao procedimento cirúrgico, bem como à qualidade e segurança dos cuidados de saúde. (Silva et al., 2009)

Na avaliação do risco de um cliente desenvolver complicações respiratórias no pós-operatório, os fatores de risco referentes ao cliente devem ser examinados no período pré-operatório a partir da história clínica, exame físico e exames complementares de diagnóstico. (Sabaté, Mazo & Canet, 2014)

Tal é representado através de estudos que comprovam através da evidência científica a importância dos fatores de risco (Quadro 2), do mesmo modo que é validado pelos índices preditivos de risco cirúrgico.

Quadro 2 - Fatores de risco associados às complicações respiratórias pós-operatórias.

Fatores de risco relacionados com o cliente	
Idade	○ Relacionado à perda da capacidade elástica, com a perda da <i>compliance</i> pulmonar, onde se verifica uma redução da capacidade vital e da força de retração do pulmão; ○ Reflexo da tosse diminuído, levando a uma menor sensibilidade e eficácia relativamente ao muco ciliar e menor capacidade de defesa para as infeções.
Doença Pulmonar Crónica	○ Aumento da resistência da passagem de fluxo de ar, reduzindo desta forma a ventilação dos alvéolos e caracterizando-se pela presença de áreas mal ventiladas que originam vasoconstrição pulmonar hipóxica.
Hábitos Tabágicos	○ Diminuição da depuração muco ciliar e aumento da quantidade de muco produzido, levando ao aumento do estreitamento das vias aéreas e a hiper-reatividade não específica.
Dependência Funcional/ Capacidade de Exercício	○ Diminuição da amplitude respiratória na presença de fraqueza muscular respiratória; ○ Alteração na relação ventilação/perfusão, diminuindo o mecanismo da tosse.
Classificação American Society of Anesthesiologists	○ Associada ao estado funcional do cliente, prediz a taxa de complicações respiratórias no pós-operatório quando associada à classe II ou superior.
Obesidade	○ Redução da capacidade vital, da capacidade residual funcional, do volume residual expiratório e <i>compliance</i> da parede torácica proporcionalmente ao aumento de peso (aumento do trabalho da respiração e do consumo de oxigénio; surgimento atelectasias e infeções pulmonares).

Diabetes/ Infecção Vírus da Imunodeficiência Humana/ Desnutrição	○ Produção de anticorpos fica prejudicada, aumentando o número de pneumonias; a deficiência de vitaminas e proteínas atrasa a cicatrização das feridas cirúrgicas.
Fatores de risco relacionados com o procedimento cirúrgico	
Local Cirúrgico	○ Aneurisma da aorta, cirurgia torácica, cirurgia abdominal, cirurgia do abdômen superior, neurocirurgia, cirurgia da cabeça e pescoço, cirurgia vascular.
Duração da Cirurgia	○ Acima de 3 a 4 horas.
Técnica Anestésica	○ Uso de anestesia geral exige uma intubação endotraqueal e uma quantidade de oxigênio em concentrações inspiratórias elevadas que origina o aumento da viscosidade do muco e a redução da sua velocidade na deslocação e posteriormente eliminação.
Cirurgia de Emergência	○ Não existe a preparação prévia para o procedimento cirúrgico, nem permite a estabilização de uma doença base.
Dor	○ Agressão muscular durante a cirurgia que leva à restrição da mobilidade do cliente, limitando a expansão torácica afetando a mobilização adequada das secreções; manifesta ventilações rápidas e superficiais; diminui a mobilidade da área anatômica que contribui para o aumento do risco de trombose venosa e embolia; e adota posições antiálgicas.

Fonte: Adaptado de Qaseem et al., (2006) & Isaías, Sousa & Dias (2012).

Isaías, Sousa & Dias (2012), afirmam que os profissionais de saúde têm um papel fundamental nos clientes submetidos a uma intervenção cirurgia no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, aquando da identificação da disfunção pulmonar que adversamente altera o estado clínico do cliente.

Subsequente aos conhecimentos ilustrados, depreende-se que a avaliação dos fatores de risco no cliente cirúrgico permite uma intervenção terapêutica precoce na prevenção e tratamento das complicações respiratórias.

2.4. Reabilitação Funcional Respiratória

A RFR ou Cinesiterapia Respiratória traduz-se na terapêutica que utiliza essencialmente o movimento para a sua intervenção, atuando no restabelecimento do padrão funcional da respiração (Cordeiro & Menoita, 2012)

De acordo com American Thoracic Society (ATS) e a European Respiratory Society (ERS) (2006), definem reabilitação respiratória como

uma intervenção global e multidisciplinar baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a reabilitação respiratória é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença. (ATS/ERS, 2006 pp.1391).

Com o desenvolvimento da reabilitação respiratória a ATS e ERS (2013) delineiam o conceito como uma

intervenção global tendo por base uma avaliação minuciosa do doente e a prescrição de terapias adaptadas, que incluem, mas não estão limitadas, ao exercício, à educação e mudança de comportamentos, projectada para melhorar a condição física e psicológica das pessoas com doença respiratória e promover adesão a longo prazo de comportamentos saudáveis. (ATS/ ERS, 2013 pp.e16).

A RFR no cliente cirúrgico, para Heitor et al., (1988), passa por prevenir e corrigir as complicações da função pulmonar, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório, de modo a permitir a recuperação funcional. A reeducação respiratória está indicada sempre que é utilizada anestesia geral, bem como quando o cliente possui fatores de risco, carecendo de ser iniciada no pré-operatório.

Segundo Meroni et al., (2010), a reabilitação respiratória apresenta-se como um ponto fulcral nos períodos pré e pós-operatório para assegurar a eficácia e a prevenção no tratamento das complicações respiratórias.

Pereira et al., (1999) afirma que a reabilitação respiratória no pré-operatório permite consciencializar o cliente para o período cirúrgico e pós-cirúrgico, de modo a obter uma diminuição das intercorrências e das complicações graves.

Paisani, Chiavegato & Faresin (2005), elaboraram um estudo com o objetivo de avaliar o comportamento dos volumes e capacidades pulmonares, força muscular respiratória, padrão respiratório e as possíveis complicações respiratórias pós-operatórias nos 21 clientes submetidos a gastroplastia. Tendo a amostra sido sujeito a quatro períodos de avaliação: pré-operatório, primeiro, terceiro e quinto dias de pós-operatório. Os estudos comprovaram que a realização da RFR independentemente

da técnica empregue é mais eficaz em prevenir as complicações respiratórias pós-operatórias, que a sua não realização, devendo ser instituída o quanto antes; e que a baixa incidência das complicações respiratórias possa ser devido à consciencialização prévia da realização dos exercícios.

Num estudo prospetivo, com o objetivo de avaliar os efeitos da reabilitação respiratória na função pulmonar e na força muscular respiratória em clientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, foram incluídos uma amostra de 20 mulheres e 16 homens. Destes 36 clientes, 17 integraram o grupo experimental e realizaram exercícios respiratórios (respiração diafragmática, sustentação máxima da inspiração e inspiração fracionada) e 19 participaram como grupo controlo. Concluíram que o grupo que realizou RFR obteve maiores ganhos no pós-operatório ao nível da avaliação das pressões respiratórias máximas, pico de fluxo expiratório e espirometria no pós-operatório em comparação com o grupo controlo, desde o primeiro dia do pós-operatório até ao sexto dia. Comprovaram que a RFR contribuiu para a recuperação precoce da função pulmonar e força muscular dos clientes cirúrgicos. (Gastaldi, Magalhães, Silva & Souza, 2008)

Lawrence, Cornell & Smetana (2006) afirmam a partir de um estudo sobre as estratégias que permitem reduzir complicações respiratórias no período pós-operatório em cirurgias não cardiorácicas, que as técnicas como espirómetro de incentivo, as inspirações profundas e a pressão positiva contínua contribuem para esta redução do risco de complicações respiratórias no pós-operatório.

Outra revisão sistemática da literatura de Dronkers, Veldman, Hoberg, Van der Waal & Van Meeteren (2008), num estudo controlado randomizado sobre a eficácia de um programa de treino muscular inspiratório na diminuição da incidência de complicações respiratórias em clientes submetidos a cirurgia eletiva de correção de aneurisma da aorta abdominal, concluíram que o exercício realizado foi tolerado pelos participantes, sem indicativo de efeitos adversos, assim como, observaram uma menor incidência de atelectasias no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo.

Pasquina, Tramér, Granier & Walder (2006), numa revisão sistemática da literatura para examinar a eficácia da reabilitação respiratória na prevenção de complicações respiratórias após a cirurgia abdominal, apuraram 13 estudos onde 9 estudos não obtiveram diferenças significativas enquanto os restantes 4 estudos comprovam: num primeiro estudo a incidência da pneumonia diminuiu de 37,3% para 13,7% através da respiração profunda, tosse dirigida e drenagem postural; segundo

estudo a incidência da atelectasia diminuiu de 39% para 15 % com a respiração profunda e tosse dirigida; terceiro estudo a incidência da atelectasia diminuiu de 77% para 59% com a respiração profunda, tosse dirigida e drenagem postural; por último a incidência de complicações respiratórias não especificadas diminuiu de 47,7% para 22,2% com a respiração intermitente com pressão positiva, ou espirômetro de incentivo ou respiração profunda e com tosse dirigida.

Num estudo realizado por Katsura et al., (2015), tinham como objetivo avaliar a eficácia do treino muscular inspiratório no período pré-operatório em complicações respiratórias no pós-operatório em adultos submetidos a cirurgia abdominal de grande porte e cardíaca. Concluíram que existe evidência no treino da musculatura inspiratório no pré-operatório na redução de atelectasias e pneumonias no pós-operatório, assim como na diminuição do tempo de internação.

Num estudo implementado por Rodrigues, Varanda & Almeida da Costa (2012), num serviço de cuidados intensivos da neurocirurgia, foram realizados três estudos de caso, de modo a verificar a eficácia da intervenção do EEER no tratamento da atelectasia no pós-operatório no cliente neurocirúrgico. A intervenção da RFR realizada consistiu: drenagem postural bilateral modificada com associação de manobras acessórias (vibrações, percussões e compressões) com maior incidência no hemitórax afetado; insuflações com prévia fluidificação com soro fisiológico; abertura costal em sincronia com ciclos respiratórios (inspiratório e expiratório); e posicionamento em decúbito lateral para o hemitórax menos afetado. Os estudos de caso comprovaram a eficácia da RFR na resolução imediata da atelectasia pulmonar pós-operatória e a não utilização de técnicas invasivas, como broncofibroscopia, com riscos associados, desconforto para o cliente e custos de saúde filiados à instituição.

No Apêndice II, foram agrupados estudos que evidenciam a eficácia da RFR no perioperatório do cliente cirúrgico.

Por conseguinte, é evidente a importância da RFR no perioperatório dos clientes com risco cirúrgico na prevenção e tratamento precoce das complicações respiratórias no pós-operatório.

Nesta perspectiva, é de sublinhar que a competência do EEER no prisma da reabilitação respiratória ajusta-se no campo perioperatório, pelas alterações da mecânica respiratória como pelos riscos da função respiratória.

Isaías, Sousa & Dias, (2012) referem que a preparação do cliente para o procedimento cirúrgico é tão importante como a própria cirurgia. Complementa ainda, afirmando que o papel do desempenho da RFR nos clientes de foro cirúrgico é aceite,

sendo a sua ação profilática, com vista na preparação do cliente para o procedimento cirúrgico e na prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório.

Pryor (1998) refere que um programa de reabilitação respiratória que inclua uma educação pré-operatória influencia de forma positiva para a evolução no pós-operatório, refletindo-se no tempo de internamento e na redução da presença de complicações respiratórias. O mesmo autor supracitado (1998) alega que um programa no pré-operatório permite a preparação do cliente para a cirurgia, reduzindo episódios de ansiedade, dor e permitindo cooperação com o tratamento no pós-operatório. Isaías, Sousa & Dias, (2012) partilham da mesma opinião, acrescentando que o sucesso da RFR parte da existência da colaboração dos clientes cirúrgicos no programa, bem como, no ensino e treino das técnicas e atitudes a adotar para o pós-operatório.

Posto isto, a RFR tem como principais objetivos: (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

- Preparação do cliente para a intervenção;
- Prevenção e tratamento das complicações respiratórias do pós-operatório;
- Obter uma recuperação funcional rápida e completa (no possível).

As técnicas a incluir no programa RFR no período pré-operatório: (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

- Ensino de posição de descanso e relaxamento – reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular;
- Ensino da consciencialização dos tempos respiratórios – pessoa tomar consciência da respiração, dissociando os dois tempos respiratórios;
- Ensino do controlo da respiração – pessoa adotar um ritmo, amplitude e frequência, obtendo ventilação alveolar eficaz com menos gasto de energia;
- Ensino da respiração abdominodiafragmática – favorecer a expansão dos lobos pulmonares da base, sujeitos a atelectasias e infeções;
- Ensino da tosse com contenção da ferida operatória – manter permeabilidade das vias aéreas, realizando reflexo da tosse diminuindo a dor local de incisão;
- Ensino da mudança de posição e movimentação ativa do corpo – para prevenir a estase venosa e contribuir para a eficácia das trocas gasosas;
- Ensino sobre a correção postural – para consciencializar a pessoa da postura corporal correta a adotar no pós-operatório.

No pós-operatório imediato o objetivo da RFR consiste em manter a ventilação adequada, remover as secreções pulmonares, promover a expansão pulmonar,

auxiliar no posicionamento e na mobilidade tanto na cama, como no levantar e na marcha, prevenir posturas viciosas e manter a amplitude de movimentos com o controlo da dor. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

O programa da RFR deve ser iniciado logo após a avaliação do cliente, encorajando-o a realizar os exercícios que apreendeu no pré-operatório. (Isaías, Sousa & Dias, 2012)

As técnicas a incluir no programa RFR no período pós-operatório:

- Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular;
- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas - drenagem postural modificada; tosse dirigida; tosse assistida; manobras acessórias; Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias;
- Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, para melhorar ventilação alveolar – consciencialização e controlo da respiração; reeducação diafragmática; reeducação respiratória, global ou seletiva; exercícios de expansão torácica; treino dos músculos respiratórios; pressão positiva contínua das vias aéreas; pressão positiva expiratória; exercícios de inspirações profundas;
- Corrigir defeitos posturais – técnicas de correção postural; mobilização da cintura escapular;
- Reeducar a pessoa ao esforço – controlo da respiração no esforço (levantar precoce, marcha, subida de escadas e utilização de bola terapêutica).

As intervenções do EEER visam a prevenção das incapacidades e a recuperação das capacidades remanescentes, de modo a habilitar o cliente a uma maior autonomia. As intervenções têm como alvo o cliente com as suas necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Isto é, objetivam o percurso do cliente desde o momento do pré-operatório, passando pelo internamento hospitalar, planeamento da alta e por fim na reintegração no domicílio e no seu ambiente social, alongando-se à continuidade de cuidados no contexto domiciliário, se assim for necessário. (OE, 2010)

Os cuidados de reabilitação em enfermagem proporcionam o desenvolvimento de planos de cuidados diferenciados e personalizados, que têm em conta a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, reeducação funcional, e promoção da inclusão social. (OE, 2010)

Deste modo para a orientação dos cuidados de enfermagem de reabilitação torna-se de relevo a utilização de um modelo teórico que estruture o exercício

profissional, tendo em conta que solidificar os cuidados de enfermagem na perspetiva de um teórico torna-se acessível o enquadramento, planeamento, desenvolvimento e avaliação destes mesmos cuidados prestados.

2.5. Quadro de Referência do Modelo Teórico de Enfermagem

A TDAE de Dorothea Orem foi desenvolvida entre 1959 e 1985, sendo composta por três constructos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que refletem numa tradução conceptual do autocuidado. (Orem, 2001)

Para Orem (2001), o autocuidado define-se

uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. (Orem 2001, pp.45).

Esta teoria define a enfermagem como sendo a assistência ao cliente nas suas necessidades de autocuidado, com vista na sua máxima independência ou numa morte digna. (Hoeman, 2000)

Orem (2001), identificou três requisitos que devem ser conseguidos a partir das ações de autocuidado e que são realizados pelo cliente/cuidador informal ao longo do ciclo vital, de modo a manter a vida e a conservar o seu bem-estar:

- a) Requisitos universais: comuns a todos os indivíduos;
- b) Requisitos de desenvolvimento: viabilizam os processos de vida e que precautelam as circunstâncias perniciosas que possam ocorrer;
- c) Requisitos de desvio de saúde: indivíduos que estão doentes ou lesionados.

A dependência no autocuidado no cliente assume um papel crucial no processo dos cuidados do EEER, no sentido de realizar uma avaliação criteriosa de cada categoria de autocuidado. (Hoeman, 2000)

Orem (2001), acrescenta que as ideias das dificuldades da ação do autocuidado podem estar associadas com as alterações a nível do domínio cognitivo, físico, comportamental ou psicossocial.

A Teoria do Défice do Autocuidado traduz a exigência das necessidades do autocuidado do cliente superiores à sua capacidade de realização. Por conseguinte o EEER deve orientar os cuidados e adequar os métodos de auxílio e de compensação para a necessidade alterada do indivíduo. Orem (2001), identifica cinco métodos de ajuda, nomeadamente: agir ou fazer pelo cliente; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Neste seguimento, o EEER caracteriza o cliente segundo a Teoria dos Sistemas de Enfermagem onde realiza uma avaliação do seu estado funcional, como totalmente compensatório (as intervenções de enfermagem substituem o cliente no autocuidado), parcialmente compensatório (as intervenções de enfermagem substituem algumas tarefas do autocuidado que o cliente não é capaz de realizar por si só) ou de apoio-educativo (cliente/cuidador informal é capaz de apreender e executar as tarefas do autocuidado, mas necessita de ensino, orientação e instrução por parte dos enfermeiros), de modo a desenvolver um plano de intervenção. (Tomey & Alligood, 2002)

Assim, nesta sequência e perante a alteração do requisito universal, a manutenção da quantidade suficiente de ar no cliente, o EEER deve realizar o diagnóstico precoce da alteração da função pulmonar e intervir no tratamento, através da implementação de um plano de intervenção individualizado, com o objetivo de satisfazer as necessidades do autocuidado do cliente, minimizar o sintomas/impacto e promover a capacidade funcional do cliente.

De modo a reduzir as necessidades de autocuidado no cliente é necessário promover a capacidade do cliente/cuidador informal para a gestão do processo de saúde. A família deve ser incluída no processo de recuperação com o intuito de poder dar seguimento à reabilitação após o momento da alta. Para que este contexto seja concretizado, é necessário orientar, estimular, assistir e promover o cliente e a família na aprendizagem de estratégias que irão ajudar como agente terapêutico do autocuidado. É importante procurar os medos, receios, dúvidas por parte do cliente/cuidador informal, através de um ambiente facilitador e elaborar um programa de reabilitação.

A funcionalidade do modelo teórico do autocuidado de enfermagem em reabilitação, particularmente no contexto perioperatório, permite fazer o paralelismo entre a cirurgia e a dependência do autocuidado que os indivíduos sofrem neste

processo. Bem como, os níveis de intervenção conhecidos pela teoria estão em conformidade com as competências específicas do EEER.

Em suma, a TDAE irá contribuir para o planeamento das intervenções do EEER, de acordo com as necessidades do autocuidado identificadas no cliente ao nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

2.6. Objetivos Gerais e Específicos

No seguimento do que foi referido anteriormente, pretende-se desenvolver competências específicas de EEER, deste modo surge o projeto de estágio que tem como:

Objetivos Gerais

- ❖ Desenvolver competências de EEER na RFR no perioperatório no cliente Neurocirúrgico.
- ❖ Desenvolver competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

Objetivos Específicos

- 1) Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação enquadrada na dinâmica e organização do serviço.
- 2) Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório.
- 3) Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório.
- 4) Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário.
- 5) Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

A partir destes objetivos, pretendo corresponder às competências que se pretende desenvolver enquanto EEER e que são explícitas segundo os Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEER (OE, 2010).

2.7. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados

De acordo com os objetivos que delineei, realizei um plano de atividades que me proponho a desenvolver tendo como fio condutor o desenvolvimento de competências do EEER e do Comuns do Enfermeiro Especialista preconizado pela OE. Executei um conjunto de tabelas de modo a integrar os domínios de competências que pretendo adquirir ao longo do ensino clínico, com os objetivos específicos e plano de atividades de cada um, bem como os indicadores/critérios de avaliação, os recursos a aplicar e o local destinado a realizar, que estão disponíveis no Apêndice III.

Foi elaborado também um cronograma para o terceiro semestre, com os objetivos específicos a desenvolver nos contextos de ensino clínico, que pode ser consultado no Apêndice IV.

No caso de não haver a oportunidade de verificar complicações respiratórias em contexto perioperatório no cliente neurocirúrgico, salvaguarda-se a prestação de cuidados centrados na promoção do autocuidado e maximização do bem-estar dos clientes no que concerne às atividades de vida diária relacionadas com a função respiratória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do presente projeto foi-me possível mobilizar conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas ao longo de todas as unidades curriculares, pelo qual julgo ser um trabalho de extrema importância.

De acordo com a pesquisa efetuada para a realização do presente projeto torna-se perceptível a importância do EEER nas intervenções que desempenha junto do cliente com alterações da função respiratória no contexto perioperatório, bem como da família e prestador de cuidados.

A escolha do tema surgiu pela motivação pessoal e profissional do contexto de trabalho em que me insiro, e pelas complicações que no pós-operatório ocorrem. Os dados estatísticos sobre as percentagens de complicações respiratórias no perioperatório, e o facto de o enfermeiro de reabilitação ter um papel fundamental na prevenção e tratamento da mesma, apela para a importância de desenvolver um projeto neste âmbito.

Ao longo da realização do projeto pude aprofundar temáticas fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EEER, nomeadamente: nos fatores de risco intrínsecos ao cliente e ao ato cirúrgico, nas complicações que podem advir com o ato cirúrgico e as consequências/impacto que a mesma acarreta para o quotidiano do cliente, sendo elementar a promoção do autocuidado e bem-estar do cliente.

A execução deste trabalho trouxe numerosas vantagens, uma vez que possibilitou antever os diversos cenários que poderão vir a ocorrer, nomeadamente na descrição do planeamento das atividades previstas, preparando de certa forma a ação a ter em conta, e assim estimular a reflexão ao longo de todo o ensino clínico.

No entanto, uma das dificuldades sentidas na produção do projeto prende-se na dificuldade de encontrar artigos onde utilizam o termo cinesioterapia respiratória, sendo usual o termo fisioterapia respiratória. Pois é um facto, a escassa informação científica relativamente à reabilitação respiratória/cinesioterapia respiratória realizada por EEER, assim como à falta de acessibilidade a artigos de acesso livre. Outra dificuldade sentida relacionou-se com a insatisfatória evidência científica que comprova a eficácia da RFR em contexto perioperatório na especialidade da neurocirurgia.

Por outro lado, prever atividades e definir critérios de avaliação, traduz numa complexidade, uma vez que estou sujeita à realidade e no contexto encontrarem-se

parcialmente paralelos, deste modo salvaguardo na eventualidade a restauração do mesmo, de acordo com o percurso no estágio.

Posto isto, é da minha intenção desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao longo do ensino clínico, em todas as vertentes de atuação e, particularmente, na área respiratória em contexto perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019, Fevereiro). SNS continua a aumentar a atividade assistencial em 2018. ACSS. Acedido a 30/04/2019. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2019/02/14/sns-continua-a-aumentar-a-atividade-assistencial-em-2018/>.
- American Thoracic Society/ European Respiratory Society. (2006). Na official American Thoracic Society/ European Respiratory Society: Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, Vol. 173(12), 1390-1413/1391. **Doi:** 10.1164/rccm.200508-1211ST.
- American Thoracic Society/ European Respiratory Society. (2013). An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, Vol.188 (8), e13-e64/e16. **Doi:** 10.1164/rccm.201309-1634ST.
- Ávila, A.C., & Fenili, R. (2017). Incidence and risk factors for postoperative pulmonary complications in patients undergoing thoracic and abdominal surgeries. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 44(3), 284-292. Acedido a 01/05/2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n3/en_0100-6991-rcbc-44-03-0284.pdf.
- Boehnlein, M.J., & Marek, J.F. (2003). Enfermagem pós-operatória. In W, J. Phipps. J, K, Sands, & J, F, Marek (Eds.). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (Azevedo, H. S., Leal, L.C. Diogo, N., Espada, A.P.S.S (Trad.) (6ªed.) (Vol. 1, pp. 587-615). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Medical-Surgical Nursing concepts and clinical practice, 6th ed., 1999, Mosby Inc.).
- Branco, P.S., Barata, S., Barbora, J., Cantista, M., Lima, A., Maia, J. (Coord.). (2012). *Temas de Reabilitação: Reabilitação Respiratória*, Porto: Servier.
- Cordeiro, M.C.O., & Menoita, E.C.P.C. (Coord.). (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

- Degani-Costa, L.H., Faresin, S.M., & Reis Falcão, L.F. (2012). Avaliação pré-operatória do paciente pneumopata. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 64(1), 22-34. Acedido a 5/05/2019, em <https://www.scielo.br/pdf/rba/v64n1/0034-7094-rba-64-01-0022.pdf>.
- Doherty, G.M., Mulvihill, S.J., & Pellegrini, C.A. (2004). Complicações pós operatórias. In L.W.Way., & G.M.Doherty (Eds). *Cirurgia – Diagnóstico e tratamento* (F. Mundim et al., Trad.) (11ªed.) (pp.19-30). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. (Tradução da versão inglesa Current Surgical Diagnosis & Treatment, 11th ed., 2004).
- Dronkers, J., Veldman, A., Hoberg, E., Van der Waal, C., & Van Meeteren, N. (2008). Prevention of pulmonary complications after upper abdominal surgery by preoperative intensive inspiratory muscle training: a randomized controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22, 134-142. **Doi:** 10.1177/0269215507081574.
- Duarte, A.T., & Machado, H.S. (2016). Postoperative Pulmonary Complications: Na Epidemiological, Risk Factors and Prevention Review. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 7(1), 1-8. **Doi:** 10.4172/2155-6148.1000600.
- Filardo, F.A., Faresin, S.M., & Fernandes, A.L.G. (2002). Validade de um Índice Prognóstico para ocorrência de Complicações Pulmonares no Pós-Operatório de Cirurgia Abdominal Alta. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 209-216. Acedido a 30/04/2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11817.pdf>.
- Gastaldi, A.C., Magalhães, C.M.B., Baráúna, M.A., Silva, E.M.C., & Souza, H.C.D. (2008). Benefits of postoperative respiratory kinesiotherapy following laparoscopic cholecystectomy. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(2), 100-106. Acedido a 11/05/2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n2/en_a05v12n2.pdf

- Guerreiro, A.M.S.P. (2012). *Stressores no pré – operatório em neurocirurgia: A perspectiva do doente*. (Dissertação). Disponível em: (<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9368/1/Stressores%20no%20pr%C3%A9-operat%C3%B3rio%20-%20a%20perspetiva%20do%20doente.pdf>).
- Guleria, R., & Mandan, K. (2012). Pulmonary complications in neurosurgical patients. *Indian Journal of Neurosurgery*, Vol(1), 175-180. **Doi:** 10.4103/2277-9167.102299.
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M., & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Estatística Demográficas. INE. I,P.
- Isaías, F., Sousa L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.303-314). Loures: Lusociência.
- Katsura, M., Takeshima, T., Fukuhara, S., Furukawa, T.A. (2015). Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery (Review). *The Cochrane Collaboration*. (10), 1-79. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010356.pub2.
- Lawrence, V.A., Cornell, J.E., & Smetana, G.W. (2006). Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: Review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 596-608. Acedido em 10/05/19. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=722395>.

Lopes, P.C.G. (2011). *A Ansiedade do doente no período pré-operatório*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.19/1653>).

Meroni, C.B., Gusmão, C.E., Gemme, C.N., Sakamoto, L. (2010). Incidência de complicações Pulmonares em Cirurgia Torácica e uso de Ventilação Mecânica não Invasiva no pós-operatório: um estudo piloto no HMMG. *Anuário da Produção Acadêmica Docente*, 4(7), 183-200. Acedido a 25/04/2019. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/1398/1/Artigo%2014.pdf>.

Murgai, R., D'oro, A., Heindel, P., Schoell, K., Barkoh, K., Buser, Z., & Wang, J, C. (2018). Incidence of Respiratory Complications Following Lumbar Spine Surgery. *International Journal of Spine Surgery*, 12(6), 1-7. Acedido a 25/04/2019. Disponível em: <https://www.ijssurgery.com/content/ijss/early/2018/12/11/5090.full.pdf>.

Neto, L.J., Thomson, J.C., & Cardoso, J.R. (2005). Postoperative respiratory complications from elective and urgent/emergency surgery performed at a University Hospital. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(1), 41-7. Acedido a 01/05/2019. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/en_23454.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15/05/19. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby. pp.45.

Paisani, D.M., Chiavegato, L.D., & Faresin, S.M. (2005). Lung volumes, lung capacities and respiratory muscle strength following gastroplasty. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(2), 125-32. Acedido a 10/05/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n2/en_24342.pdf.

Pasquina, P., Tramér, M.R., Granier, J.M., & Walder, B. (2006). Respiratory Physiotherapy To Prevent Pulmonary Complications After Abdominal Surgery: A Systematic Review. *Chest, The American College of Chest Physicians*, 130(6), 1887-1899. Acedido a 5/05/2019. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Respiratory_physiotherapy_to_prevent_pulmonary_com.pdf

Pereira, E.D., Fernandes, A.L., Silva Anção, M., Pereres, C.A., Atallah, A.N., & Faresin, S.M. (1999). Prospective assessment of the risk of postoperative pulmonary complications in patients submitted to upper abdominal surgery. *São Paulo Medical Journal*, 117(4), 151-160. Acedido a 9/05/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10559850>.

Pryor, J. (1998). *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. (2ªed.). Barueri: Manole.

Qaseem, A., Snow, V., Fitterman, N., Hombake, E.R., Lawrence, V.A., Smetana, G.W., & Weiss, K.B. (2006). Risk Assessment for and Strategies To Reduce Perioperative Pulmonary Complications for Patients Undergoing Noncardiothoracic Surgery: A Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144 (8), 575-580. Acedido a 15/07/2019. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-144-8-200604180-00008?doi=10.7326%2F0003-4819-144-8-200604180-00008>.

Rodrigues, C.A.F., Varanda, E.M.G., & Almeida da Costa, A.J. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. *NURSING Revista de Formação Continua em Enfermagem*. Nº 283, 6-11. Acedido a 01/05/2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1085692-Atelectasia-estudos-de-caso-intervencao-do-enfermeiro-especialista-de-reabilitacao-cateterismo-cardiaco-intervencoes-de-enfermagem.html>.

Sabaté, S., Mazo, V., & Canet, J. (2014). Predicting postoperative pulmonary complications: Implications for outcomes and costs. *American Family Physician*, 27(2), 201-209. **Doi:** 10.1097/ACO.0000000000000045.

Silva, D.R., Baglio, P.T., Gazzana, M.B., & Barreto, S.S.M. (2009). Pulmonary evaluation and prevention of perioperative respiratory complications. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7, 114-123. Acedido 01/05/2019. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a008.pdf>.

Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2009). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sogame, L.C.M., Vidotto, M.C., Jardim, J. R., Faresin, S. M. (2008). Incidence and risk factors for postoperative pulmonary complications in elective intracranial surgery. *Journal of Neurosurgery*, 109(2), 222-7. **Doi:**10.3171/JNS/2008/109/8/0222.

Tennant, I., Augier, R., Crawford-Sykes, A., Ferron-Boothe, D., Meeks-Aitken, N., Jones, K., Gordon-Strachan, G., Harding-Goldson, H. (2012). Complicaciones Postoperatorias Menores Relacionadas con la Anestesia en Pacientes para Cirugías Electivas Ginecológicas y Ortopédicas en un Hospital Universitario de Kingston, Jamaica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(2), 188-198. Acedido a 01/05/2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/en_v62n2a05.pdf.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. (5ª ed.). Loures: Lusociências.

Trevisan, M. E., Soares, J. C., Rondinel, T. Z. (2010). Effects of two respiratory incentive techniques on chest wall mobility after upper abdominal surgery. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(4), 322-326. Acedido a 5/05/2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v17n4/07.pdf>.

Vaz, R., Natário, A., Luiz, C.V., Carvalho, E., Oliveira, F. ... Almeida, R. (2017). *Rede de Referência Hospitalar Neurocirurgia*. Sistema Nacional de Saúde. Lisboa: República Portuguesa de Saúde. Acedido 30/04/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf>.

World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives. Acedido 05/05/2019. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instituições Envolvidas

O projeto será desenvolvido em duas instituições distintas, nomeadamente no Serviço da Neurocirurgia do [] e na UCC de []. Numa primeira fase que decorrerá no período de 24 de setembro a 23 de novembro de 2019, no Serviço da Neurocirurgia e, numa segunda fase de 26 de novembro de 2019 a 8 de fevereiro de 2020 no UCC [], perfazendo um total de 750 horas, distribuídas uniformemente pelos campos de estágio.

A fase inicial do estágio será no Serviço da Neurocirurgia, cuja escolha se prende com o facto de ser um serviço cirúrgico onde são realizadas cirurgias: lesões vasculares intracranianas (aneurismas, malformações arteriovenosas, hematomas e hemorragias), tumores do encéfalo e da coluna, hérnias de disco, estenoses, fraturas por osteoporose, compressão radicular, colocação e remoção de próteses diversas do crânio e coluna espinal, tratamento de dores crónicas, entre outras, bem como contempla clientes traqueostomizados com necessidade de manter a via aérea. Os clientes da especialidade da neurocirurgia têm como particularidade a alteração do estado de consciência. Desde modo, é um local onde existe uma incidência relativa às complicações respiratórias no pós-operatório.

Este serviço possui 7 enfermeiros especialistas de reabilitação, sendo 3 com experiência comprovada na reabilitação respiratória em clientes que desenvolveram atelectasia após serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, tendo publicado um artigo na Nursing Revista de Formação Contínua em Enfermagem. O serviço tem ainda, implementado um projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem, no âmbito da avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência, inserido nos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

Durante o internamento hospitalar é o EEER o profissional que permanece mais tempo junto do cliente e que inicia o processo de reabilitação para a contribuição da alta precoce, diminuição dos custos de saúde associados à instituição, prevenindo complicações e habilitando o cliente e a família para a sua readaptação funcional. A equipa especialista de reabilitação realiza uma reunião onde discutem os planos de reabilitação a realizar aos clientes consoantes as suas necessidades e é feito um trabalho em equipa com os restantes elementos do serviço. Os enfermeiros de reabilitação do serviço encontram-se como elementos extra-horário nos turnos da manhã e tarde, durante toda a semana, de modo a permitir o acompanhamento especializado e a dar resposta às possíveis necessidades apresentadas pelos clientes, quer na enfermaria, quer nos cuidados intermédios.

O serviço tem como materiais/recursos para a prática específica de reabilitação o espelho quadriculado, bandas elásticas e cadeira de posição ortostática.

Portanto, o projeto será realizado no serviço da neurocirurgia, cuja escolha prende-se por ser uma serviço cirúrgico e o facto de ser um serviço onde os clientes apresentam por vezes alteração do estado de consciência, torna-se relevante contextualizar o cliente neurocirúrgico.

Numa segunda fase do ensino clínico, na comunidade, terei a oportunidade de confrontar com os reais problemas que o cliente enfrenta, ao nível social, económico, de recursos e de readaptação funcional.

A UCC de [] é uma Unidade Funcional do Agrupamento de Centros de Saúde [] que presta cuidados de saúde e apoio psicológico no âmbito domiciliário e comunitário. Proporciona apoio a clientes, famílias e grupos mais vulneráveis, que encontram-se em situações de maior risco ou de dependência física e funcional, ou por doença que exija cuidados mais apertados. Promove a educação para a saúde, a integração em redes de apoio à família e implementa unidades móveis de intervenção. O Plano de Ação da UCC abrange a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, entre outros projetos. A equipa multidisciplinar é constituída por dez enfermeiros, sendo três especialistas em enfermagem de reabilitação, um especialista em saúde mental, um especialista em saúde comunitária e dois enfermeiros generalistas com mestrado em paliativos.

O planeamento dos cuidados é feito após a realização de uma reunião semanal com o Gestor de Caso, enfermeiro de reabilitação, e distribuído pelos enfermeiros consoante a disponibilidade. As equipas são compostas por dois elementos e distribuídos por áreas. Realizam turnos de manhã e tarde, respetivamente das 8 às 15 horas e das 12 às 19 horas durante a semana e das 8 às 15 horas nos fins de semana e feriados.

A população assistida tem maior incidência no foro ortopédico, cuidados paliativos ou doença degenerativa e em indivíduos na fase crónica pós - Acidente Vascular Cerebral, do qual foi realizado um projeto na unidade neste âmbito.

A UCC não dispõe de muitos materiais/recursos para a prática específica de reabilitação, possuindo nomeadamente: bolas, bastões e bandas elásticas, no entanto são requisitados à família materiais como pedaleira, andarilho e canadianas.

Desta forma concluo que a comunidade revela-se uma mais-valia contribuindo para o meu desenvolvimento de competência de EEER.

APÊNDICE II - Evidência Científica sobre a Reeducação Funcional
Respiratória em Contexto Perioperatório

Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Avaliação do risco de complicações respiratórias pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta. (Pereira, et al., 1999)	Investigar associações entre variáveis pré-operatórias e complicações respiratórias pós-operatórias em cirurgias eletivas do abdómen superior.	- 408 clientes que foram analisados no pré-operatório e acompanhados no pós-operatório por complicações respiratórias. - 247 clientes realizaram reabilitação respiratória.	A taxa de complicações respiratórias pós-operatória foi de 14%. • Preditores significativos: - Idade > 50 anos; - Tabagismo; - Presença de Doença Pulmonar Crônica; - Duração da cirurgia > 210 minutos; - Comorbidade.	Os três principais fatores de risco foram: Presença de Doença Pulmonar Crônica; Duração da cirurgia > 210 minutos; Comorbidade. Os clientes com três fatores de risco tinham três vezes mais probabilidade de desenvolver complicações respiratórias, relativamente aos clientes sem nenhum desses fatores. Reabilitação respiratória é indicada quando existem incertezas ao estado pulmonar do cliente.

Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia. (Paisani, Chiavegato & Faresin, 2005)	Avaliar o comportamento dos volumes e capacidades pulmonares, força muscular respiratória, padrão respiratório e as possíveis complicações respiratórias pós-operatórias.	- 21 clientes em média de idade de 39 anos e média de índice de massa corporal de 50,4 Kg/m2. Foram avaliados no pré-operatório, 1º, 3º e 5º dia de pós-operatório e submetidos a mensuração de volume corrente, capacidade vital, volume minuto, pressões máximas expiratória e inspiratória, e circunferências abdominal e torácica.	No 1º e 3º dia de pós-operatório houve redução: - de 47% e 30,5% na capacidade vital; - 18% e 12,5% no volume minuto; - 28% e 21% no volume corrente; - 47% e 32% no índice diafragmático; - 51% e 26% na pressão inspiratória máxima; - 39,5% e 26% na pressão expiratória máxima. No 5º dia de pós-operatório, todos os valores das variáveis analisadas apresentaram-se superiores que os do 1º pós-operatório. Houve uma incidência de complicações respiratórias	Clientes submetidos a gastroplastia apresentam redução da função pulmonar, evidenciando um comportamento bastante semelhante ao já observado no pós-operatório de outras cirurgias do andar superior do abdômen.

			pós- operatórias de 4,7% e não houve óbitos.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Estratégias para reduzir complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia não cardiotorácicas: revisão sistemática para o colégio americano de médicos. (Lawrence, Cornell & Smetana, 2006)	Revisão sistematicamente da literatura sobre intervenções para prevenir complicações respiratórias pós-operatórias na cirurgia não cardiotorácicas.	- Ensaios clínicos randomizados e controlados; - Revisões sistemáticas; - Meta-análises que preenchiam critérios de inclusão pré-definidos.	- As intervenções de expansão pulmonar, reduzem o risco pulmonar; - Uso seletivo de sonda nasogástrica, em vez de rotina, após cirurgia abdominal e agentes bloqueadores neuromusculares intraoperatórios de ação curta reduzem o risco; - Operações laparoscópicas reduzem a dor e o comprometimento pulmonar, conforme medido pela espirometria; - Desnutrição está associada ao aumento do risco pulmonar, no entanto a nutrição entérica ou	Existe poucas intervenções que demonstram claramente ou possivelmente a redução de complicações respiratórias pós-operatórias.

			parentérica de rotina não reduz o risco; - A alimentação entérica pode prevenir a pneumonia pós-operatória.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Reabilitação respiratória para prevenir complicações pulmonares após cirurgia abdominal (Pasquina, Tramér, Granier & Walder, 2006)	Examinar a eficácia da reabilitação respiratória na prevenção de complicações respiratórias após cirurgia abdominal.	- 13 estudos com grupo controle “sem intervenção”; - 9 dos estudos sem diferenças significativas (n=883 participantes); - 4 estudos com resultados (n= 528 participantes).	- 1º estudo: A incidência de pneumonia diminuiu de 37,3 para 13,7 % com respiração profunda, tosse dirigida e drenagem postural; - 2º estudo: a incidência de atelectasia diminuiu de 39 para 15% com respiração profunda e tosse dirigida; - 3º estudo: a incidência de atelectasia diminuiu de 77 para 59% com respiração profunda, tosse dirigida e drenagem postural; - 4º estudo: a incidência de complicações respiratórias não especificadas diminuiu de	Existem apenas alguns ensaios que apoiam a utilidade da reabilitação respiratória profilática. A realização da reabilitação respiratória frequentemente após cirurgia abdominal não parece ser justificado.

			47,7% para 21,4 para 22, 2% com respiração por pressão positiva intermitente, ou espirometria de incentivo, ou respiração profunda com tosse dirigida.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Benefícios da Reabilitação Respiratória no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. (Gastaldi et al., 2008)	Avaliar os efeitos da cinesioterapia respiratória sobre a função pulmonar e a força muscular respiratória em clientes submetidos à colecistectomia laparoscópica.	- 20 mulheres e 16 homens submetidos à colecistectomia laparoscópica: - 17 realizaram exercícios respiratórios e 19 como Grupo Controlo. Todos realizaram avaliação das pressões respiratórias máximas (Pressão Inspiratória Máxima e Pressão Expiratória Máxima, pico de fluxo expiratório e espirometria. Medindo	Ambos os grupos apresentaram diminuição de todas as variáveis no 1º pós-operatório. - O Grupo exercício permaneceu com diminuição até o 2º pós-operatório para capacidade vital, capacidade vital forçada e volume expiratório no primeiro segundo. - No 3º pós-operatório diminuição para pressão inspiratória máxima e pico fluxo expiratório e 4º pós-	A Reabilitação Respiratória contribuiu para a recuperação precoce da função pulmonar e da força muscular dos clientes submetidos à colecistectomia laparoscópica.

		a capacidade vital, capacidade vital forçada, volume expiratório no primeiro segundo, relação volume expiratório no primeiro segundo / capacidade vital forçada no pré-operatório e diariamente até o 6º pós-operatório.	operatório para pressão expiratória máxima; - Grupo Controlo, os valores de todas as variáveis retornaram a partir do 5º pós-operatório. - Os valores de pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima foram superiores no Grupo de Exercício relativamente ao Grupo Controlo desde o 3º e 2º pós-operatório.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Prevenção de complicações pulmonares após cirurgia abdominal alta por treino muscular inspiratório intensivo pré-operatório: um	Investigar a viabilidade e os efeitos do treino muscular inspiratório pré-operatório na incidência de atelectasia em clientes	- 20 clientes de alto risco submetidos à cirurgia eletiva de aneurisma da aorta abdominal. -Aleatoriamente designados para receber tratamento muscular inspiratório no	- 8 clientes do grupo controlo e 3 clientes do grupo de intervenção desenvolveram atelectasia; -Não foi observado nenhum efeito adverso no treino muscular inspiratório; - A pressão inspiratório média no pós-operatório foi 10%	O treino muscular inspiratório no pré-operatório permite reduzir a incidência de atelectasia em clientes submetidos cirurgia de aneurisma de aorta abdominal.

estudo piloto controlado randomizado. (Dronkers, Veldman, Hoberg, Van der Waal & Van Meeteren, 2008)	submetidos a cirurgia de aneurisma de aorta abdominal no pós-operatório.	pré-operatório ou tratamento usual. - O grupo de clientes de intervenção eram mais velhos que os clientes do grupo controle.	superior que no grupo de intervenção.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Efeitos de duas técnicas de incentivo respiratório na mobilidade toracoabdominal após cirurgia abdominal alta. (Trevisan, Soares & Rondinel, 2010)	Comparar duas técnicas de incentivo respiratório na recuperação da dinâmica toracoabdominal em pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta.	O grupo de estudo experimental foi constituído por 16 clientes internados na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria distribuídos aleatoriamente em dois grupos: - grupo 1 foi constituído por 10 clientes que usaram o dispositivo espirómetro de incentivo; - grupo 2,	- Redução dos valores de cirtometria no 1º pós-operatório, sendo recuperados gradualmente, não havendo grande diferença com o 5º pós-operatório; - Grupo 1 obteve melhores índices de recuperação da mobilidade toracoabdominal; - Tempo de recuperação do grupo 1 atingiu médias mais elevadas no período pós-operatório.	O espirómetro de incentivo mostrou melhores resultados na recuperação da expansibilidade pulmonar após cirurgia abdominal alta.

		constituído por 6 clientes submetidos ao padrão ventilatório com inspiração fracionada em três tempos. A expansibilidade toracoabdominal foi avaliada por cirtometria antes da cirurgia e no 1º, 3º, e 5º dia do pós-operatório.		
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Atelectasia - Estudos de Caso Intervenção do EEER. (Rodrigues, Varanda & Almeida da Costa, 2012)	Comprovar a eficácia da intervenção do EEER no tratamento da Atelectasia no serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta.	Estudo-Caso 1º: Senhora de 75 anos, com Aneurisma da Carótida interna esquerda, submetida embolização de aneurisma; Estudo-Caso 2º: Senhor de 86 anos, Traumatismo craniano encefálico sem perda	<u>Reabilitação Respiratória:</u> - Inaloterapia com soro fisiológico: caso 1 - copo acessório do ventilador; caso 2- com nebulizador ultrassônico. - Drenagem Postural bilateral modificada associada a vibrações, percussões e compressões torácicas com	Os resultados foram semelhantes entre os estudos - caso, com a respetiva expansão pulmonar à esquerda, exceto no caso 3 que surgiu nova atelectasia apical à direita, sendo tratada com intervenções dirigidas para a nova situação.

		de conhecimento e Traumatismo vertebro-medular cervical fratura do corpo e base C2, subluxação da C1-C2, diagnosticada pneumonia bilateral e entubado orotraqueal, para suporte ventilatório. Realizada traqueostomia, posteriormente. Feito drenagem de Derrame pleural bilateral; Estudo-Caso 3º: Senhora de 65 anos, Hematoma Temporal Direito com efeito de massa e desvio da linha média e Hemorragia subaracnoídea, realizado Craniotomia.	maior incidência no hemitórax esquerdo. - Insuflações com prévia fluidificação das secreções com soro fisiológico, em drenagem postural esquerda. Associações com compressões e vibrações no final da insuflação. - Aspiração de secreções, associada a compressões e vibrações. - Abertura costal esquerda em sincronia com ciclos inspiratórios e expiratórios do ventilador. - Posicionamento final em decúbito lateral direito. - Orientação dos colegas para favorecerem os decúbitos semi-dorsal e lateral direito e para realizarem insuflações	Evitaram – se técnicas invasivas, com riscos associados, desconforto para o cliente e altos custos para a instituição.
--	--	--	---	---

			regulares e fluidificação de secreções na aspiração.	
Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Treino muscular inspiratório pré-operatório para complicações pulmonares pós-operatórias em adultos submetidos à cirurgia cardíaca e abdominal de grande porte. (Katsura et al., 2015)	Avaliar a eficácia do treino muscular inspiratório pré-operatório em complicações respiratórias pós-operatórias em adultos submetidos a cirurgia abdominal cardíaca ou de grande porte.	Incluíram 12 ensaios com 695 participantes; - 5 ensaios incluíram participantes que aguardavam cirurgia cardíaca eletiva; - 7 ensaios incluíram participantes que aguardavam cirurgia abdominal eletiva de grande porte.	- 7 estudos (443 clientes) desenvolveram atelectasia no pós-operatório; - 11 estudos (675 clientes) desenvolveram pneumonia no pós-operatório; - o treino da musculatura inspiratória foi associado à redução de atelectasias e pneumonias no pós-operatório, comparado com os cuidados habituais ou sem intervenção física; - Treino da musculatura inspiratória no pré-operatório foi associado com a redução do tempo de internamento.	Treino da musculatura inspiratória no pré-operatório está associado à redução de atelectasias e pneumonia no pós-operatório, redução no tempo de internamento em adultos submetidos a cirurgia cardíaca e abdominal de grande porte.

Estudo	Objetivo	Participantes/Métodos	Resultados	Conclusão
Incidência de complicações respiratórias após cirurgia da coluna lombar. (Murgai, et al., 2018)	Avaliar a incidência, fatores de risco e tipos de complicações respiratórias que ocorrem em clientes submetidos a cirurgia da coluna lombar (fusão inter-corpo lombar anterior; fusão inter-corpo lombar posterior; fusão lombar posterolateral; fusão entre corpos oblíquos laterais; e fusão entre corpos transforaminais), entre 2007 a 2014.	Estudo incluiu 64.891 clientes (33.280 mulheres e 31.611 homens), identificados na empresa nacional de seguros Humana Inc. Os clientes submetidos a fusão entre corpos oblíquos laterais foram incluídos no grupo fusão inter-corpo lombar anterior; os clientes submetidos a fusão entre corpos transforaminais foram incluídos no grupo fusão lombar posterolateral; e os clientes submetidos a fusão foram incluídos nos dois grupos.	- Dos 64.891 clientes, 3.694 (5,7%) desenvolveram complicações respiratórias dentro de um mês após o procedimento; - As complicações respiratórias com maior incidência na cirurgia lombar foram: atelectasia (4,3%), pneumonia (1,98%), insuficiência respiratória aguda (1,97%) e derrame pleural (1,6%); - A fusão inter-corpo lombar anterior obteve maior incidência na taxa de complicações respiratórias; - A incidência de cada complicação respiratória foi maior nos clientes com histórico de hábitos tabágicos, doença pulmonar prévia ou	Clientes com histórico de tabagismo, doença pulmonar prévia ou diabetes mellitus apresentam maior incidências nas complicações respiratórias após a cirurgia lombar. Sendo uma informação relevante para a seleção do cliente, tomada de decisão e no momento do aconselhamento pré-operatório.

			diabetes mellitus, em comparação com clientes sem nenhum destes três fatores de risco.	
--	--	--	---	--

APÊNDICE III – Planeamento de Atividades

Domínio de Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores e Critérios de Avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação enquadrada na dinâmica e organização do serviço.	❖ Reunião com o Enfermeiro Reabilitação do serviço. ❖ Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar. ❖ Compreensão da intervenção do EEER no enquadramento da dinâmica e organização do serviço. ❖ Integração gradual na equipa multidisciplinar do serviço. ❖ Conhecimento sobre recursos e materiais existentes e uso adequado de modo a segurar a qualidade de cuidados prestados. ❖ Colaboração na prestação de cuidados	❖ Serviço de Neurocirurgia ❖ UCC 	❖ Conhece a dinâmica funcional e organização do serviço. ❖ Conhece os recursos existentes a utilizar nos cuidados de saúde. ❖ Identifica as intervenções do enfermeiro de reabilitação apropriadas à situação do cliente/família. ❖ Complementa a informação fundamental para o processo de cuidados e diagnóstico. ❖ Reflete sobre o contributo das ações do enfermeiro de reabilitação para o cliente/ família.

		especializados de enfermagem de reabilitação nos clientes/família. ❖ Reflexão sobre o contributo das ações do enfermeiro de reabilitação para com o cliente/ família. ❖ Registo diário das atividades realizadas, para a realização do Relatório.		❖ Executa registos diários das atividades realizadas no local de estágio.
--	--	---	--	--

Recursos:

- ❖ EEER Orientador.
- ❖ Professor Orientador.
- ❖ Equipa Multidisciplinar.
- ❖ Entrevistas nos locais de estágio.
- ❖ Recursos existentes no local de estágio (normas, protocolos, registo informático- SClínico)
- ❖ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

Domínio de Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores e Critérios de Avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto	Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na avaliação do cliente no perioperatório.	❖ Recolha de informação clínica através de uma entrevista com o cliente, consulta dos exames clínicos: . radiografia; . tomografia computadorizada; . ressonância magnética; . processo clínico (SClínico). ❖ Avaliação da alteração da funcionalidade respiratória, no cliente no perioperatório. • Avaliação do padrão respiratório: . vigilância de sinais de dispneia; . avaliação da auscultação pulmonar; . avaliação da saturação de oxigénio periférica no sangue.	❖ Serviço de Neurocirurgia	❖ Mobiliza conhecimentos atualizados/adequados para a avaliação do risco de alteração da funcionalidade respiratória. ❖ Identifica alterações da funcionalidade respiratória. ❖ Deteta os fatores de risco subjetivos do cliente e ao ato cirúrgico. ❖ Identifica as necessidades de intervenção no âmbito do EEER. ❖ Executa registos diários das atividades

visando a otimização da qualidade dos cuidados. J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades. J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.		• Aprendizagem e execução da auscultação pulmonar; • Observação e interpretação gasometria arterial e radiografia do tórax. ❖ Identificação dos fatores de risco inerentes ao cliente/cirurgia no perioperatório: • Idade Avançada; Obesidade; Hábitos Tabágicos; Doença Pulmonar Prévia; Desnutrição; ASA classe II ou superior; Dependência funcional; ICC; alterações metabólicas. • Local Cirúrgico; Duração da Cirurgia; Técnica Anestésica; Cirurgia de Emergência; Uso de analgésicos; Dor.		realizadas no local de estágio.
---	--	--	--	--

		❖ Identificação das complicações respiratórias no perioperatório: • Hipoxemia; Atelectasia; Pneumonia; Derrame Pleural; Embolia Pulmonar; Insuficiência Respiratória; Exacerbação Doença Pulmonar; Edema pulmonar neurogênico; Ventilação e/ou Entubação orotraqueal prolongada e Broncospasmo. ❖ Registo diário das atividades realizadas, para a realização do Relatório.		
--	--	---	--	--

Recursos:

- ❖ EEER Orientador.
- ❖ Professor Orientador.
- ❖ Cliente.
- ❖ Instrumentos de colheita de dados: consulta com o cliente; radiografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; processo clínico (SCLínico).

- ❖ Instrumentos de avaliação utilizados no local de estágio (ou outros adequados à situação): Escala de Comas de Glasgow; Escala de Borg modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; Escala Medical Research Council Muscle; Escala Ashworth modificada; Escala Morse; Escala Braden;
- ❖ Recursos físicos e materiais existentes no local de estágio: estetoscópio; monitor dos sinais vitais, oxímetro e folha de avaliação de alterações respiratórias (neurocirurgia) .
- ❖ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

Domínio de Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores e Critérios de Avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto	Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório.	❖ Pesquisa e revisão sobre a evidência científica relacionada com a RFR. ❖ Avaliação do risco e diagnóstico de alterações da funcionalidade respiratória no perioperatório. ❖ Identificação das necessidades de intervenção no âmbito da RFR no perioperatório. ❖ Conceção e implementação de planos de intervenção individualizados, que visam a otimização/reeducação da função respiratória. ❖ Treino de técnicas de RFR no perioperatório: - Estabelecimento de uma relação de confiança e empatia	❖ Serviço de Neurocirurgia	❖ Mobiliza conhecimentos adequados à atuação do EEER com utilização de instrumentos adaptados. ❖ Avalia de forma rigorosa o risco de alterações da funcionalidade respiratória. ❖ Identifica as necessidades de intervenção na RFR no perioperatório. ❖ Concebe planos de intervenção individualizados para a otimização/reeducação da função respiratória.

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. J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania . J3. Maximiza a funcionalidade		tendo em vista a redução da ansiedade no cliente; -Ensino de exercícios de relaxamento (Treino Autógeno de Schultz, Relaxamento Progressivo de Jacobson e Posições de relaxamento); - Ensino da consciencialização e controlo dos tempos respiratórios; -Ensino sobre técnicas respiratórias: • Reeducação diafragmática; • Reeducação costal seletivo/ global (bastão); • Tosse dirigida ou assistida/ CATR (com contenção da ferida cirúrgica); • Manobras acessórias (vibração, percussão e compressão);	❖ Implementa planos de intervenção na RFR, no perioperatório. ❖ Executa de forma correta as técnicas respiratórias, de acordo com os princípios de Enfermagem de Reabilitação. ❖ Analisa os resultados das intervenções implementadas no programa de reeducação respiratória. ❖ Reformula os planos de intervenção individualizados. ❖ Anuncia experiências positivas com a restante equipa.
--	--	--	--

desenvolvendo as capacidades da pessoa.		• Técnicas de correção postural (espelho quadriculado); • Drenagem postural; • Drenagem postural modificada; • Exercícios de expansão torácica; • Treino dos músculos respiratórios; • Mobilização da cintura escapular (bastão, faixas elásticas, pedaleira); • Utilização de dispositivos de ajuda para limpeza das vias aéreas (espirómetro de incentivo e acapella); • Reeducação no esforço (levante precoce, marcha, subida/descida de escadas, utilização de bola terapêutica).		❖ Executa registos diários das atividades realizadas no local de estágio.
---	--	---	--	---

		❖ Avaliação dos resultados dos planos de intervenção individualizados. ❖ Reformulação dos planos de intervenção individualizados, consoante resultados. ❖ Registo diário das atividades realizadas, para a realização do Relatório.		
--	--	---	--	--

Recursos:

- ❖ EEER orientador.
- ❖ Professor orientador.
- ❖ Cliente.
- ❖ Instrumentos de colheita de dados: radiografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; processo clínico (SClínico).
- ❖ Instrumentos de avaliação utilizados no local de estágio (ou outros adequados à situação): Escala de Comas de Glasgow; Escala de Borg modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; Escala Medical Research Council Muscle; Escala Ashworth modificada; Escala de Tinetti; Escala de Berg.
- ❖ Recursos físicos e materiais existentes no local de estágio (espelho quadriculado, bastão, bandas elásticas, pedaleira, máquina estimulação; cadeira posição ortostática, estetoscópio, oxímetro).
- ❖ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

Domínio de Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores e Critérios de Avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da	Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário.	❖ Instrui sobre as técnicas específicas da RFR, de modo a garantir o domínio do Cliente/Cuidador Informal. ❖ Supervisão das técnicas de RFR efetuadas pelo Cliente/Cuidador Informal. ❖ Avaliação do cliente com alterações da função sensório-motor: • Exame neurológico: ➤ <u>Estado mental:</u> . Estado de consciência (Escala de Comas de Glasgow); . Estado de Orientação; . Atenção; . Memória; . Capacidades Práticas; . Negligência hemiespacial unilateral;	❖ Serviço de Neurocirurgia ❖ UCC 	❖ Executa de forma correta as técnicas e aplica os conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação. ❖ Ensina, instrui e treina técnicas intrínsecas ao programa de reabilitação. ❖ Avalia o cliente com alterações da função sensório-motor: exame neurológico. ❖ Identifica as barreiras inerentes ao processo de reabilitação do cliente. ❖ Avalia os aspetos psicossociais

aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		. Linguagem. ➤ <u>Pares Cranianos (XII)</u> ➤ <u>Motricidade:</u> . Força muscular (Escala Medical Research Council Muscle); . Tónus muscular (Escala de Ashworth modificada); . Coordenação motora (prova índex-nariz; prova da indicação de Barany; prova calcanhar Joelho); ➤ <u>Sensibilidade:</u> .Superficial (dolorosa/térmica/tátil); .Profunda (postural/vibratória/pressão). ➤ <u>Equilíbrio e Marcha</u> . Equilíbrio estático e dinâmico (posição de sentado e ortostático) (Escala de Tinetti e Escala de Berg);		subjetivos ao cliente na adaptação e reintegração ao seu meio. ❖ Identifica as necessidades e recursos do cliente, facilitadores da sua capacitação e reintegração no meio comunitário. ❖ Elabora e implementa planos diferenciados com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações do cliente no seu meio comunitário, atendendo às necessidades de intervenção e aos recursos identificados.
--	--	--	--	---

		. Marcha (Categorias Funcionais da Marcha). ❖ Identificação de barreiras que acometem ao processo reabilitação do cliente. • Alteração da mobilidade (força muscular/ tônus muscular/ espasticidade/ equilíbrio/ marcha / função sensorial). • Viabilização da acessibilidade (entrada nas habitações, espaços comuns, instalação sanitária): . colocação de corrimões; . colocação de rampas em aclives e declives; . remoção de móveis e/ou objetos soltos; . remoção de portas estreitas; ❖ Avaliação de aspetos psicossociais que intercedam nos meios adaptativos e de		❖ Identifica/colabora em ações de formação de acordo com défices de informação identificados. ❖ Concebe/colabora na realização de ações de formação nos contextos de trabalho. ❖ Avalia os resultados da formação efetuada. ❖ Executa registos diários das atividades realizadas no local de estágio.
--	--	---	--	--

		reintegração ao meio comunitário (confiança, autonomia, iniciativa, confusão, aceitação). ❖ Mobilização dos recursos sociais, familiares e pessoais que propiciem os meios adaptativos do cliente e a sua reintegração. ❖ Elaboração e implementação de planos diferenciados de intervenções com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações à reabilitação do cliente: - Técnicas específicas de autocuidado (higiene, vestuário, alimentação, uso sanitário, transferir – se): • Facilitação cruzada; • Posicionamento em padrão anti – espástico;		
--	--	---	--	--

		• Programa de mobilizações: ativa; ativa - - assistida; ativa- resistida e passiva; • Atividades terapêuticas: rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio (treino estático e dinâmico), levante (cadeira ortostática) e transferências; • Estimulação da sensibilidade (massagens, máquina eletroestimulação). - Gestão da tolerância ao esforço nas atividades do autocuidado (higiene, vestuário, alimentação, uso sanitário, transferir – se;		
--	--	---	--	--

		- Utilização de técnicas de auxílios e dispositivos de compensação (andarilho, canadianas, bengala, cadeira de rodas); - Educação para a saúde. ❖ Identificação das necessidades de formação no âmbito dos contextos de trabalho. ❖ Conceção/colaboração em sessões de formação desenvolvidas em contextos de trabalho, no âmbito da prestação de cuidados ao cliente/família. ❖ Avaliação do impacto da formação efetuada. ❖ Registo diário das atividades realizadas, para a realização do Relatório.		
--	--	---	--	--

Recursos:

- ❖ EEER orientador.
- ❖ Professor orientador.
- ❖ Cliente/Cuidador Informal.
- ❖ Instrumentos de colheita de dados: radiografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; processo clínico (SClínico).
- ❖ Instrumentos de avaliação utilizados no local de estágio (ou outros adequados à situação): Exame neurológico; Escala de Comas de Glasgow; Mini Mental State Examination; Escala de Borg modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; Escala Medical Research Council Muscle; Escala Ashworth modificada; Escala Tinetti; Escala de Berg; Categorias Funcionais da Marcha; Escala de Braden; Escala de Morse.
- ❖ Recursos físicos e materiais existentes no local de estágio: espelho quadriculado, bastão, pedaleira, máquina electroestimulação; cadeira posição ortostática, estetoscópio; andarilho, canadianas, cadeira de rodas, oxímetro.
- ❖ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

Domínios de Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores e Critérios de Avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.	Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.	❖ Identificação das necessidades alteradas do cliente que condicionam o autocuidado (higiene, vestuário, alimentação, uso sanitário, transferir – se). ❖ Avaliação do risco de alteração da funcionalidade, limitação e restrição da atividade. ❖ Utilização de instrumentos e escalas de avaliação adequados à situação (Escala de Comas de Glasgow; Mini Mental State Examination; National Institutes of Health Stroke Scale; Escala de Borg	❖ Serviço da Neurocirurgia ❖ UCC	❖ Identifica as necessidades alteradas do cliente que condiciona o autocuidado. ❖ Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação e restrição da atividade. ❖ Utiliza instrumentos e escalas de avaliação de forma adequada à situação. ❖ Elabora e implementa planos diferenciados com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações do cliente no seu meio comunitário, atendendo

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; Escala Medical Research Council Muscle; Escala Ashworth modificada; Escala Tinetti; Escala de Berg; Categorias Funcionais da Marcha; Goniometria; Escala de Zarit). ❖ Elaboração e implementação de planos diferenciados de intervenções com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações à reabilitação do cliente: - Treino sensorio-motor; -Treino cardiorrespiratório; - Treino de eliminação;	às necessidades de intervenção e aos recursos identificados. ❖ Identifica as necessidades e recursos do cliente, facilitadores da sua capacitação e reintegração no meio comunitário. ❖ Analisa os resultados das intervenções implementadas no programa de reabilitação. ❖ Concebe/colabora na realização de ações de formação nos contextos de trabalho. ❖ Executa registos diários das atividades realizadas no local de estágio.
--	--	--	---

		-Treino de Atividades de Vida Diária; - Utilização de técnicas de auxílio e dispositivos de compensação (andador, canadianas, cadeira de rodas, cadeira sanitária, elevador elétrico, cama articulada, banco de higiene, calçadeira); - Educação para a Saúde. ❖ Mobilização dos recursos sociais, familiares e pessoais que propiciem os meios adaptativos do cliente e a sua reintegração. ❖ Avaliação dos resultados dos planos de intervenção individualizados.		
--	--	--	--	--

		❖ Conceção/colaboração em sessões de formação desenvolvidas em contextos de trabalho, no âmbito da prestação de cuidados ao cliente/família. ❖ Registo diário das atividades realizadas, para a realização do Relatório.		
--	--	---	--	--

Recursos:

- ❖ EEER orientador.
- ❖ Professor orientador.
- ❖ Cliente/Cuidador Informal.
- ❖ Instrumentos de colheita de dados: radiografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; processo clínico (SClínico).
- ❖ Instrumentos de avaliação utilizados no local de estágio (ou outros adequados à situação): Exame neurológico; Escala de Comas de Glasgow; Mini Mental State Examination; National Institutes of Health Stroke Scale; Escala de Borg modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; Escala Medical Research Council Muscle; Escala Ashworth modificada; Escala Tinetti; Escala de Berg; Categorias Funcionais da Marcha; Goniometria; Escala de Zarit; Escala de Braden; Escala de Morse.

- ❖ Recursos físicos e materiais existentes no local de estágio: bandas elásticas, bastão, pedaleira (solicitado à família), estetoscópio; andarilho, canadianas, cadeira de rodas (solicitado à família), oxímetro.
- ❖ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

APÊNDICE IV – Cronograma

[illegible]

APÊNDICE V – Guião das Entrevistas

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Guia de Entrevista – Serviço da Neurocirurgia

Caraterização do Serviço

- Como caracteriza o espaço físico?
- Que valências estão disponíveis?
- Qual o horário das visitas?
- Como é constituída a equipa multidisciplinar?
- Qual o horário de trabalho que é praticado?

Recursos Humanos

- Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Quantos são Enfermeiros Generalistas? Quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?
- O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê?
- Como são distribuídos os Enfermeiros Reabilitação pelos turnos?
- Qual o número de clientes distribuídos ao Enfermeiro de Reabilitação?
- Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros de Reabilitação?
- Algum EEER tem investido na área reeducação respiratória? Se sim, em que medida?
- Qual o tempo médio de internamento dos clientes?
- Quais as caraterísticas da população que o serviço recebe?
- Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais recorrentes na população assistida?

Avaliação dos Clientes

- Como realiza a seleção dos clientes alvo de cuidados especializados em reabilitação?
- Os clientes podem ser referenciados por outros profissionais de saúde para os EEER? Se sim, como é realizado esse processo?

- Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?

Prestação e Continuidade de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

- Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos Enfermeiros de Reabilitação?
- Como procede ao planeamento dos cuidados de reabilitação?
- De que forma o cliente participa nesse planeamento?
- Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros especialistas de reabilitação?
- Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas?
- Qual a receptividade do cliente/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?
- Vê impacto de resultados consoante a adesão da pessoa aos cuidados?
- Que indicadores de saúde são evidenciados no serviço?
- Como a família é incluída nos cuidados planeados?

Autonomia, Organização do Trabalho e Relação Interdisciplinar

- Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa?
- Como prepara a alta do cliente para o regresso ao domicílio?
- Qual o papel do Enfermeiro de Reabilitação no momento da alta do cliente?
- Existe alguma articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta? Como?
- Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais frequentes?
- Que materiais/recursos existem no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?
- Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Guia de Entrevista – Serviço da UCC

Caraterização do Serviço

- Como caracteriza o espaço físico?
- Que recursos da comunidade estão disponíveis?
- Como é constituída a equipa multidisciplinar?
- Qual o horário de funcionamento da UCC?

Gestão de Recursos Humanos

- Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Quantos são Especialistas em Reabilitação?
- O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê?
- Qual o número de clientes atribuídos ao Enfermeiro de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?
- Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros de Reabilitação?
- Algum EEER tem investido na área reeducação respiratória? Se sim, em que medida?
- Qual o tempo médio de seguimento dos clientes?
- Quais as características da população que o serviço recebe?
- Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais recorrentes na população assistida?

Avaliação dos Clientes

- Como realiza a seleção dos clientes alvo de cuidados especializados em reabilitação?
- Os clientes podem também ser referenciados por outros profissionais de saúde para os EEER?
- Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação?

Prestação e Continuidade de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

- Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos Enfermeiros de Reabilitação?
- Como procede ao planeamento dos cuidados de reabilitação?
- De que forma o cliente participa nesse planeamento?
- O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?
- Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação?
- Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas?
- Qual a receptividade do cliente/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?
- Quais as vantagens e desvantagens da prática de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário?
- Que indicadores de saúde são evidenciados no serviço?
- Como a família é incluída nos cuidados planeados?

Autonomia, Organização do Trabalho e Relação Interdisciplinar

- Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa?
- Existe alguma articulação de cuidados com o internamento hospitalar?
- Como articula a continuidade de cuidados?
- Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade no domicílio?
- Que materiais/recursos existem no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?
- Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?

ANEXOS

ANEXO I – Classificação American Society of Anesthesiologist

Classificação American Society of Anesthesiologist

Table. American Society of Anesthesiologists Classification*

ASA Class	Class Definition	Rates of PPCs by Class, %
I	A normally healthy patient	1.2
II	A patient with mild systemic disease	5.4
III	A patient with systemic disease that is not incapacitating	11.4
IV	A patient with an incapacitating systemic disease that is a constant threat to life	10.9
V	A moribund patient who is not expected to survive for 24 hours with or without operation	NA

* Information is from reference 9. ASA = American Society of Anesthesiologists; NA = not applicable; PPC = postoperative pulmonary complication.

Fonte: <https://www.grepmed.com/images/2956/classification-preoperative-diagnosis-classes-risk-asa>.

APÊNDICE IV – Estudo de Caso Neurocirurgia



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio Com Relatório

Estudo de Caso - Neurocirurgia

Joana Filipa Rego Medeiros

Lisboa



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Estudo de Caso - Neurocirurgia

Joana Filipa Rego Medeiros

Docente Orientadora: Vanda Marques Pinto

Docente Coorientador: Ricardo Braga

Enfermeiro Orientador:



Lisboa

Novembro 2019

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

BPM – Batimentos Por Minuto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECG – Escala de Comas de Glasgow

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

MG – Miligrama

MIF – Medida de Independência Funcional

MMHG - Milímetro de Mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

SR^a. - Senhora

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO - 4

1- APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO – 7

2- EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL - 11

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - 27

APRECIÇÃO FINAL- 43

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS - 45

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, objetiva-se a integração nos contextos de ensino clínico e a conceção de planos de intervenção com o propósito de promover a qualidade de vida do cliente através de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação referentes às necessidades de cada indivíduo ou família, na sequência de desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A realização deste trabalho passa pela elaboração de um plano de cuidados como instrumento de trabalho na estruturação e sistematização da informação recolhida, diagnóstico, planeamento de intervenções e avaliação contínua de cuidados de enfermagem de reabilitação a um cliente, alvo de uma situação específica em contexto de internamento hospitalar. O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação surge integrado para a manutenção das capacidades funcionais atuais do cliente, tendo em conta todo o meio envolvente.

O plano de cuidados é implementado numa cliente, a Senhora (Sr^a.) Vi que encontra-se internada no serviço de Neurocirurgia com diagnóstico médico de uma Hemorragia Subaracnoídea (HSA) tendo sido submetida a uma Clipagem de Aneurisma Roto e que desenvolveu posteriormente uma complicação respiratória – Atelectasia. Todavia, esta constitui uma parte integrante da enumeração de clientes internados no serviço de neurocirurgia no período da realização do estágio.

A HSA consiste na presença de sangue no espaço subaracnoide, que corresponde a metade de todas as hemorragias intracranianas não traumáticas, sendo que 80% das HSA são causadas pela rotura de aneurismas saculares. (Rocha & Braga, 2016)

A incidência global é de 9 a 10 casos em 100.000 habitantes, aumentando com a idade. Tendo maior prevalência nos indivíduos de raça negra, nos homens até aos 55 anos e nas mulheres após essa idade. Apresenta uma taxa de mortalidade cerca de 50% e uma taxa de mortalidade pré-hospitalar de 10%. Um terço dos sobreviventes têm défices neurológicos major, metade permanece com alterações da memória e humor a longo prazo, sendo que 20% ficam dependentes nas Atividades de Vida Diária (AVD). (Rocha & Braga, 2016)

O número de procedimentos cirúrgicos tem vindo a aumentar, decorrente dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde. (Henriques, Costa & Lacerda, 2016)

O procedimento cirúrgico é um tratamento que provoca alterações profundas na vida de cada cliente bem como implicações no bem estar e na saúde, nos padrões fundamentais da vida individual e familiar, na alteração dos papéis e relações e nas capacidades e padrões comportamentais. O tratamento cirúrgico passa por prevenir a perda da vida ou de integridade física, no entanto está associado à causa de incapacidade funcional e a um considerável risco de complicações. (World Health Organization, 2009)

De acordo com Manoel et al., (2015), as complicações respiratórias ocorrem em 20% a 30% dos clientes com HSA.

Desta forma, a escolha da cliente teve por base o facto de a mesma ter adquirido uma complicação respiratória no pós-operatório, sendo este um tema preferencial a trabalhar ao longo do ensino clínico. As intervenções de enfermagem de reabilitação tiveram início no dia 03/10/2019, data do primeiro contato com a cliente.

Desde modo, a realização do presente estudo caso, permite-me dar resposta ao desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), assim como Competências Específicas do EEER (OE, 2019a).

O documento encontra-se estruturado em três partes:

- Primeira parte: apresentação da cliente;
- Segunda parte: exposição da avaliação desciminada de acordo com a colheita de dados efetuada (processo clínico, equipa multidisciplinar, observação informal);
- Terceira parte: apresentação do plano de cuidados elaborado para a cliente, consoante a identificação das necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação.

O seguinte plano de cuidados é baseado na Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da Nanda (Herdman & Kamitsuru, 2018), desta forma:

- Os diagnósticos correspondem ao problemas/necessidades potenciais e/ou atuais comprometidos;
- Os resultados retratam as metas a atingir;
- As intervenções traduzem as ações e recursos a realizar;
- A avaliação constitui os resultados, dos quais podem justificar novas avaliações e/ou diagnósticos.

O modelo que rege o plano de cuidados é o modelo Teórico de Dorothea Orem – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) que relaciona as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades. Quando o indivíduo é capaz de satisfazer a exigência dos cuidados por si próprio, então é permitido o autocuidado. Mas quando esta exigência é superior à capacidade do indivíduo em satisfazer as suas necessidades de autocuidado, surge o desequilíbrio – défice de autocuidado. O indivíduo com alterações do foro respiratório apresenta maioritariamente alterações na sua autonomia potenciando o défice de autocuidado e a incapacidade para o cuidado regulador de si próprio. (Orem, 2001)

Neste seguimento surge a necessidade de intervenção do enfermeiro como agente terapêutico, uma vez que o indivíduo vê afetada a sua capacidade de realizar de forma contínua as medidas do autocuidado. (Orem, 2001)

O EEER define o cliente segundo a Teoria dos Sistemas de Enfermagem onde realiza uma avaliação do seu estado funcional, como totalmente compensatório (a enfermeira assume a responsabilidade dos cuidados), parcialmente compensatório (a enfermeira auxilia os cuidados com a participação do indivíduo) ou de apoio-educativo (a enfermeira incide na educação para o autocuidado), de modo a colmatar o défice de autocuidado, através da implementação de um plano de intervenção que permite a manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações e impedimento de incapacidades. (Tomey & Alligood, 2002)

1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO

Dados Pessoais		
<u>Nome</u> : Vi	<u>Data de Nascimento</u> : 20-03-1938	<u>Idade</u> : 81 anos
<u>Género</u> : Feminino	<u>Profissão</u> : Doméstica	<u>Etnia</u> : Caucasiana
<u>Residência</u> : Almada	<u>Naturalidade</u> : Portuguesa	<u>Estado Civil</u> : Viúva
História de Doença Atual		
Cliente de 81 anos, parcialmente dependente nas AVD. Reside no domicílio com o seu filho (solteiro), sendo o familiar de referência, do qual não tive a oportunidade de conhecer durante o seu acompanhamento.		
Diagnóstico	HSA Fisher III/VI; Aneurisma da artéria cerebral média direita	
Cirurgia	Clipagem de Aneurisma Roto	
Terapêutica Pós-Operatório	• Cefuroxima 750 MILIGRAMA (MG); • Nifedipina 30 mg; • Captopril 25 mg; • Paracetamol 500 mg; • Metamizol magnésico 575 mg; • Ondansetrom (cloridrato) 8 mg; • Metoclopramida 10 mg; • Levetiracetam 250 mg; • Polielectrolítico Solução Fr 500 mililitros; • Esomeprazol 20 mg; • Nimodipina 30 mg.	
Evolução Internamento		
A cliente foi levada ao serviço de urgência geral no dia 26/09/2019 por um quadro de cefaleias frontais e occipitais aquando da ceia após a toma do metamizol. Refere o filho que a cliente apresentou um vómito alimentar do que terá ceado (bolachas) e mioclonias associadas a picos de dor. Perante a observação médica, a cliente encontrava-se: • Consciente, orientada e colaborante; • Apresentava espasmos aquando de queixas (cefaleias);		

- Tensão arterial: 155/89 Milímetro de Mercúrio (mmHg); Frequência cardíaca: 75 batimentos por minuto (bpm);
- Saturação periférica de 97%, eupneica em ar ambiente;
- Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido;
- Auscultação cardíaca: S1 e S2 rítmicos com sopro sístole III/IV;
- Abdômen livre;
- Membros inferiores sem edemas ou sinais de trombose venosa profunda;
- Paresia facial periférica sequelar, sem défices motores de novo.

A cliente realizou tomografia computadorizada crânio encefálica que documentou uma HSA Fisher III/VI, sem evidência de hidrocefalia ativa; AngioTC que documenta aneurisma da artéria cerebral média direita. A cliente ficou internada no serviço de Neurocirurgia para observação com indicação para cirurgia, sendo discutido o caso com Oncologia por apresentar neoplasia da mama estadio IV com estabilidade da doença metastática.

A Sr^a. Vi foi submetida no dia 27/09/2019 a uma Clipagem de Aneurisma Roto, sendo transferida posteriormente para os intermédios de Neurocirurgia, onde permaneceu durante 6 dias até ser transferida para a enfermaria.

Antecedentes de Saúde

Hábitos Aditivos	Sem hábitos aditivos
Alergias	Sem alergias conhecidas
Terapêutica habitual	• Fentanilo 25ug (3/3 dias); • Subutex (até 3x/dia); • Esomeprazol 20 mg(1x/dia); • Metamizol 575 mg (2x/dia); • Escitalopram 20mg (1x/dia); • Ácido Alendrónico 70mg (1x/semana); • Beta Histina 16mg (3x/dia); • Trimetazidina 35mg (1x/dia); • Bekunis (1x/dia); • Centrum 50+ (1x/dia).

Co - Morbilidades	<u>Antecedentes Pessoais:</u> • Safanectomia interna e excisão colaterais (11/2002); • Tumorectomia da mama esquerda por Carcinoma Ductal invasivo (02/2010), seguida em consulta de Oncologia; • Realizou radioterapia de 05/2010 a 06/2010 – sequela Paralisia Periférica facial direita; • Otite Média Crônica colesteatomatosa à direita – Mastoidectomia técnica aberta em 2008 (por fístula do canal semicircular horizontal); • Perfuração gástrica com abscesso hepático por espinha de peixe - Encerramento de perfuração pilórica e exploração do parênquima hepático (segmento IV) – via laparoscópica em 2013; • Metastização óssea em 08/2017; • Lesão óssea na púbis/ramo isquiopúbico (12/2018); • Hipertensão; • Síndrome Vertiginoso; • Osteoporose; • Obstipação.
Condição Atual	
Cliente ao nível do estado de consciência, não apresenta abertura ocular ao estímulo verbal, mas reage ao estímulo doloroso e com sons incompreensíveis, sem comando de ordens simples. Pele e mucosas desidratadas e descoradas a realizar soroterapia por cateter central na jugular à esquerda. Pele íntegra, apresenta ferida cirúrgica na região frontotemporal direita, com boa evolução cicatricial. Algaliada com sonda vesical sylastic nº 14 com saída de urina clara e com bons débitos urinários, entubada com sonda nasogástrica nº16 a cumprir Fresubin Original a 55cc/h com boa tolerância. Apresenta secreções amareladas, semi-espessas em abundante quantidade com dificuldade em expelir, iniciou antibiótico piperacilina/tazobactam. Radiografia torácica apresenta hipotransparência no terço inferior do pulmão esquerdo, sugestivo de atelectasia à esquerda, manteve-se	

apirética e hemodinamicamente estável. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído à esquerda e roncos dispersos, a cumprir broncodilatadores, sem necessidade de aporte de oxigénio. Analiticamente verificou-se normalização relativamente aos parâmetros inflamatórios. Sem indicação para levante.

Perante a minha observação, à data de 22 de outubro, a cliente encontra-se vígil, orientada na pessoa e espaço, apresenta discurso escasso mas cumpre ordens simples. Reconhece a equipa de enfermagem e familiares. Apresenta melhoria significativa do padrão respiratório, à auscultação pulmonar mantém murmúrio vesicular em todos os lobos pulmonares sem presença de ruídos adventícios, eupneica em ar ambiente. Ferida cirúrgica encontra-se cicatrizada, sem alterações da integridade cutânea. Foi desalgaliada, urina e evacua para a fralda. Mantém sonda nasogástrica por apresentar-se emagrecida e sem capacidade para iniciar treino de deglutição de momento. Iniciou levante para cadeirão, não apresenta equilíbrio estático na posição de sentada. Realizado angiografia diagnóstica a 21 de outubro sem outras alterações de dilatações aneurismáticas.

A cliente realizou Prova de Deglutição a 28 de outubro de 2019, procedendo à avaliação dos pares cranianos (V/ VII/ IX/ X/ XI/ XII), da Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) (OE, 2016) e a avaliação da Terapeuta da Fala e médico assistente. Apresenta diminuição da força e da sensibilidade da metade inferior da face (parésia facial do andar inferior do trigémeo) ao nível do ramo mandibular e maxilar, sem capacidade para encerrar lábios, mantendo indicação para sonda nasogástrica para a alimentação.

De acordo com o grau de dependência em que a cliente encontra-se a família foi encaminhada para a Assistente Social, pelo que a cliente será encaminhada para um lar a aguardar vaga na Rede de Cuidados Continuados.

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Avaliação da cliente após admissão na Unidade dos Intermédios da Neurocirurgia

Avaliação realizada à Sr^a. Vi no serviço a 03/10/2019.

❖ Avaliação Neurológica

Estado Mental (Menoita, 2012)																																									
Estado de Consciência A Sr. ^a Vi, tenta verbalizar pronunciando palavras isoladas, abre os olhos ao estímulo doloroso e não cumpre ordens simples, com resposta motora à retirada de dor. Avaliada segundo Escala de Comas de Glasgow (ECG).	<table><tr><th colspan="2">Escala de Glasgow</th><th>Score</th></tr><tr><td rowspan="4">Abertura Ocular</td><td>Espontânea</td><td>4</td></tr><tr><td>Ao estímulo verbal</td><td>3</td></tr><tr><td>À dor</td><td>2</td></tr><tr><td>Sem resposta</td><td>1</td></tr><tr><td rowspan="5">Resposta Verbal</td><td>Orientada</td><td>5</td></tr><tr><td>Confusa</td><td>4</td></tr><tr><td>Inadequada</td><td>3</td></tr><tr><td>Incompreensível</td><td>2</td></tr><tr><td>Sem resposta</td><td>1</td></tr><tr><td rowspan="6">Resposta Motora</td><td>Obedece a ordens</td><td>6</td></tr><tr><td>Localiza a dor</td><td>5</td></tr><tr><td>Retirada a dor</td><td>4</td></tr><tr><td>Flexão normal</td><td>3</td></tr><tr><td>Extensão</td><td>2</td></tr><tr><td>Sem resposta</td><td>1</td></tr><tr><td>Total</td><td colspan="2">9</td></tr></table>		Escala de Glasgow		Score	Abertura Ocular	Espontânea	4	Ao estímulo verbal	3	À dor	2	Sem resposta	1	Resposta Verbal	Orientada	5	Confusa	4	Inadequada	3	Incompreensível	2	Sem resposta	1	Resposta Motora	Obedece a ordens	6	Localiza a dor	5	Retirada a dor	4	Flexão normal	3	Extensão	2	Sem resposta	1	Total	9	
	Escala de Glasgow		Score																																						
	Abertura Ocular	Espontânea	4																																						
		Ao estímulo verbal	3																																						
		À dor	2																																						
		Sem resposta	1																																						
	Resposta Verbal	Orientada	5																																						
		Confusa	4																																						
		Inadequada	3																																						
		Incompreensível	2																																						
		Sem resposta	1																																						
	Resposta Motora	Obedece a ordens	6																																						
		Localiza a dor	5																																						
		Retirada a dor	4																																						
		Flexão normal	3																																						
Extensão		2																																							
Sem resposta		1																																							
Total	9																																								
Orientação <u>Autopsíquica</u> : não mantido <u>Alopsíquica</u> : não mantido																																									
Atenção Vigil Tenacidade/Concentração: não mantida																																									
Memória <u>Memória imediata</u> – não mantida <u>Memória recente</u> – não mantida <u>Memória a longo prazo</u> – não mantida <u>Memória remota</u> – não mantida																																									
Linguagem A Sr. ^a . Vi verbaliza palavras isoladas, sem capacidade de compreensão, nomeação ou de repetição.																																									

Pares Cranianos (Menoita, 2012)	
Par Craniano	Avaliação
I - Olfativo	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
II - Ótico	Reflexo de ameaça mantido.
III - Oculo Motor IV - Patético VI - Motor Ocular Externo	Isócoria; movimentos oculares simétricos; sem nistagmo; sem ptose palpebral.
V - Trigêmeo	Não foi possível avaliar sensibilidade da boca e face derivado ao estado neurológico; reflexo córneo-palpebral bilateral mantido; não foi possível avaliar alterações dos músculos mastigadores derivado ao estado neurológico.
VII - Facial	Reage ao estímulo doloroso.
VIII - Vestíbulo - Coclear	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
IX – Glossofaríngeo; X - Vago	Tem reflexo de vômito; tosse ineficaz.
XI - Espinhal	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
XII – Grande Hipoglosso	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.

❖ Motricidade

Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale (OE, 2016)												
	0- Nenhuma contração visível		1- Contração visível sem movimento do segmento		2- Movimento ativo com eliminação da gravidade		3- Movimento ativo contra a gravidade		4- Movimento ativo contra gravidade de resistência		5- Força normal	
Movimentos Avaliados	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
Flexão escapulo- umeral	X			X								
Extensão escapulo- umeral	X			X								
Adução escapulo- umeral	X					X						
Abdução escapulo- umeral	X					X						
Flexão do cotovelo			X			X						
Extensão do cotovelo			X			X						
Flexão do punho	X			X								
Extensão do punho	X			X								
Flexão dos dedos	X			X								
Flexão coxofemoral					X	X						
Extensão coxofemoral					X	X						
Flexão do joelho					X	X						
Extensão do joelho					X	X						

Tónus Muscular - Escala de Ashworth Modificada (OE, 2016)			
Cabeça e Pescoço	Flexão	1	
	Extensão	1	
	Flexão lateral esquerda	1	
	Flexão lateral direita	1	
	Rotação	1	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	1	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	1	1
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	1	0
	Extensão	1	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão plantar	1+	0
	Dorsi flexão	1	0
	Desvio Cubital	1	0
	Desvio Radial	1	0
	Circundação	1	0
Dedos	Flexão	1	0
	Extensão	2	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polegar	1	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	1	0
	Rotação Interna	0	0

	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	1+	0
	Extensão	1+	0
Tibiotársica	Flexão Plantar	0	0
	Flexão Dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

❖ **Coordenação Motora** (Menoita, 2012)

Prova índex-nariz	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
Prova da Indicação de Barany	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
Prova dos movimentos alternados	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
Prova calcanhar – joelho	Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.

❖ **Sensibilidade** (Menoita, 2012)

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
	Térmica: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
	Tátil: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
Sensibilidade Profunda	Postural: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
	Vibratória: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.

	Pressão: não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.
--	--

❖ **Equilíbrio e Marcha** (OE, 2016)

Não foi possível avaliar de acordo com o seu estado neurológico.

❖ **Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado**

Escala de Barthel (OE, 2016)		
	03/10/2019	22/10/2019
1. Alimentação		
Independente	10	10
Precisa de alguma ajuda (exemplo: cortar alimentos)	5	5
Dependente	0	0
2. Transferências		
Independente	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5
Dependente, necessita de ajuda	0	0
4. Utilização do WC		
Independente	10	10
Precisa de ajuda	5	5
Dependente	0	0

5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	5
Imóvel	0	0
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajuda técnicas	10	10
Precisa de ajuda	5	5
Dependente	0	0
8. Vestir		
Independente	10	10
Com ajuda	5	5
Impossível	0	0
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar	10	10
Acidente ocasional	5	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0

10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0
Total	0	5

Scores: (0-20 Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência).

Medida de Independência Funcional (MIF) (OE, 2016)		
Categorias e Dimensões	03/10/2019	22/10/2019
Autocuidado		
Alimentação	1	1
Higiene Pessoal	1	1
Banho	1	1
Vestir a metade superior do corpo	1	1
Vestir a metade inferior do corpo	1	1
Utilização da sanita	1	1
Controlo dos Esfíncteres		
Controlo Vesical	1	1
Controlo Intestinal	1	1
Mobilidade/Transferências		
Transferências: leito/cadeira; cadeira/leito	1	1
Transferência: sanita	1	1
Transferências: banheira; duche	1	1
Locomoção		
Marcha; cadeira de rodas	1	1
Escadas	1	1
Comunicação		
Compreensão	1	2

Expressão	1	2
Cognição Social		
Interação Social	1	1
Resolução de problemas da vida cotidiana	1	1
Memória	1	2
Total	18	21

Scores: 18 Dependência Completa; 19-60 Dependência Modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61-103 Dependência Modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 104-126 Independência Completa/Modificada

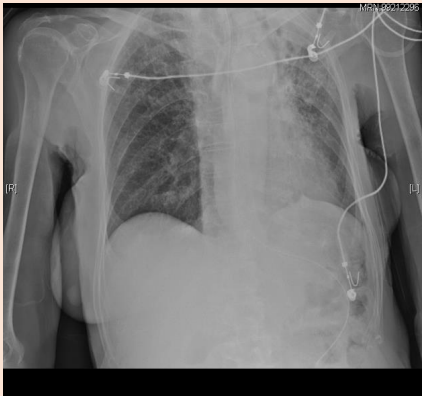
❖ Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

Escala de Braden	
Percepção sensorial	Muito limitada
Humidade	Pele ocasionalmente húmida
Atividade	Acamado
Mobilidade	Muito limitada
Nutrição	Provavelmente inadequada
Fricção e forças de deslizamento	Problema
Total	11

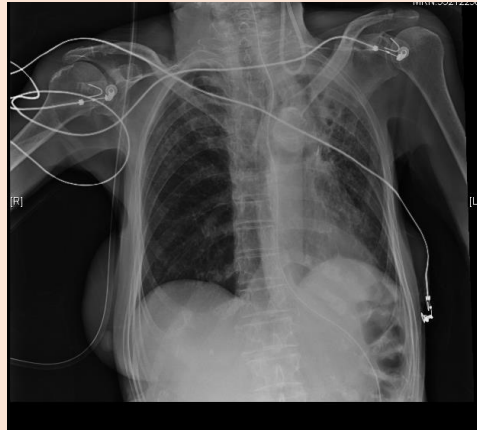
❖ Avaliação do risco de Queda

Escala de Morse	
História de Queda	Não
Diagnóstico Secundário	Sim
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
Terapia Endovenosa	Sim
Postura no Andar e na Transferência	Normal/Acamado/Imóvel
Estado Mental	Esquece-se das suas limitações
Total	50

❖ **Avaliação Respiratória** (Menoita & Cordeiro, 2012)

Inspeção	• Sem alterações da parede torácica. • Uso dos músculos acessórios. Tipo – mista Ritmo – irregular Frequência Respiratória – 20 ciclos Amplitude – diminuída Simetria – expansão torácica simétrica
Palpação	• Traqueia e tórax – sem alterações
Percussão	• Macicez à esquerda
Auscultação Pulmonar	03/10/2019 - Murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do pulmão esquerdo e roncos dispersos. 12/10/2019: Murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem presença de ruídos adventícios.
Tosse	Ineficaz
Caraterísticas das secreções	Secreções amareladas, semi-espessas em abundante quantidade.
Parâmetros Vitais	Tensão Arterial – 115/52 mmHg Frequência Cardíaca – 78 bpm Temperatura – 36,3 °C Frequência Respiratória – 20 ciclos Saturação Periférica – 98% Dor – 0 (Escala de Faces)
Radiografia	02/10/2019 

07/10/2019



Avaliação Dispneia
(OE, 2016)

Escala de Borg modificada	
0	Nada
0,5	Extremamente fraco/leve
1	Muito fraco/leve
2	Fraco
3	Moderado
4	
5	Forte/intenso
6	
7	Muito forte/intenso
8	
9	
10	Extremamente forte

❖ Impacto no Autocuidado

Avaliação da Ação de Autocuidado (Orem, 2001)				
Domínios		Sim	Não	Observações
Cognitivo	Conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas		X	
Físico	Capacidade física para realizar a ação de autocuidado		X	
Emocional e Psicossocial	Remonta para atitudes, crenças, valores, desejos, motivações e percepção de competência na realização da ação de autocuidados		X	
Comportamento	Habilidade para efetuar os comportamentos de autocuidado		X	

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado (Orem, 2001)				
Categorias		Sim	Não	Observações
Requisitos Universais de Autocuidado	Manutenção de quantidade suficiente de ar		X	Presença de secreções
	Manutenção de ingestão suficiente de água		X	Presença de Sonda nasogástrica

	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos		X	Presença de Sonda nasogástrica.
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação		X	Incontinência fecal e vesical, utiliza fralda.
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso		X	
	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social		X	
	Prevenção de perigos à vida humana		X	
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal		X	
Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento		X	
	Condições e experiências que minimizem ou superem		X	

	os efeitos nocivos no desenvolvimento			
Requisitos de Autocuidado no desvio da saúde	Procura e garante assistência médica adequada		X	Necessita de ajuda de outros.
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos		X	Necessita de ajuda de outros.
	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação		X	
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas		X	
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde		X	
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento		X	

Sistemas de Enfermagem	Avaliação	Data
Totalmente compensatório	Os cuidados são prestados pela equipa de enfermagem, que compensa todas as limitações da cliente.	03/10/2019

❖ Programa de Reabilitação /Plano de Intervenção

Principais Problemas:

- Alteração do estado de consciência, segundo Escala do Comas de Glasgow – 9;
- Dependência total nas AVD (higiene, vestuário, eliminação, alimentação);
- Integridade alterada por presença de ferida cirúrgica;
- Deglutição alterada segundo Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS), seção 1 - avaliação preliminar – 3/5;
- Padrão Respiratório alterada, presença de ruídos adventícios e diminuição de murmúrio vesicular no terço inferior esquerdo – Escala de Borg modificda – 1/10;
- Síndrome desuso pelo aumento do tônus muscular, segundo Escala de Asworth – 0 a 1+;
- Mobilidade física prejudicada, mais acentuado no membro superior esquerdo, segundo Escala Medical Research Council Muscle de 0 a 2/5;
- Levantar-se prejudicado, desequilíbrio estático na posição de sentada.
- Risco de úlcera pressão, segundo Escala de Braden – 11;
- Risco de queda alto, segundo Escala de Morse – 50.

Objetivos de Reabilitação/Cliente:

- Promover melhoria do estado de consciência;
- Promover a qualidade de vida, referente às necessidades alteradas;
- Evitar ou diminuir a instalação da espasticidade;
- Estimular a sensibilidade;
- Melhorar fortalecimento muscular;

- Melhorar amplitude articular;
- Prevenir as complicações da imobilidade;
- Assegurar permeabilidade e limpeza das vias aéreas;
- Melhorar ansiedade;
- Promover deglutição;
- Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada;
- Promover correção postural;
- Prevenir a ocorrência de úlcera de pressão;
- Prevenir a ocorrência de quedas.

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Cognição alterada, relacionado com procedimento cirúrgico, manifestado por alteração do estado de consciência (ECG – 9)	- Promover a melhoria do estado de Consciência - Promover/ recuperar/compensar competências neurocognitivas	- Monitorizar consciência através de Escala de Comas de Glasgow; - Estimular a cliente; - Aplicar o Programa de Estimulação Multissensorial (Varanda, Rodrigues, & Costa, 2015): <u>Estímulos auditivos</u> ❖ Identificar a cliente; ❖ Identificar o profissional de saúde ou do familiar; ❖ Orientar no tempo e espaço; ❖ Descrever o motivo de internamento; ❖ Introduzir uma frase tranquilizante; ❖ Descrever as intervenções a realizar. <u>Estímulos olfativos</u> ❖ Introduzir um aroma com significado, como a rosa ou produtos de higiene familiares.	03/10/2019 No primeiro contato com a cliente, foi abordada pelo seu nome, explicado o procedimento e fornecido mensagem tranquilizante. Cliente reage com abertura ocular ao estímulo doloroso. Prenuncia sons incompreensíveis. Não cumpre ordens mas apresenta tentativa à retirada de dor (ECG – 9). Apresenta alteração da mímica facial na estimulação tátil e proprioceptiva (mobilizações passivas, percussão, vibração e compressão) e som incompreensível aos movimentos bruscos.

		○ <u>Estímulos visuais</u> ❖ Identificar a equipa e familiares. ○ <u>Estímulos táteis</u> ❖ Estimular o toque nas mobilizações, massagem de conforto e banho multissensorial na maca-banheira. ○ <u>Estímulos gustativos</u> ❖ Administrar água de café. ○ <u>Estímulos vestibulares</u> ❖ Treino de equilíbrio estático na posição de sentado. ○ <u>Estímulos Proprioceptivo</u> ❖ Mobilizações passivas (reabilitação funcional motora); ❖ Percussões, vibrações e compressões (reabilitação funcional respiratória). ○ <u>Estímulos Sociais e Inanimados Significativos</u> ❖ Colocar fotografias significativas (família) junto da cliente. ○ <u>Regulação Sensorial dos Estímulos</u>	12/10/2019 Cliente apresenta abertura ocular espontânea, verbaliza sendo um discurso escasso e por vezes confuso. Orientada na pessoa e espaço, cumpre ordens simples (exemplo: apertar a mão; levantar a perna). Identifica os elementos da família presencialmente e na fotografia. Fixa o olhar ao estímulo e acompanha com o olhar. Apresenta reação à estimulação olfativa na presença do aroma da rosa. Apresenta adejo nasal e refere o nome. (ECG – 13/14) Na estimulação proprioceptiva, aquando das mobilizações, apresenta contração muscular. A nível tátil realiza o afastamento do membro do ponto do estímulo.
--	--	---	--

		❖ Promover ambiente luminoso, com pouco ruído e temperatura amena. ○ <u>Envolvimento da família na Estimulação Sensorial</u> ○ <u>Avaliar objetivamente o impacto através de escala do nível de consciência.</u> • Realizar ensinos à equipa de enfermeiros generalistas na promoção da estimulação multissensorial.	15/10/2019 Cliente movimentada de forma lenta a cabeça em rotação lateral ao estímulo verbal. Apresenta alteração mímica facial aquando das mobilizações, sendo respeitada amplitude do movimento e avaliada dor segundo a escala de faces. Não apresenta movimento oromotor perante a estimulação gustativa. 22/10/2019 Cliente apresenta abertura ocular espontânea, apresenta discurso escasso e por vezes confuso. Orientada na pessoa e espaço, cumpre ordens simples.
--	--	---	---

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Défice no autocuidado para (banho, vestir-se, alimentação, eliminação), relacionado com prejuízo neuromuscular, manifestado por grau de dependência elevado (Escala de Barthel – 0 e MIF – 18)	Promover a qualidade de vida, referente às necessidades alteradas. Manter as capacidades funcionais e prevenir complicações.	• Avaliar Autocuidado (Escala Barthel/ MIF); • Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene; • Dar banho no leito e maca-banheira; • Lavar a boca; • Aplicar creme/massagem; • Providenciar vestuário; • Vestir; • Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração; • Alimentar através de sonda; • Otimizar sonda gástrica; • Monitorizar conteúdo gástrico; • Vigiar conteúdo gástrico; • Providenciar dispositivos para o uso do sanitário; • Vigiar eliminação urinária; • Otimizar cateter urinário; • Vigiar o abdómen;	03/10 - 22/10 Sr^a. Vi foi assistida nos cuidados de higiene e conforto, vestuário, alimentação, eliminação e posicionamento. Foram mantidas as suas capacidades funcionais e prevenidas complicações.

		• Vigiar eliminação intestinal; • Estimular eliminação intestinal; • Avaliar risco de maceração; • Manter a pele seca; • Otimizar fralda; • Trocar fralda.	
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Deglutição prejudicada, relacionada com Problema de comportamento alimentar, manifestado por condições com hipotonia muscular significativa	• Avaliar o grau de disfagia • Avaliar o compromisso da deglutição • Prevenir episódios de aspiração	• Monitorizar consciência através de ECG, para a realização do teste de disfagia; • Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração (fowler/correção postural incluindo cabeça e pescoço); • Efetuar teste da deglutição segundo escala de GUSS; • Avaliar deglutição; ○ Observar e avaliar o controlo da cabeça na posição de sentada; ○ Avaliar a simetria da face e dos lábios;	28/10/2019 Cliente controla posição da cabeça na posição de sentada. Realizou teste de deglutição segundo escala de GUSS. Apresentou na avaliação preliminar – 3/5. Cliente vigilante por mais de 15 minutos, com capacidade de tossir. Apresenta diminuição da força e da sensibilidade da metade inferior da face, sem capacidade para encerrar os lábios firmemente e apresenta voz muito fraca, sem sialorreia. Mantém sonda

		○ Observar a capacidade da cliente para fechar os lábios firmemente; ○ Observar a simetria interna da boca; ○ Observar o estado geral dos dentes e colocar a prótese dentária (se tiver). ● Ensinar sobre treino de deglutição; ○ Exercícios para aumentar força dos lábios: ❖ “sorrir”; “mostrar os dentes”; “assobiar”; “encher a boca de ar”; “depressão do lábio inferior”; estalar os lábios; protruir os lábios; retrain os lábios; lateralizar os lábios; segurar uma espátula entre os lábios protruídos/repouso; beber pela palhinha; ○ Exercícios para aumentar resistência da língua: ❖ Lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protruir língua; retrain língua; “varrer” com a língua o palato ântero-posteriormente; vibrar língua;	nasogástrica para alimentação entérica. 30/10/2019 Cliente mantém controlo da cabeça na posição de sentada. Realizados exercícios para fortalecimento dos lábios, língua. Mantém dificuldade no encerramento dos lábios e na protração da língua. 04/11/2019 Perante avaliação da Médica Otorrinolaringologia e Terapeuta da Fala, avaliada 1 consistência alimentar (5ml) sem quadro de penetração com atividade reflexa ineficaz, com indicação para dieta exclusiva por sonda nasogástrica.
--	--	--	---

		○ Exercícios para palato mole: ❖ “soprar”; “sugar”; emitir sons “aaaa”; • Instruir sobre treino de deglutição; • Realizar treino de deglutição (1xdia); • Realizar ensinios sobre complicações.	
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Risco de infecção da pele prejudicada, relacionada com procedimento invasivo, manifestada por presença de ferida cirúrgica na região parietal à direita	• Manter a integridade da pele.	• Avaliar ferida cirúrgica; • Executar tratamento da ferida cirúrgica (2/2dias); • Vigiar penso da ferida cirúrgica; • Reforçar penso da ferida (SOS); • Remover material de sutura (07/10/2019).	03/10 – 07/10 Foram removidos pontos da sutura, apresenta ferida cirúrgica com bordos delimitados e cicatrizados.

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Padrão Respiratório ineficaz, relacionado com diminuição da mobilidade torácica com amplitude dos movimentos respiratórios na fase do ciclo inspiratório diminuído, manifestado pela presença de ruídos adventícios e diminuição de murmúrio vesicular no terço inferior esquerdo (Escala de Borg modificada – 1/10)	• Aliviar o estado físico, com manutenção da limpeza das vias aéreas e tolerância à atividade física necessária à reabilitação • Melhorar a distribuição e ventilação alveolar • Melhorar ansiedade e depressão • Assegurar permeabilidade e limpeza das vias aéreas	• Avaliar dispneia [Escala de Borg Modificada]; • Planejar repouso; • Monitorizar sinais vitais (<u>frequência respiratória</u>, <u>saturação periférica de oxigénio</u>, tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal e dor); • Vigiar Respiração (esforço respiratório para pequenos e médios esforços); • Vigiar ventilação (padrão respiratório, ritmo respiratório, amplitude torácica, expansão torácica, tempos inspiratórios e expiratórios e presença de ruídos adventícios); • Observar tórax (deformidade óssea a nível do esterno); • Auscultar tórax (murmúrio vesicular, ruídos adventícios);	03/10/2019 Auscultação pulmonar: presença de roncos dispersos com diminuição de murmúrio vesicular no terço inferior do pulmão esquerdo. Apresenta secreções amareladas semi-espessas em abundante quantidade, com necessidade de aspiração em SOS, sem capacidade para expelir, tendo iniciado antibioterapia. Radiografia Torácica: hipotransparência no lobo inferior esquerdo. Respiração: mista, irregular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 20ciclos/min, SpO2- 98% sem aporte de oxigénio. Escala de Borg modificada: 1/10

	• Corrigir eventuais defeitos ventilatórios melhorando a distribuição e ventilação alveolar no pós-operatório • Melhorar a performance dos músculos respiratórios • Promover a expansão pulmonar e torácica	• Observar exames (auxiliares de diagnóstico: radiografia, Gasometria de sangue arterial, análises clínicas); • Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento (posição de descanso e relaxamento); • Executar técnica de relaxamento (massagem músculos escalenos, trapézio, esternocleidomastóideo, mobilização cervical e da articulação escapulo-umeral, exercício de rotação da escapulo-umeral, 1 X 10). • Executar cinesiterapia respiratória: ❖ Reeducação diafragmática porção posterior (2 x 10); ❖ Reeducação diafragmática com ênfase na hemícupula esquerda (2 x 10); ❖ Reeducação costal seletiva na porção ântero-superior (2 x 10); ❖ Reeducação costal seletiva na porção ântero-inferior (2 x 10); ❖ Reeducação costal seletiva hemitórax com ênfase à esquerda na porção	Não apresenta deformidade da traqueia e tórax. 12/10/2019 Após o período de reabilitação respiratória a Sr^a. Vi: Auscultação pulmonar: apresenta murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem presença de ruídos adventícios. Observa-se acesso de tosse vigoroso, sem necessidade de recorrer à aspiração de secreções. Respiração: mista, regular, amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 20 ciclos/min, SpO2 99% sem aporte de oxigênio. Escala Modificada de Borg: 0/10
--	---	---	---

		ântero-superior e ântero-inferior (2 x 10); ❖ Reeducação costal seletiva hemitórax com ênfase à esquerda na porção lateral (2 x 10); ❖ Reeducação costal global unilateral (2 x 10); ❖ Técnica de drenagem postural modificada, dos segmentos do lobo inferior do pulmão esquerdo; ❖ Manobras acessórias de percussão, vibração e compressão com ênfase no hemitórax esquerdo; • Avaliar reflexo de tosse; • Gerir inaloterapia; • Executar inaloterapia; • Otimizar inaloterapia; • Estimular reflexo de tosse; • Administrar líquidos; • Vigiar expectoração; • Aspirar secreções.	22/10/2019 Auscultação pulmonar: presença de murmúrio vesicular mantido em todos os lobos pulmonares, sem ruídos adventícios. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 19 ciclos/min, SpO2- 97% sem aporte de oxigénio. Escala de Borg modificada- 0/10
--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Síndrome desuso relacionado com a limitação da amplitude do movimento articular manifestada imobilidade mecânica com aumento do tônus muscular (Escala Modificada de Asworth – 0 a 1+)	• Manter /melhorar a limitação da espasticidade • Melhorar amplitude articular • Conservar flexibilidade • Prevenir deformidades musculoesqueléticas	• Avaliar rigidez articular, segundo Escala Modificada de Asworth; • Monitorizar amplitude articular; • Executar técnica de massagem; • Executar técnica de exercícios muscular e articular passivos (pescoço, membros superiores e inferiores, 2 x 10); • Executar técnica de exercícios muscular e articular com alongamento (membros superiores e inferiores); • Supervisionar o movimento muscular (pescoço, membros superiores e inferiores).	03/10/2019 Avaliado o tônus muscular da Sr^a.Vi, em todos os segmentos corporais. Apresenta aumento do tônus muscular em vários segmentos, mais acentuado no hemicorpo direito (ver avaliação tônus muscular). 12/10/2019 A Sr^a.Vi manteve o tônus muscular ao longo dos segmentos corporais.

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Mobilidade física prejudicada relacionado com prejuízo musculoesquelético, manifestado por diminuição/ausência de força muscular nos membros (Medical Research Council – 0 a 2/5)	- Melhorar fortalecimento muscular - Prevenir complicações da imobilidade	- Avaliar a força muscular através de Medical Research Council Muscle; - Executar técnica de massagem; - Executar técnica de exercícios muscular e articular passivos (pescoço e membros superiores e inferiores (2 x 10)); - Executar técnica de exercícios muscular e articular com alongamento (pescoço, membros superiores e inferiores); - Executar técnica de exercícios muscular e articular ativo-assistida (pescoço, membros superiores e inferiores); - Treino de técnicas de exercícios muscular e articular: - Exercícios de fortalecimento muscular, (2 x 8):	03/10/2019 Avaliado a força muscular da Sr^a.Vi, em vários segmentos corporais (flexão, extensão adução e abdução escapulo-umeral; flexão e extensão do cotovelo; flexão e extensão do punho; flexão dos dedos da mão; flexão e extensão coxofemoral; flexão e extensão dos joelhos). Apresenta diminuição da força muscular em diversos segmentos, sendo mais acentuado no membro superior esquerdo (ver avaliação da força muscular). 12/10/2019 Sr^a. Vi consegue realizar mobilizações ativo-assistidas nos movimentos de flexão e extensão

		❖ Movimento cintura dos membros superiores; ❖ Movimento cintura dos membros inferiores; ❖ Rotação controlada da anca; • Supervisionar o movimento muscular (pescoço, membros superiores e inferiores).	escapulo-umeral, cotovelo, punho, dedos da mão, coxofemoral e joelho bilateral sem resistência e com alguma dificuldade em vencer a gravidade.
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Levantar-se prejudicado, relacionado com força muscular insuficiente, manifestado por ausência de postura recomendada	• Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. • Promover segurança para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se e deitar-se. • Promover correção postural.	• Avaliar equilíbrio corporal: ○ Equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; ○ Equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; ○ Adota posições viciosas; ○ Presença de deformidade da coluna; ○ Dismetria dedo/nariz; ○ Dismetria calcanhar/joelho; ○ Suporta próprio peso em diferentes posições. • Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	20/10/2019 Cliente não apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Adota posições viciosas com lateralização anterior do tronco. Sem controlo da cabeça. Sem capacidade para executar técnica do equilíbrio corporal.

		• Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal; ○ Correção Postural; ○ Equilíbrio estático sentado; ○ Equilíbrio estático ortostático; ○ Equilíbrio dinâmico sentado; ○ Equilíbrio dinâmico ortostático. • Avaliar a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal; • Planear treino de equilíbrio corporal (posição de sentada e em ortostatismo); • Orientar na técnica de treino de equilíbrio: ○ Inclinação anterior; ○ Inclinação posterior ○ Inclinação lateral; ○ Alternância de carga nos membros superiores; ○ Alternância da carga nos membros inferiores; ○ Facilitação Cruzada; • Executar técnica de treino de equilíbrio;	23/10/2019 Cliente realizou levante, mantém desequilíbrio estático na posição de sentada. Feito apoio com almofadas e superfície transparente. 27/10/2020 Cliente apresenta equilíbrio estático na posição de sentada com controlo da cabeça. Realizado terapia do espelho quadriculado.
--	--	--	--

		• Estimular a manter o equilíbrio corporal • (Correção Postural).	
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Risco de lesão por pressão, manifestado por imobilização física	• Prevenir a ocorrência de úlcera de pressão • Manter a integridade cutânea	• Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden; • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Aliviar zona de pressão através de dispositivos; • Providenciar material para alívio de úlcera de pressão; • Prevenir úlcera de pressão; • Aplicar creme; • Fornecer a ingestão de líquidos; • Fornecer o aporte nutricional; • Posicionar de 3 em 3 horas;	03/10/2019 Cliente apresenta pele íntegra e hidratada. Sem sinais de úlcera de pressão. 12/10/2019 Cliente mantém pele íntegra e hidratada, sem sinais de úlcera de pressão. 22/10/2019 Cliente mantém pele íntegra e hidratada, sem sinais de úlcera de pressão.

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Totalmente Compensatório			
Risco de quedas, relacionado com mobilidade prejudicada, manifestado por alteração da função cognitiva	• Promover ambiente seguro • Prevenir a ocorrência de quedas	• Monitorizar o risco de queda através da Escala de Morse; • Otimizar ambiente físico; • Gerir medidas de segurança; • Gerir ambiente; • Promover um ambiente seguro: ○ Adaptar vestuário e calçado. • Aplicar dispositivo de imobilização: ○ Mesa de apoio. ○ Faixa de imobilização. • Otimizar imobilização.	03/10/2019 Avaliado alto risco de queda segundo Escala de Morse. 12/10/2019 Cliente não apresentou quedas. 22/10/2019 Embora risco de queda tenha aumentado com o fato da cliente iniciar levante. Cliente não apresentou quedas no internamento pelas devidas medidas de prevenção.

APRECIACÃO FINAL

O presente plano de cuidados que constituiu este trabalho é referente a uma cliente em contexto hospitalar, que necessita de cuidados especializados do EEER, com o objetivo de restaurar o funcionamento ao nível respiratório e motor bem como adaptar a cliente à uma nova situação de saúde.

Perante a situação clínica da cliente, foi-me possível aplicar o processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na avaliação das capacidades funcionais da cliente, na identificação dos diagnósticos alterados, definindo objetivos, executando o planeamento de intervenções individualizadas e a avaliação dos resultados das intervenções, regendo-me pelo modelo Teórico do Autocuidado de Orem.

No presente estudo caso a capacidade de autocuidado da cliente encontra-se comprometida quanto à capacidade de manter, restabelecer e melhorar a sua saúde e bem estar, pelo que sofre um desvio de saúde que é colmatado pelo agente terapêutico. Neste sentido, a intervenção do EEER com base no seu conhecimento teórico é capaz de conceber e de por em prática os conhecimentos sobre a cliente e a forma como ela se relaciona no meio de modo a dar resposta mais adequada à capacidade de autocuidado, referentes às várias dimensões descritas por Orem. Não descorando que as necessidades da cliente são permanentes e não apenas passageiras, uma vez que não se esperam resultados visíveis a longo prazo, tendo em conta o quadro clínico e o fator envelhecimento.

Contudo com este trabalho, constitui-se um instrumento de aparelhamento, que contribuiu de modo a dar resposta aos objetivos por mim delineados para aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo estes respetivamente:

- Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na avaliação do cliente neurocirúrgico no perioperatório;
- Desenvolver competências de intervenção na RFR no perioperatório;
- Desenvolver planos de intervenção que capacitam o cliente para a reintegração no seu meio comunitário;
- Adquirir competências de enfermagem de reabilitação na intervenção ao cliente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

Contudo, é relevante a importância da intervenção individualizada do EEER na identificação do diagnóstico, planeamento num plano de intervenção adaptado às reais necessidades do cliente e na avaliação dos resultados, com vista na satisfação do cliente, promoção do autocuidado, prevenção de complicações e readaptação ao contexto social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Henriques, A.H.B., Costa, S.S., Lacerda, J.S. (2016). Assistência de Enfermagem na Segurança do Paciente Cirúrgico: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 01-09. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.5380/ce>.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (2018). *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I. Definições e Classificação 2018-2020*. (11ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Manoel, A.L.O., Turkel-Parrella, D., Duggal, A., Murphy, A., McCredie, V., Marotta, T.R. (2015). Managing aneurysmal subarachnoid hemorrhage : It takes a team. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(3), 177–92. **Doi:** 10.3949/ccjm.82a.14021.
- Menoita, E. (Coord.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Semiologia Clínica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.21-44). Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Exames Complementares de Diagnóstico. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.45-56). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Rocha , H., & Braga, R. (2016). Hemorragia subaracnoideia: um quadro atípico de uma patologia rara. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 275-279. **Doi:**<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i4.11829>.

Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. (5ªed.). Loures: Lusociências.

Varanda, E.M.G., Rodrigues, C.A.F., & Almeida Costa, A.J. (2015, Setembro). Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência*. (Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Seção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros). Acedido 29/09/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf.

World Health Organization (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives. Acedido 13/10/2019. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1.

APÊNDICE V– Jornal de Aprendizagem Neurocirurgia

Jornal de aprendizagem – Viver a vida

O exercício reflexivo passa pela construção de um pensamento reflexivo das atividades desenvolvidas, sendo indispensável para o desenvolvimento de competências e saberes experienciais e profissionais da formação. Desta forma, optei por refletir a importância do enfermeiro especialista em reabilitação no contexto hospitalar, de acordo com o ciclo de Gibbs.

Descrição da situação

O cliente que exponho foi de um jovem de 23 anos, que sofreu um acidente após um mergulho na praia, resultando num traumatismo da cervical (C5), tendo sido submetido a uma descompressão da C5 e a necessitar de cuidados de reabilitação. Atualmente a exercer profissão no exército, vivia com os pais, autónomo nas atividades de vida diária até ao momento do internamento, sendo um jovem sem antecedentes pessoais relevantes.

No primeiro contato com o cliente encontrava-se vígil, orientado auto e alo psiquicamente. Observo boa disposição, autoestima e empenho na recuperação do seu estado de saúde, no entanto tem pouca noção do seu futuro estado clínico. Dependente em todos os domínios do autocuidado.

Perante esta condição de saúde, o cliente foi acompanhado por mim, enquanto aluna de mestrado de enfermagem de reabilitação e pelo enfermeiro orientador de estágio, durante todo o seu percurso de internamento. Cliente tetraplégico, apresentava força muscular de grau 1/5 segundo escala medical research council muscle nos membros superiores a nível proximal, mãos afuncionais e de grau 0/5 nos membros inferiores, sem alteração do tônus muscular (0/5 na Escala de Asworth), sensibilidade mantida acima da linha mamilar e sem sensibilidade perianal, reflexo anal e bulbocavernoso presentes, com Escala de Classificação da American Spinal Injury (A).

Deste modo estava perante um cliente com dependência total com necessidade de ajuda de terceiros para garantir a satisfação das necessidades do autocuidado. Contudo o objetivo foi capacitar o cliente para o máximo potencial a desenvolver, evitar complicações e manter a motivação e empenho no sentido de garantir o máximo rendimento no plano de intervenção de reabilitação ajustado às suas necessidades. (Hesbeen, 2001)

O cliente era seguido por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos (neurocirurgia e fisiatra), enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em reabilitação, fisioterapeutas, nutricionista e psicóloga.

Durante o internamento, o cliente manifestava uma grande vontade de poder sentar-se na cadeira de rodas, do qual ainda não tinha sido permitido, e que seria de agrado pelo facto de poder receber os amigos e família na sala de convívio e não estar limitado à cama sendo visto como doente.

O levante num tetraplégico é uma intervenção fundamental pelo tempo que o cliente permaneceu no leito e que requer um processo gradual, em especial nas lesões dorsais e cervicais (Ordem dos Enfermeiros, 2007). No entanto, foi uma intervenção iniciada passivamente no plano inclinado alternando na posição de deitado e ereta face às exigências circulatórias e consoante a tolerância do cliente, pelos enfermeiros de reabilitação e pelos fisioterapeutas.

Deste modo, foi proporcionado momentos geradores de felicidade e de conquista. Neste sentido, foram prestados cuidados de higiene na maca-banheira, gerando um momento de felicidade, tendo em conta que o cliente não gostava do banho no leito e por ser um momento em que ele podia sentir a água a correr-lhe pelos ombros, sendo uma das zonas que mantinha a sensibilidade. Durante os cuidados de higiene foi realizada massagem de conforto e mobilizações passivas de modo a promover a estimulação neurossensorial. O levante para a cadeira de rodas foi progressivo, inicialmente realizamos treino de equilíbrio estático, com dissociações de tempos respiratórios e correção postural. Posteriormente foi realizada transferência para a cadeira de rodas, do qual o cliente ao longo do percurso foi evoluindo até tolerar o levante. Todo este processo foi proporcionado com o acompanhamento dos pais com o intuito de unir a família e realizar os devidos ensinamentos. Foi um momento importante para a família expressar os sentimentos que sentiram ao longo das várias conquistas que o filho lhes proporcionaram e desta forma tive a oportunidade de presenciar várias manifestações de carinho e alegria através das lágrimas e do toque afetivo.

Foi uma situação enriquecedora pelo facto de estar perante uma família unida, numa fase de aceitação pela nova condição clínica que o filho enfrenta, e por estar perante uma nova etapa conquistada pelo cliente para a sua autonomia e bem estar. Este momento fez-me refletir na forma holística como o cliente foi visto, tendo estado atenta e dando resposta às suas inquietações pessoais, através de uma relação de empatia e proximidade que fez-me zelar pelos seus cuidados.

Sentimentos e pensamentos

Este contexto despertou-me um processo reflexivo sobre a essência dos cuidados de enfermagem de reabilitação e sobre a forma como foi possível proporcionar uma melhoria na autoestima, bem estar e independência.

Este episódio fez-me refletir na mais valia que o enfermeiro de reabilitação pode proporcionar perante uma situação de readaptação do cliente à sua nova condição de saúde e na promoção da sua autonomia e independência, perante as incapacidades e limitações que apresenta.

O enfermeiro de reabilitação é detentor de competências pessoais, técnicas e relacionais que permite corroborar ou minimizar as limitações instaladas e traduzir na melhoria para a qualidade de vida do cliente e família. Desta forma, devo compreender as atitudes e comportamentos do cliente de forma a estabelecer uma relação assertiva, terapêutica e de conforto adaptativo com a condição de saúde presente para evitar o seu isolamento. (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

O levante foi um fator favorável nesta etapa de transição, onde é transbordada uma situação de total dependência no leito para uma situação otimizada para o cliente perante a sua família e amigos. Os resultados positivos obtidos perante as intervenções preconizadas permitiram avaliar o seu potencial e cativar a sua participação no processo de reabilitação fomentado para a sua potencial recuperação e readaptação.

Desta forma concluo que a minha intervenção é indispensável na identificação de fatores e estratégias para atingir os objetivos. Nesta situação o levante e o contato do cliente com a família e amigos na sala de convívio proporcionou um momento fulcral para a sua autoestima e bem estar, minimizando as limitações impostas pela sua condição de saúde.

Avaliação: O que foi bom e o que mau na experiência?

Como expectativa positiva posso referir o facto de atingir o objetivo e ir ao encontro da expectativa definida pelo cliente, no levante e aproximação dos amigos e família na sala de convívio. Pois o enfermeiro de reabilitação deve dar resposta aos vários desafios que são colocados dia após dia.

Como experiência menos positiva, referencio a falta de tempo que existe para a continuidade de cuidados individualizados a determinados clientes que encontra-se numa fase mais prioritária.

Análise: que sentido pode encontrar à situação

Este episódio fez-me perceber como é importante para um cliente com uma nova adaptação, poder conviver com os amigos e com a família como os momentos antes do acidente. Mostrar aos seus amigos e família o seu progresso, transmite esperança na sua recuperação e satisfação pelo seu caminho no programa de reabilitação. Neste caso em particular a esperança para uma solução no futuro próximo e na resolução de aspetos relacionados com as incapacidades.

O trabalho do enfermeiro de reabilitação num cliente com um Traumatismo Vertebro-medular, é um processo dinâmico e composto por várias etapas. É fundamental fornecer todo o apoio e compreensão para ser desejável e encorajado à sua autonomia. É importante estar presente a vertente psicológica, para promover atitudes positivas e motivações para o sucesso da reabilitação. (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Conclusão: que mais poderia ter feito

Perante esta situação acho que podia ter questionado sobre as expetativas do cliente relativamente ao seu estado clínico, assim como questionar de mesmo modo os pais quanto às expetativas do seu filho no futuro. Para desta forma poder negociar cuidados e gerir recursos para ir ao encontro das possíveis expetativas. Bem como identificar possíveis repercussões negativas que podem surgir ao longo da relação que se vizinhança na nova adaptação e promoção da satisfação do bem estar.

Seria essencial a transmissão de informação entre toda a equipa, para que não existisse ambiguidades que pudessem comprometer a esperança do cliente no seu processo de recuperação.

Plano de ação

No plano de ação como futura enfermeira especialista em reabilitação viso estabelecer uma relação que fomenta dar mais relevo às expetativas dos clientes e da família perante uma situação de total incapacidade e na mais valia das pequenas conquistas do dia a dia que são fundamentais na autoestima de cada cliente e na promoção da continuidade dos cuidados para o seu bem estar.

É de mesmo modo importante passar esta informação aos nossos colegas para que desde o início possamos trabalhar juntos no mesmo objetivo e atingir a longo prazo.

Assim como, incluir a família nas sessões de psicologia de modo a possibilitar os peritos na área a ajudar na adaptação da nova realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: criar caminhos*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Com Traumatismo Vértebro Medular. Guia Orientador de Boa Prática: Cadernos OE. Série I. Número 2. Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE VI – Estudo de Caso ECCI



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio Com Relatório

Estudo de Caso - ECCI

Joana Filipa Rego Medeiros

Lisboa



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Estudo de Caso - ECCI

Joana Filipa Rego Medeiros

Docente Orientadora: Vanda Marques Pinto

Docente Coorientador: Ricardo Braga

Enfermeira Especialista Orientadora:



Lisboa

Janeiro 2020

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



MIF – Medida de Independência Funcional

MG - Miligrama

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reabilitação Funcional Motora

UCC – Unidade Cuidados Continuados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO - 4

1- APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO – 7

2- EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL - 10

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - 45

APRECIÇÃO FINAL- 69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - 71

APÊNDICE I – GUIA DE APOIO AO UTENTE APÓS CIRURGIA DA ANCA

INTRODUÇÃO

O presente trabalho encontra-se integrado no estágio que neste momento desenvolvo numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que permite a elaboração de um estudo de caso como instrumento de trabalho na estruturação e sistematização da informação recolhida, diagnóstico, planeamento de intervenções e avaliação contínua de cuidados de enfermagem de reabilitação a um cliente, alvo de uma situação específica em contexto domiciliário.

A colheita de dados é efetuada por meio de entrevista ao cliente e cuidadores, consulta do processo clínico do cliente referente ao período de internamento e referenciação para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e avaliação efetuada de forma sistemática e contínua.

A realização deste trabalho passa pela elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação que surge integrado para a manutenção das capacidades funcionais atuais do cliente, tendo em conta todo o meio envolvente.

O presente plano de cuidados é implementado à Senhora Mia, com diagnóstico de hemiartroplastia bipolar do fémur direito por queda no domicílio, tendo sido referenciada pelo serviço de Medicina do [REDACTED] para a ECCI, de modo a iniciar o Programa de Reabilitação Funcional Motora (RFM).

De acordo com World Health Organization (2007), um terço das pessoas idosas sofrem de uma queda por ano, tendo em conta que aquelas que caem mais de uma vez têm uma probabilidade três vezes superior de voltar a cair. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem de quedas a cada ano, havendo um aumento na dimensão de 32% a 42% para pessoas com mais de 70 anos. A frequência das quedas aumenta com a idade e com o nível de fragilidade.

O Síndrome pós - queda pode levar a restrições maiores ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD), resultantes da dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão. (World Health Organization, 2007)

A articulação coxo femoral é a maior articulação do corpo, formado pelo osso da pélvis e do fémur, localizada ao lado da bacia, que tem como funções o suporte e transferência do nosso peso corporal bem como a capacidade de realizar o movimento para a locomoção. (Barros et al., 2017)

Aproximadamente 1,6 milhões de pessoas sofrem de fratura da fémur por ano, sendo que em 2050 estima-se que este valor atinga um aumento para 6,3 milhões. A

sua prevalência é de 40% nas mulheres e 13% nos homens com idade superior aos 50 anos, sendo a causa caucasiana a mais afetada. (Baixinho, 2011)

Artroplastia da anca consiste num procedimento cirúrgico que permite trocar ou restaurar a articulação natural por uma prótese, visando a recuperação do movimento e funcionalidade da articulação. A artroplastia é realizada quando o cliente apresenta dor crónica e/ou aguda que leva à incapacidade da articulação para realizar as funções diárias como: caminhar, subir e descer escadas, entrar no carro, entre outros. (Barros et al., 2017)

A hemiartroplastia da anca ocorre quando apenas uma das superfícies ósseas é substituída por um implante. (Barros et al., 2017)

Relativamente à fixação, esta pode ser de dois tipos, cimentada ou não cimentada. A cimentada consiste aplicação de cimento nos componentes protésicos, com o objetivo de permitir a expansão da superfície dos componentes, de modo a permitir a transmissão de força entre a prótese e o osso, possibilitando o apoio do peso corporal no pós-operatório imediato. (Kisner & Colby, 2009)

Deste modo, o enfermeiro especialista de reabilitação tem um papel fundamental na reabilitação do cliente no pós-operatório imediato e tardio.

Contudo os clientes após o procedimento cirúrgico sofrem uma restrição no movimento da articulação e consequentemente restrições na satisfação das suas AVD, sendo uma preocupação para o cliente e família no regresso ao domicílio.

O papel do Enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) está direcionado para promover o diagnóstico precoce, prevenir complicações, melhoria das funções, de forma a manter ou recuperar a independência nas AVD, reduzindo desta forma o impacto das incapacidades atuais, quer ao nível motor, neurológico ou cardiorrespiratório. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018)

De acordo com o modelo Teórico de Dorothea Orem, a presente cliente encontra-se perante um sistema parcialmente compensatório, onde o papel do agente terapêutico consiste em colmatar o défice de autocuidado que é o andar, que por sua vez leva à restrição de outras atividades diárias. Deste modo a cliente necessita de um agente terapêutico que lhe permite auxiliar no autocuidado, uma vez que a capacidade da mesma para satisfazer as necessidades é inferior à sua exigência. Perante esta situação surge um desequilíbrio – referenciado por Orem o défice de autocuidado. (Orem, 2001)

A realização do presente estudo caso, permite-me dar resposta ao desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), assim como Competências Específicas do EEER (2019a).

O documento encontra-se estruturado em três partes:

- Primeira parte: apresentação da cliente;
- Segunda parte: exposição da avaliação efetuada de acordo com a colheita de dados efetuada (entrevista; processo clínico, avaliação contínua);
- Terceira parte: apresentação do plano de cuidados elaborado para a cliente e cuidadores, de acordo com a identificação das necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação.

O presente plano de cuidados é baseado na nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), nomeadamente no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, elaborado em 2015 pelo Colégio da Especialidade, desta forma:

- Os diagnósticos correspondem ao problemas/necessidades potenciais e/ou atuais comprometidos;
- Os objetivos retratam as metas a atingir;
- As intervenções traduzem as ações e recursos a realizar;
- A avaliação constitui os resultados, dos quais podem justificar novas avaliações e/ou diagnósticos.

1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO

Dados Pessoais		
<u>Nome</u> : Mia	<u>Data de Nascimento</u> : 06/08/1926	<u>Idade</u> : 93 anos
<u>Género</u> : Feminino	<u>Profissão</u> : Trabalhadora rural	<u>Etnia</u> : Caucasiana
<u>Residência</u> : Trafaria	<u>Naturalidade</u> : Portuguesa	<u>Estado Civil</u> : Viúva
História de Doença Atual		
Cliente do sexo feminino, 93 anos de idade, viúva há 17 anos, encontra-se reformada (trabalhadora rural), parcialmente dependente nas AVD, deambulava com apoio de uma bengala. Natural de Tondela, a viver há dois anos com o seu filho e nora numa vivenda na Trafaria. Senhora Mia sofreu uma queda da própria altura no domicílio a 29 de setembro de 2019, quando regressava para a cama durante a noite depois de ter ido ao quarto de banho sem a bengala que usava habitualmente. Transportada pelos Bombeiros para o Serviço de Urgência Geral do [] onde realizou radiografia que revelou fratura subcapital do fémur à direita, com indicação para intervenção cirúrgica, tendo ficado internada no serviço de Ortopedia. Após avaliação pela Anestesiologia é cancelado o agendamento cirúrgico por alteração das provas de coagulação e realizado estudo de hemostase e coagulação verificando-se défice fator IX. Motivo pela qual foi transferida para o Hospital de [] a 22 de outubro de 2019 para reposição de fator IX e posteriormente cirurgia ortopédica.		
Diagnóstico	Fratura subcapital do fémur à direita	
Cirurgia	Hemiartróplastia bipolar cimentada à direita	
Evolução Internamento		
Cliente no [] iniciou tratamento para reposição do fator IX e corticoterapia, internamento sem intercorrências. A 11 de novembro de 2019, sob anestesia geral realizou hemiartróplastia bipolar cimentada à direita, tendo iniciado ainda no internamento levante e treino de marcha com andador e/ou apoio bilateral. Permaneceu internada no [] até dia 22 de novembro de 2019, data da alta para		

o [] onde permaneceu até dia 06 de dezembro de 2019 internada no serviço de Medicina [] para dar continuidade ao estudo etiológico e desmame de corticoterapia. Iniciou no internamento treino de marcha com andarilho. Retirados agrafos a 26 de novembro de 2019, ferida cicatrizada. Segundo carta de enfermagem, cliente parcialmente dependente nas AVD, com dificuldades motoras que necessita de apoio nas transferências e nos cuidados de higiene. Realizada referência pelo serviço de Medicina [] para ECCI para RFM.

Tem consulta de Medicina Interna no [] agendada para 11 de fevereiro de 2020, para seguimento.

Cliente admitida na ECCI a 19 de dezembro de 2019.

Antecedentes de Saúde

Hábitos Aditivos	Sem hábitos aditivos
Alergias	Sem alergias conhecidas
Terapêutica habitual	• Dabigatrano 110 Miligramas (mg) (2x dia); • Bisoprolol 5 mg (1 x dia); • Carbamazepina 400 mg (1 x dia); • Flunarizina (1x dia); • Betahistina 16 mg (3 x dia); • Bisacodilo SOS.
Co - Morbidades	<u>Antecedentes Pessoais:</u> • Hipertensão controlada; • Fibrilhação Auricular desde 2016; • Hipotireoidismo; • Síndrome vertiginosa desde 2012; • Nevralgia do trigêmeo, submetida a microcompressão do Gasser em 2013; • Catarata do olho esquerdo; • Hipoacusia grave; • Hemofilia B adquirida em setembro de 2019.

Condição Atual

Senhora Mia vive com o seu filho, mais velho (de 6 filhos), e nora que são os cuidadores de referência, não têm apoio domiciliário por opção. Cliente necessita de ajuda parcial nos cuidados de higiene e vestuário, realizados no leito pela nora, consegue alimentar-se por mão própria de prato previamente preparado. Colabora nas alternâncias de decúbitos e nas transferências da cama para cadeira de rodas e vice-versa. Continente vesical e fecal, utiliza fralda para proteção devido ao défice de mobilidade, apresenta obstipação que realiza laxantes em SOS. Apresenta pele íntegra e presença de cicatriz na coxa direita (totalmente cicatrizada) sem presença de úlceras de pressão. Reside numa moradia térrea, passa maior parte do tempo num anexo à casa que tem um degrau de acesso, sendo a transferência feita na cadeira de rodas. Permanece na companhia do filho, a ver televisão. Tem um sofá e uma cama de modo a realizar descanso por períodos.

A moradia tem boas condições arquitetónicas, corredores largos, com livre mobilização que facilita a acessibilidade. Quarto de banho com poliban, embora pequeno.

Por queixas urinárias recorreu ao serviço Urgência Geral do [] a 14 de dezembro de 2019, da qual foi medicada com cefuroxima de 12/12 horas.

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Avaliação realizada à Senhora Mia a 19/12/2019.

❖ Avaliação Função Respiratória

Avaliação Função Respiratória (Menoita & Cordeiro, 2012)	
Inspeção	• Pele e mucosas hidratadas e coradas. • Sem alterações da parede torácica. • Eupneica em ar ambiente. • Sem desvios da traqueia. Tipo – mista Ritmo – regular Frequência Respiratória – 19 ciclos Amplitude – superficial Simetria – expansão torácica simétrica
Palpação	Traqueia e tórax – sem alterações
Percussão	Ressonância normal, som claro pulmonar
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido em todos os lobos
Tosse	Sem acessos de tosse
Características das Secreções	Sem presença de secreções
Escala de Dispneia - Medical Research Council (OE, 2016)	Grau 0 - (Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante)

❖ Avaliação Neurológica

Estado Mental (Menoita, 2012)			
Estado de Consciência	Escala de Glasgow		Score
	Abertura Ocular	Espontânea	4
		Ao estímulo verbal	3
		À dor	2
		Sem resposta	1
	Resposta Verbal	Orientada	5
		Confusa	4
		Inadequada	3
		Incompreensível	2
		Sem resposta	1
	Resposta Motora	Obedece a ordens	6
		Localiza a dor	5
		Retirada a dor	4
		Flexão normal	3
		Extensão	2
Sem resposta		1	
Total	15		
Orientação	<u>Autopsíquica</u> : mantido <u>Alopsíquica</u> : mantido		
Atenção	A cliente encontra-se vígil e consegue manter a atenção numa atividade.		
Memória	<u>Memória imediata</u> – mantida <u>Memória recente</u> – mantida <u>Memória a longo prazo</u> – mantida		

	<u>Memória remota</u> - mantida
Linguagem	A cliente apresenta discurso espontâneo, consegue nomear objetos por confrontação visual, cumpre ordens, segue comandos e consegue repetir.
Capacidades práticas	Ideomotora – consegue pentear; Ideativa – consegue escovar os dentes; Bucofacial – consegue soprar; Vestir- consegue vestir a camisa; Marcha – consegue iniciar o movimento para andar.

Pares Cranianos (Menoita, 2012)	
Par Craniano	Avaliação
I - Olfativo	Sem alterações; identifica odores (café), não foi avaliado, informação fornecida pela nora.
II - Ótico	Diminuição da acuidade visual.
III - Oculo Motor IV - Patético VI - Motor Ocular Externo	Isocórica; movimentos oculares simétricos; sem nistagmo; sem ptose palpebral; segue o movimento do dedo.
V - Trigêmeo	Sensibilidade ao nível do maxilar, da mandíbula e da região oftálmica (táctil, e doloroso); mantido reflexo córneo-palpebral; Aparentemente sem alterações dos músculos mastigadores (encerra e move a mandíbula, sem assimetrias visíveis).

VII - Facial	Percepção gustativa mantida nos dois terços da língua para doce e salgado, não foi avaliado, informação fornecida pela nora. Sem assimetria facial (sorriu, fechou pálpebras com firmeza). Sem apagamento do sulco nasogeniano.
VIII - Vestíbulo - Coclear	Hipoacusia acentuada. Não foi possível realizar teste com diapásão. Equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada. Equilíbrio estático e dinâmico diminuído na posição ortostática.
IX - Glossofaríngeo	Percepção sensorial da laringe, faringe e palato; reconhece sabores no terço posterior da língua (doce e salgado), não foi avaliado, informação fornecida pela nora.
X - Vago	Apresenta reflexo de vômito; sem disfonia ou hipofonia.
XI - Espinhal	Realiza lateralização e rotação da cabeça (direito/esquerdo) e elevação dos ombros contra resistência.
XII – Grande Hipoglosso	Propulsão ântero-posterior da língua normal; lateralização da língua (direito/esquerdo) mantida; não apresenta desvio da úvula.

❖ Motricidade

Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale (OE, 2016)			
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5	
	Flexão lateral direita	4/5	
	Rotação	4/5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação Interna	4/5	4/5
	Rotação Externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão plantar	4/5	4/5
	Dorsi flexão	4/5	4/5
	Desvio Cubital	4/5	4/5
	Desvio Radial	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5

Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5
	Oponência do Polegar	4/5	4/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão	2/5	4/5
	Extensão	2/5	4/5
	Adução	2/5	4/5
	Abdução	2/5	4/5
	Rotação Interna	2/5	4/5
	Rotação Externa	2/5	4/5
Joelho	Flexão	2/5	4/5
	Extensão	2/5	4/5
Tibiotársica	Flexão Plantar	3/5	4/5
	Flexão Dorsal	3/5	4/5
	Inversão	3/5	4/5
	Eversão	3/5	4/5
Dedos	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5

Tónus Muscular - Escala de Ashworth Modificada (OE, 2016)			
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão plantar	0	0
	Dorsi flexão	0	0
	Desvio Cubital	0	0
	Desvio Radial	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0

	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polegar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão Plantar	0	0
	Flexão Dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

❖ **Amplitude Articular**

Amplitudes Articulares (OE, 2016)	Mantida		Alterada	
	Mantidas exceto ao nível da coxo femoral direita e esquerda.		Coxo femoral direita: Flexão – não pode realizar flexões superiores a 90°; não pode realizar adução para além da linha média. Coxo femoral esquerda: Flexão diminuída após pós-operatório.	
Segmento	Movimento	Data	Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão	27/12/2019	25°	40°
		13/01/2020	35°	45°
		17/01/2020	90°	95°

❖ **Coordenação de movimentos** (Menoita, 2012)

Prova índex-nariz	Toca na ponta do nariz com os olhos abertos e depois fechados, com a mão direita e mão esquerda.
Prova da Indicação de Barany	Aponta com o dedo indicador o meu dedo indicador, com a mão direita e esquerda.
Prova dos movimentos alternados	Consegue abrir e fechar as mãos e bater palmas. Realiza a oponência do polegar sem dificuldade.
Prova calcanhar – joelho	Cliente não pode realizar esta prova devido ao procedimento cirúrgico.

❖ **Sensibilidade** (Menoita, 2012)

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: identifica estímulo doloroso em todos os segmentos corporais (alfinete).
	Térmica: distingue diferenças de temperatura, não foi avaliada, informações colhidas segundo a nora.
	Tátil: mantida em todos os segmentos corporais (algodão).
Sensibilidade Profunda	Postural: identifica a posição em que é deixado o membro, com os olhos fechados.
	Vibratória: não foi avaliada.
	Pressão: identifica a pressão exercida em todos os segmentos corporais.

❖ **Equilíbrio**

Escala de Berg (OE, 2016)				
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente				X
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos			X	
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		X		

(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se				
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	X			
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos				
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão				
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			X	X
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		X		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	X			
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos		X	X	X

(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão	X			
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos				
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos				
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos				
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos				X
(3) controla a descida utilizando as mãos			X	
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida				
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle	X	X		
(0) necessita de ajuda para sentar-se				
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.				

Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos				
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos				X
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão			X	
(1) necessita de uma pessoa para ajudar	X	X		
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança				
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança				
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão				
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos			X	X
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé	X	X		

(0) necessita de ajuda para não cair				
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança				
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão				
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos				
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos			X	X
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos	X	X		
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele				

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

Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25 cm (10 polegadas)				
(3) capaz de alcançar acima de 12,5 cm (5 polegadas)				
(2) capaz de alcançar acima de 5 cm (2 polegadas)				
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão			X	X
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidades de suporte externo	X	X		

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

Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança				
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão				
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente				
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando				

(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder equilíbrio ou cair	X	X	X	X
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar num objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso			X	X
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso				
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio				
(1) necessita de supervisão para virar		X		
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	X			
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos				
(3) capaz de girar 360° com segurança somente para um				

lado em 4 segundos ou menos				
(2) capaz de girar 360º graus com segurança, mas lentamente			X	X
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		X		
(0) necessita de ajuda enquanto gira	X			
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)				
Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos				
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos				
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda				
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda		X	X	X
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	X			

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado)

Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de colocar o pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos				
(3) capaz de colocar o pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer 30 segundos				
(2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente e permanecer por 30 segundos				
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanecer por 15 segundos		X	X	X
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	X			

14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder se assegurar)

Pontuação	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos				
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e				

permanecer por 5-10 segundos				
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			X	X
(1) tenta levantar uma perna, mas é capaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independente		X		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	X			
Total	6	15	27	31

Escala de Berg (0 a 20 - Diminuição do equilíbrio; 21 a 40 - Equilíbrio aceitável; 41 a 56 – Bom equilíbrio).

❖ **Marcha**

Categorias Funcionais da Marcha (OE, 2016)				
Avaliações em contexto comunitário	19/12/19	06/01/20	17/01/20	24/01/20
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.				
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.	X			

2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.		X		
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita.			X	
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita.				X
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.				

Marcha	Presente	Com auxiliar de marcha	Ausente	Observações
19/12/19	X	X		Marcha instável. Apresenta desequilíbrio quando deambula com andarilho a curtas distâncias. Tolerar apenas 6 passadas. Passos pequenos, vagarosos, descontínuos, com movimentos de menor amplitude no membro operado.

06/01/20	X	X		Marcha predominantemente estável. Deambula cerca de 20 metros com andarilho e supervisão. Passos contínuos e apressados, pé direito sai completamente do chão.
17/01/20	X	X		Marcha estável com o suporte do andarilho. Passos contínuos, semelhantes e tornozelos afastados. Mantém linha reta.
24/01/20	X	X		Mantém marcha estável, passos contínuos, semelhantes, com os tornozelos afastados, mantendo uma linha reta com apoio do auxiliar de marcha.

❖ **Avaliação da Dor**

Avaliação da Dor - Escala Numérica da Dor (OE, 2011)						
Localização	Coxo femoral direita					
Fatores de Agravamento	Transferências e mobilizações					
Fatores de Alívio	Repouso e analgesia					
Data	19/12/19	06/01/20	13/01/20	17/01/20	24/01/20	
Dor	0	0	0	0	0	

❖ **Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado**

Escala de Barthel (OE, 2016)			
	19/12/19	17/01/20	24/01/20
Alimentação			
Independente	10	10	10
Precisa de alguma ajuda (exemplo: cortar alimentos)	5	5	5
Dependente	0	0	0
Transferências			
Independente	15	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0	0
Toalete			
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5	5
Dependente, necessita de ajuda	0	0	0
Utilização do WC			
Independente	10	10	10
Precisa de ajuda	5	5	5
Dependente	0	0	0

Banho			
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0
Mobilidade			
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	15	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	5	5
Imóvel	0	0	0
Subir e Descer Escadas			
Independente, com ou sem ajuda técnicas	10	10	10
Precisa de ajuda	5	5	5
Dependente	0	0	0
Vestir			
Independente	10	10	10
Com ajuda	5	5	5
Impossível	0	0	0

Controlo Intestinal			
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar	10	10	10
Acidente ocasional	5	5	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0	0
Controlo Urinário			
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	5	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0	0
Total	35	45	65

Scores: (0-20 Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência).

Medida de Independência Funcional (MIF) (OE, 2016)			
Categorias e Dimensões	19/12/2019	17/01/2020	24/01/2020
Autocuidado			
Alimentação	5	5	5
Higiene Pessoal	5	5	5
Banho	3	4	5
Vestir a metade superior do corpo	3	5	5
Vestir a metade inferior do corpo	2	3	4
Utilização da sanita	1	1	5
Controlo dos Esfíncteres			
Controlo Vesical	1	1	4
Controlo Intestinal	1	1	4
Mobilidade/Transferências			
Transferências: leito/cadeira; cadeira/leito	4	5	7
Transferência: sanita	4	5	7
Transferências: banheira; duche	4	5	5
Locomoção			
Marcha; cadeira de rodas	2	6	7

Escadas	2	3	3
Comunicação			
Compreensão	6	6	6
Expressão	7	7	7
Cognição Social			
Interação Social	5	5	7
Resolução de problemas da vida quotidiana	2	3	5
Memória	7	7	7
Total	64	77	98

Scores: 18 Dependência Completa; 19-60 Dependência Modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61-103 Dependência Modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 104-126 Independência Completa/Modificada

❖ Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

Escala de Braden		
	19/12/2019	24/01/2020
Perceção sensorial	Nenhuma limitação	Nenhuma limitação
Humidade	Pele ocasionalmente húmida	Pele raramente húmida
Atividade	Sentado	Anda ocasionalmente
Mobilidade	Muito Limitada	Ligeiramente Limitada
Nutrição	Adequada	Adequada
Fricção e forças de deslizamento	Problema Potencial	Nenhum Problema
Total	16	20

❖ Avaliação do Risco de Queda

Escala de Morse		
	19/12/2019	24/01/2020
História de Queda	Sim	Sim
Diagnóstico Secundário	Sim	Sim
Terapia Endovenosa	Não	Não
Postura no Andar e na Transferência	Desequilíbrio de Ajuda	Normal/Acamado/Imóvel
Ajuda para Caminhar	Muletas/Canadianas/Bengala /Andarilho	Muletas/Canadianas/Bengala/Andarilho
Estado Mental	Consciência das suas limitações	Consciência das suas limitações
Total	75	55

❖ Impacto no Autocuidado

Avaliação da Ação de Autocuidado (Orem, 2001)				
Domínios		Sim	Não	Observações
Cognitivo	Conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas	X		
Físico	Capacidade física para realizar a ação de autocuidado	X		
Emocional e Psicossocial	Remonta para atitudes, crenças, valores, desejos, motivações e percepção de competência na	X		Manifesta a vontade de voltar a andar.

	realização da ação de autocuidados			
Comportamento	Habilidade para efetuar os comportamentos de autocuidado	X		

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado (Orem, 2001)				
Categorias		Sim	Não	Observações
Requisitos Universais de Autocuidado	Manutenção de quantidade suficiente de ar	X		
	Manutenção de ingestão suficiente de água	X		
	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	X		
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação		X	
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso		X	Síndrome Vertiginoso; diminuição da acuidade visual; Idade.
	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social	X		

	Prevenção de perigos à vida humana	X		Cumpre respectivas indicações.
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal	X		Apresenta vida social dentro do âmbito familiar. Demonstra desejo em melhorar.
Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento	X		
	Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento	X		
Requisitos de Autocuidado no desvio da saúde	Procura e garante assistência médica adequada		X	Necessita de ajuda de outros.
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos		X	Necessita de ajuda de outros.
	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas	X		Tem a capacidade de apreender o exercício e de

	e terapêuticas e de reabilitação			realizar corretamente.
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas	X		Consegue avaliar quando os exercícios realizados provocam dor, ou se necessita de descanso.
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde	X		Sabe quais as suas capacidades, não realiza nenhuma tarefa sem a presença de outrem. Aceita a ajuda de outros.
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento	X		Aceita o seu estado patológico, demonstra empenho para melhorar a sua condição física. Aceita a ajuda dos cuidados do filho e nora.

Sistemas de Enfermagem	Avaliação	Data
Parcialmente compensatório	Os cuidados são prestados pela nora (cuidadora), que tenta compensar as limitações da cliente, realizando por si as tarefas de autocuidados que a mesma não consegue executar.	19/12/2019

❖ Programa de Reabilitação /Plano de Intervenção

Principais Problemas:

- Equilíbrio Corporal estático e dinâmico diminuído em ortostatismo, segundo Escala de Berg – 6;
- Postura Corporal com inclinação anterior do tronco;
- Diminuição da força muscular do segmento coxo femoral e joelho direito de 2/5 e tibiotársico e dedos de 3/5, segundo Escala Medical Research Council;
- Diminuição da amplitude da articulação coxo femoral direita 25°;
- Dependência nas AVD;
- Risco de úlcera pressão, segundo Escala de Braden – 16;
- Risco de queda alto, segundo Escala de Morse – 75;
- Capacitação do cuidador para a promoção do autocuidado da cliente.

Objetivos de Reabilitação/Cliente/Cuidador:

- Melhorar fortalecimento muscular;
- Melhorar amplitude articular;
- Prevenir as complicações da imobilidade;
- Reaprendizagem do correto padrão da marcha;
- Promoção do autocuidado;
- Melhorar tolerância ao esforço e capacidade do autocuidado;
- Assegurar permeabilidade e limpeza das vias aéreas;
- Melhorar ansiedade;
- Capacitar cuidador/es para a promover o autocuidado na cliente.
- Ensinar sobre técnicas de prevenção de luxação da prótese;
- Fornecer apoio psicoemocional à cliente e família.

❖ **Avaliação da Sobrecarga do Cuidador**

Avaliado a 22 de janeiro de 2020.

Escala de Sobrecarga do Cuidador		
<u>Idade do Cuidador:</u> 65 anos	<u>Estado Civil:</u> Casada	<u>Parentesco:</u> Nora
<u>Situação Profissional:</u> Doméstica - Costureira	<u>N.º de horas/dia a cuidar:</u> 24h	<u>Existência de outros cuidadores:</u> Marido (filho da cliente)

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit						
N.º	Item	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
		1	2	3	4	5
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?			X		

4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	X				
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?				X	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?		X			
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas			X		

	negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					X
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				

20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	X				
Total		45 – Sem Sobrecarga				

Scores: Inferior a 46 = sem sobrecarga; entre 46 a 56 = sobrecarga ligeira; superior a 56 = sobrecarga intensa.

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO CLIENTE			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenção	Avaliação
Sistema Parcialmente Compensatório			
• Ventilação eficaz • Ventilação não comprometida	❖ Melhorar tolerância ao esforço e capacidade de autocuidado; ❖ Melhorar ansiedade e depressão; ❖ Assegurar permeabilidade e limpeza das vias aéreas; ❖ Corrigir eventuais defeitos ventilatórios melhorando a distribuição e ventilação alveolar;	• Avaliar/ Vigiar respiração: ○ Respiração com uso de músculos acessórios; ○ Esforço respiratório em repouso; ○ Esforço respiratório para pequenos esforços; ○ Pele e mucosa labial. • Monitorizar respiração através da Escala de Dispnea do Medical Research Council; • Monitorizar sinais vitais: ○ Frequência respiratória; ○ Saturação periférica de oxigênio; ○ Tensão arterial; ○ Frequência cardíaca; ○ Temperatura corporal; ○ Dor.	19/12/2019 Auscultação pulmonar: presença de murmúrio vesicular mantido em todos os lobos pulmonares, sem ruídos adventícios. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 19 ciclos/min, SpO2- 97% sem aporte de oxigênio. Escala de Dispnea do Medical Research Council - 0 Não apresenta deformidade da traqueia e tórax.

	❖ Melhorar a performance dos músculos respiratórios; ❖ Promover a expansão pulmonar e torácica.	• Avaliar / Vigiar ventilação: ○ Padrão respiratório; ○ Ritmo; ○ Amplitude; ○ Expansão torácica; ○ Tempo inspiratório e expiratório; ○ Presença de ruídos adventícios. • Observar tórax (deformidade óssea a nível do esterno); • Auscultar tórax (murmúrio vesicular, ruídos adventícios); • Executar técnica de posicionamento: ○ Posição de descanso e relaxamento; ○ Correção postural. • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; • Executar técnicas respiratórias: ○ Reeducação abdominodiafragmática posterior	06/01/2020 Auscultação pulmonar: presença de murmúrio vesicular mantido em todos os lobos pulmonares, sem ruídos adventícios. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 19 ciclos/min, SpO2- 98% sem aporte de oxigénio. Não apresenta dispneia no período dos exercícios, nem durante o treino de marcha. Sem episódios de ansiedade. Escala de Dispneia do Medical Research Council - 0 17/01/2020 Auscultação pulmonar: presença de murmúrio vesicular mantido em todos os
--	--	--	--

		(2 x 10); • Executar cinesiterapia respiratória: ○ Abertura costal global com bastão (2 x 10); ○ Exercício de rotação da escapulo umeral (2 x 10).	lobos pulmonares, sem ruídos adventícios. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 20 ciclos/min, SpO2- 98% sem aporte de oxigênio. Não apresenta dispneia no período dos exercícios, nem durante o treino de marcha. Sem episódios de ansiedade. Escala de Dispneia do Medical Research Council – 0 24/01/2020 Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular audível em todos os lobos pulmonares, sem ruídos adventícios. Pele e mucosas coradas e hidratadas.
--	--	---	--

			Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 19 ciclos/min, SpO2- 98% sem aporte de oxigênio. Não apresenta dispneia no período dos exercícios, nem durante o treino de marcha. Sem episódios de ansiedade. Escala de Dispneia do Medical Research Council - 0
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Parcialmente Compensatório			
• Equilíbrio Corporal Comprometido (Escala de Berg - 6) • Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.	❖ Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada; ❖ Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; ❖ Promover segurança para movimentar-se,	• Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg; • Avaliar equilíbrio corporal: ○ Equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; ○ Equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; ○ Adota posições viciosas; ○ Presença de deformidade da coluna;	19/12/2019 Cliente apresenta equilíbrio dinâmico e estático na posição de sentada. Equilíbrio ortostático estático e dinâmico diminuído. Sem deformidade na coluna. Não apresenta dismetria dedo/nariz. Adota uma posição postural incorreta, com flexão tronco.

	pôr-se de pé, sentar-se e deitar-se; ❖ Promover correção postural.	○ Dismetria dedo/nariz; ○ Dismetria calcanhar/joelho; ○ Suporta próprio peso em diferentes posições. • Aplicar dispositivo auxiliar; • Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; • Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal; ○ Correção Postural; ○ Equilíbrio estático sentado; ○ Equilíbrio estático ortostático; ○ Equilíbrio dinâmico sentado; ○ Equilíbrio dinâmico ortostático. • Avaliar a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal; • Planejar treino de equilíbrio corporal (posição de sentada e em ortostatismo); • Orientar na técnica de treino de equilíbrio:	06/01/2020 Cliente mantém equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Adota uma correta postura corporal na posição de sentada. Apresenta equilíbrio ortostático estático com suporte de andarilho, e equilíbrio dinâmico diminuído. Apresenta correta postura corporal no início da marcha, fletindo o tronco ao longo da marcha, com necessidade de ser corrigida. Escala de Berg – 15 diminuição de equilíbrio. 17/01/2020 Cliente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição
--	--	--	---

		○ Levantar/sentar/deitar; ○ Inclinação anterior; ○ Inclinação posterior ○ Inclinação lateral; ○ Alternância de carga nos membros superiores; ○ Alternância da carga nos membros inferiores; ○ Apoio unipodal; ○ Contorno de obstáculos; ○ Exercícios de coordenação de movimentos; ○ Facilitação Cruzada; • Executar técnica de treino de equilíbrio; • Estimular a manter o equilíbrio corporal (Correção Postural).	de sentada e equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo com suporte de andarilho. Adota uma correta postura corporal sentada ou em ortostatismo. Suporta o próprio peso do corpo em diferentes posições. Apresenta coordenação motora nos movimentos. Escala de Berg – 27, equilíbrio aceitável. 24/01/2020 Cliente consegue levantar-se da cama para a posição ortostática sem utilizar as mãos, mantendo o equilíbrio, e sentar-se com segurança com o uso mínimo das mãos. Escala de Berg – 31, equilíbrio aceitável.
--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Parcialmente Compensatório			
• Movimento Muscular comprometido • Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular • Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	❖ Melhorar fortalecimento muscular ❖ Melhorar amplitude articular ❖ Conservar flexibilidade ❖ Prevenir complicações da imobilidade ❖ Prevenir comportamento luxantes da prótese	• Monitorizar a força muscular através da Escala de Força – Medical Research Council Muscle Scale; • Avaliar amplitude articular. • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; • Executar técnica de massagem; • Incentivar a pessoa a executar o exercício muscular e articular ativos, (2 x 8): ○ Exercícios Isométricos: ❖ contração abdominal; glúteos, quadricípites e isquiotibiais. ○ Exercícios Isotônicos: <u>Posição Deitada/sentada:</u> ❖ Flexão/extensão da coxa femoral, não excedendo	19/12/2019 Apresenta força de 2/5 segundo Medical Research Council Muscle Scale no segmento coxo femoral e joelho direito; 3/5 ao nível do tibiotársico e dedos direito; e 4/5 nos membros superiores e membro inferior esquerdo. Executa bem flexão/extensão, adução e abdução do membro inferior esquerdo e membros superiores. Arrasta membro inferior direito aquando da flexão e extensão coxo femoral e joelho. Não tolera carga no cotovelo para a posição de sentada. Mobiliza-se no leito com dificuldade. Cliente alterna o tempo entre o

		os 90° do membro operado; ❖ Adução/abdução da coxo femoral, não excedendo a linha média do membro operado; ❖ Flexão/extensão do joelho, com flexão/extensão da coxo femoral, não excedendo os 90° do membro operado; ❖ Dorsiflexão/ flexão da tibiotársica; ❖ Inversão /eversão do pé. <u>Posição ortostática:</u> ❖ Flexão/extensão da coxo femoral, não excedendo os 90°, com flexão/extensão do joelho; ❖ Abdução/adução da coxo femoral, não excedendo a	sofá e a cama, permanecendo maior parte do tempo na cama. 06/01/2020 Cliente permanece grande parte do tempo sentada no cadeirão. Realiza flexão e extensão do segmento coxofemoral e joelho contra a gravidade. Força muscular do membro inferior direito – 3/5 Força muscular do membro inferior esquerdo 4/5
--	--	--	---

		linha média do membro operado; ❖ Flexão/hiperextensão da coxa femoral, pousando o pé no chão; ❖ Flexão plantar. • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, não excedendo os 90° no membro operado (membro direito, 2 x 8); • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo – assistida, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8), com bola; • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo – resistida, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8), com bola e bandas elásticas;	13/01/2020 Cliente ao longo das sessões apresenta conhecimento sobre as técnicas de exercício muscular e articular. Refere que executa os exercícios apreendidos na sessão ao longo do dia. Retrata evolução na amplitude no movimento articular do segmento coxa femoral direito de 35° sendo que a 27/12/2019 apresentava 25°; amplitude articular do segmento coxa femoral esquerdo de 45°, sendo que a 27/12/2019 apresentava 40°. Apresenta preensão palmar mantida, tem capacidade para agarrar e elevar o andarilho corretamente. Mantém força muscular dos membros superiores de 4/5.
--	--	--	---

		• Executar técnica de exercício muscular e articular com alongamento, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8); • Treino de técnicas de exercícios muscular e articular: ○ Exercícios de fortalecimento muscular, (2 x 8): ❖ Automobilizações; ❖ Ponte; ❖ Movimento cintura dos membros superiores; ❖ Movimento cintura dos membros inferiores; ❖ Rotação controlada da anca; ❖ Carga no cotovelo. ○ Exercícios de motricidade fina: ❖ Preensão Palmar; ❖ Preensão Cilíndrica.	17/01/2020 Cliente apresenta capacidade para movimentar-se no leito, exerce carga no cotovelo para realizar levante para posição de sentada. Avaliada amplitude articular do segmento coxofemoral direito – 90°; Coxofemoral esquerdo – 95°. Apresenta força muscular no membro inferior esquerdo de 4/5; membro inferior direito 4/5; e superiores de 4/5.
--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema Parcialmente Compensatório			
• Andar com auxiliar de marcha comprometido • Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha • Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha • Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha	❖ Reaprender o correto padrão de marcha com auxiliar de marcha ❖ Prevenir complicações da imobilidade ❖ Promover transferências ❖ Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	• Avaliar marcha através da Escala Categorias Funcionais da Marcha; • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; ○ Identifica barreiras arquitetônicas para andar com auxiliar de marcha; ○ Conhece necessidade de adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha. • Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; • Ensinar sobre andar com auxiliar de marchar (avançar primeiro o andarilho, depois a perna operada e por fim a outra perna);	19/12/2019 Marcha instável. Deambula com andarilho curtas distâncias e com ajuda de outra pessoa. Passos pequenos, vagarosos, descontínuos, com movimentos de menor amplitude no membro operado (pé direito não sai completamente do chão) e não cumpre espaço para sustentação de base com andarilho, o que impede uma marcha em linha reta. Tolerar apenas 6 passadas. Postura corporal com flexão do tronco.

		• Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; • Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; ○ Anda com passadas eficazes a diferentes ritmos; ○ Anda em aclives e declives; ○ Sobe e desce degraus. • Treino de marcha; • Treino de mudanças de decúbito e transferências; • Treino de contorno de obstáculos com auxiliar de marcha.	06/01/2020 Cliente deambula dentro de casa em superfícies planas com andarilho cerca de 20 metros com supervisão. Passos contínuos e apressados, pé direito sai completamente do chão. Mantém o aumento do espaço da base de sustentação com o andarilho. Tem dificuldade em deambular no declive e no contorno dos obstáculos, sobe e desce degrau com ligação para o anexo. Tem consciência da necessidade da adaptação do domicílio para o andar com auxiliar de marcha. 17/01/2020 Cliente deambula nas cercarias da casa. Apresenta
--	--	---	---

		marcha estável com o suporte do andarilho, com passos contínuos, semelhantes e tornozelos afastados. Mantém linha reta e correta postura corporal. Contorna os obstáculos, sobe e desce o degrau de acesso ao anexo e anda em declive e aclive que apresenta no domicílio. Transfere-se da cama para a cadeira com supervisão. 24/01/2020 Deambula na cercaria da casa. Mantém marcha estável, passos contínuos, semelhantes, com os tornozelos afastados, mantendo uma linha reta com apoio do auxiliar de marcha. Independente nas transferências.
--	--	--

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema de Parcialmente Compensatório			
• Risco de queda alto (Escala de Berg – 6 e Escala de Morse - 90) • Potencial para melhorar o conhecimento sobre quedas	❖ Promover ambiente seguro ❖ Assegurar acessibilidade na locomoção ❖ Prevenir a ocorrência de queda	• Monitorizar o risco de queda através da Escala de Morse; • Gerir ambiente físico; • Ensino sobre prevenção de quedas; • Capacitar para a manutenção de ambiente seguro: ○ Identificação e proposta de alteração de barreiras arquitetónicas. • Promover um ambiente seguro: ○ Remover objetos dispersos; ○ Remover ou adaptar tapetes soltos; ○ Promover ambiente luminoso; ○ Evitar pavimento molhado ou escorregadio; ○ Colocar corrimão nos locais de difícil acessibilidade – escadas;	19/12/2019 Avaliado alto risco de queda segundo Escala de Morse. Realizada identificação das barreiras arquitetónicas com necessidade de alteração, nomeadamente: ▪ Remoção de tapetes soltos; ▪ Remoção de objetos dispersos ao longo do piso; ▪ Adaptação de um calçado adequado. 06/01/2020 Foram removidos os tapetes nas zonas de acessibilidade, bem como objetos dispersos. Tem calçado fechado antiderrapante. Vestuário largo e curto.

		○ Adaptar móveis instáveis às paredes; ○ Adaptar vestuário e calçado.	
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema de Parcialmente Compensatório			
• Autocuidado Comprometido - Higiene - Vestuário - Eliminação • Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para o Autocuidado - Higiene - Vestuário - Eliminação • Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o Autocuidado	❖ Promover Autocuidado 0 ❖ Incentivar para Autocuidado 0 ❖ Promover transferências	• Avaliar Autocuidado através da Escala de Barthel e MIF. • Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o Autocuidado (higiene; vestuário; eliminação; transferir-se). • Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o Autocuidado. ○ Entra e sai do chuveiro/banheira; ○ Lava regularmente as mãos; ○ Lavas todas as zonas do corpo; ○ Lava zona inferior do corpo; ○ Lava zona superior do corpo; ○ Seca todas as zonas do corpo; ○ Seca zona inferior do corpo; ○ Seca zona superior do corpo;	19/12/2019 Necessita de ajuda parcial para a realização dos cuidados de higiene e vestuário. Apresenta potencial para higienizar-se na parte superior, lavar os dentes e pentear-se, bem como vestir-se na parte superior. Necessita de ajuda na higienização e vestuário da parte inferior. De momento, a higiene é efetuada no leito pela nora, uma vez que apresenta défice na marcha. A cliente ajuda nas transferências na cama, cama-cadeira de rodas e vice-versa. Continente vesical e fecal, mas

- Higiene - Vestuário - Eliminação • Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o Autocuidado - Higiene - Vestuário - Eliminação		○ Veste/despe as roupas na parte inferior do corpo; ○ Veste/despe as roupas na parte superior do corpo; ○ Calça/descalça sapatos ou meias; ○ Abotoa/desabotoa as roupas; ○ Posiciona-se na sanita (não exceder os 90º da articulação coxo femoral direita e manter perna esticada); ○ Faz a higiene íntima após urinar/evacuar; ○ Ergue-se da sanita. • Ensinar sobre adaptação do domicílio para Autocuidado. • Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o Autocuidado. • Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para Autocuidado. • Treinar uso de dispositivo auxiliar para Autocuidado.	por apresentar déficit na marcha nora não consegue transferir para a sanita a tempo da eliminação, permanecendo com fralda. 06/01/2020 Cliente auxilia na higiene (parte superior) realizada no leito e vestuário (parte superior). Mantém eliminação na fralda e realiza transferências com ajuda mínima. Apresenta potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de promoção do autocuidado. Realizados ensinos para aquisição de ajudas técnicas para a higiene no poliban, nomeadamente banco, barra de apoio e tapete antiderrapante.
---	--	--	--

		• Providenciar material educativo (Apêndice I).	13/01/2020 Realizada demonstração com a cliente da entrada e saída para o poliban, sentar e levantar-se do banco e realizado incentivo para a promoção da autonomia da cliente na higiene. Feita negociação para realização da higiene no poliban 2x/semana. 17/01/2020 Cliente realiza higiene no poliban com ajuda da nora, sendo autônoma na higiene da zona superior do corpo, e no vestir/despir a roupa. Realizado incentivo para promover a autonomia da cliente no uso do sanitário. Sanita tem altura certa para não ocorrer flexão da
--	--	---	---

			articulação coxo femoral acima dos 90°, feito reforço dos ensinos. 24/01/2020 Cliente durante o dia utiliza o sanitário, sempre que necessita, com supervisão dos cuidadores. Mantém a utilização de fralda, de forma preventiva, não ocorrendo acidentes durante o dia, apenas durante a noite.
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Sistema de Parcialmente Compensatório			
Risco de úlcera de pressão Alto (Escala de Braden – 16)	❖ Prevenir a ocorrência de úlcera de pressão ❖ Manter a integridade cutânea	• Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden; • Vigiar a integridade cutânea; • Incentivar a ingestão de líquidos; • Incentivar o aporte nutricional; • Incentivar a posicionar.	19/12/2019 Cliente apresenta pele íntegra e hidratada. Local da ferida cirúrgica cicatrizada. Sem sinais de úlcera de pressão.

			24/01/2020 Cliente mantém pele íntegra e hidratada, sem sinais de úlcera de pressão.
--	--	--	--

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (PRESTADOR DE CUIDADOS)

Diagnóstico	Objetivos	Intervenção	Avaliação
• Autocuidado Comprometido - Higiene - Vestuário - Eliminação • Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado - Higiene - Vestuário - Eliminação • Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados	• Assegurar os cuidados à cliente • Promover a aprendizagem para adaptação do autocuidado no domicílio • Proporcionar a autonomia da cliente no autocuidado	• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado (higiene; vestuário; eliminação). • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado. ○ Conhece adaptação do domicílio para o autocuidado; ○ Identifica barreiras arquitetónicas para o autocuidado. • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado.	19/12/2019 Cuidadora realiza higiene da cliente no leito, coloca fralda uma vez que não consegue promover a autonomia na eliminação pela cliente apresentar défice na marcha. Transfere a cliente por curtos períodos para a cadeira de rodas. 06/01/2020 Mantém cuidado de higiene no leito. Promove autonomia à cliente na higiene e vestuário da zona superior do corpo, auxiliando na zona inferior do corpo. Cuidadora transfere cliente para o cadeirão por períodos mais longos. Realiza

sobre dispositivo auxiliar para autocuidado - Higiene - Vestuário - Eliminação		• Providenciar material educativo (Apêndice I).	treino de marcha com andarilho. Realizados ensinios para aquisição de ajudas técnicas para a higiene no poliban, nomeadamente banco, barra de apoio e tapete antiderrapante. 13/01/2020 Cuidadora apresenta conhecimento na transferência da cliente para o poliban e na promoção do autocuidado da cliente. Estipulada realização da higiene 2x/semana. 17/01/2020 Cuidadora iniciou realização da higiene da cliente no poliban. Promove autonomia da cliente a higienizar-se da zona superior do corpo, bem
--	--	---	--

			como a vestir-se da zona superior. 24/01/2020 Cuidadora promove a autonomia da cliente na eliminação, auxiliando a cliente. Tem conhecimento dos cuidados a ter com o membro operado e cumpre respetivas indicações.
Diagnóstico	Objetivos	Intervenção	Avaliação
• Andar com auxiliar de marcha comprometido • Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha	• Promover ambiente seguro no domicílio para a cliente andar com auxiliar de marcha • Assegurar acessibilidade na locomoção da cliente • Prevenir queda	• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar: ○ Identifica barreiras arquitetónicas para andar com auxiliar de marcha; ○ Conhece necessidade de adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.	19/12/2019 Cuidadora com potencial para identificar adaptações a realizar na casa para promover um ambiente seguro e a acessibilidade da marcha da cliente com auxiliar de marcha. ▪ Remoção de tapetes soltos; ▪ Remoção de objetos dispersos ao longo do piso;

• Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha		• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha; • Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha: ○ Remover objetos dispersos; ○ Remover ou adaptar tapetes soltos; ○ Corredores amplos; ○ Adaptar vestuário e calçado. • Ensinar prestador de cuidados sobre fatores de risco de queda: ○ Diminuição da acuidade visual (marcar consulta para oftalmologista); ○ Alterações do equilíbrio; ○ Limitações da mobilidade; ○ Ambiente envolvente desadequado;	▪ Adaptação de um calçado adequado. 06/01/2020 Cuidadora removeu tapetes nos acessos de locomoção da cliente, assim como os objetos que encontravam - se dispersos. Adquiriu sapatos fechados e antiderrapantes e vestuário curto e largo para a cliente. Filho manifesta vontade de a cliente realizar marcha sem andariho. Realizados ensinios sobre o risco de queda por défice na marcha; diminuição da acuidade visual, síndrome vertiginoso e idade, realçando a importância do uso do andariho na deambulação.
--	--	---	---

		○ Vestuário e calçado apropriado; ○ Idade.	17/01/2020 Cuidadora realiza/auxilia no treino de marcha com a cliente, dentro e fora de casa, com auxílio de andarilho. Realizada marcação de consulta de Oftalmologia para a cliente.
--	--	---	---

APRECIACÃO FINAL

A fratura do colo do fêmur no idoso leva a um declínio na funcionalidade que traduz-se em dificuldades no autocuidado.

Aquando da alta clínica do idoso, este encontra-se em condições funcionais e psicológicas piores de quando entrou no hospital. De acordo com este prisma, as dificuldades no autocuidado diminuem a qualidade de vida do idoso, interferem nas dinâmicas da família e são deste modo preditores de um aumento de isolamento social, morbidade e mortalidade. (Baixinho, 2011)

O EEER tem um papel fundamental na reabilitação da pessoa, através da sua intervenção individualizada com vista a promover a independência nas AVD ou a ajudar e a ensinar a pessoa a encarar a sua nova condição de saúde.

Deste modo compete ao EEER a elaboração e a implementação de uma plano de cuidados de visa a adaptação do cliente às limitações impostas pela condição de saúde no que concerne à mobilidade e à maximização da autonomia do autocuidado, implementando treino motor e cardiorrespiratório necessários à sua independência. (OE, 2018)

Depreendo que uma boa prática de cuidados passa pelas competências adquiridas pelo profissional de saúde, bem como da reciprocidade do cliente para os cuidados, e o envolvimento familiar em todo o processo de reabilitação.

Em primeira instância é pedido aos profissionais de saúde o trabalho em conjunto junto do cliente e cuidadores, de forma a conhecer a amplitude de potenciais situações geradores de crise de modo a antecipar e a minimizar as repercussões. Gerar informação ao cliente e cuidadores de modo a assegurar a resposta às suas necessidades, bem como fornecer suporte físico e emocional. (Baixinho, 2011)

Neste caso em específico, as dependências funcionais identificadas que comprometiam as necessidades do autocuidado da cliente, não foram preditivo para a família. A família adquiriu estratégias de resolução para as necessidades comprometidas, tendo em conta que a admissão da cliente na ECCI foi realizada passada aproximadamente duas semanas após a alta hospitalar, sendo este o período de maior dependência das necessidades de autocuidado, do qual foi reajustado com a avaliação e intervenção do EEER. Para colmatar o défice de autocuidado no andar foi introduzido o andarilho como auxiliar de marcha. Esta estratégia revelou-se eficiente, o que traduz uma evolução na marcha, bem como na

melhoria da capacidade funcional de forma global, ostentada pela aumento do score da Escala de Barthel e da MIF.

Foi importante refletir o facto de a cliente inicialmente apresentar uma força de 2/5 na articulação coxofemoral e joelho do membro operado, segundo a Medical Research Council Muscle consiste na ausência de movimentos ativos contra a gravidade, porém conseguiu colocar-se em posição ortostática e deambular com o andador. Deste modo, tornou-se importante perceber todo o processo, desde o apoio plantar, transmissão da informação sensorial que permitiu a coordenação com a informação proveniente da própria ação motora, a coativação dos músculos agonistas e antagonista que permitiram a rigidez articular, a base de sustentação alargada com o suporte do andador, a força dos membros superiores que trabalharam como estabilizadores, que facilitou à cliente a transferência do peso entre os apoios e assim colocar-se na posição ortostática e deambular com andador com pequenos passos. (Melo, 2006)

A utilização da Escala de Zarit à cuidadora foi aplicada numa fase menos dependente da cliente, o que coloca em questão qual seria o resultado da sua aplicabilidade numa fase mais dependente da cliente. Os resultados poderiam ter sido diferentes ao resultado obtido o que teria sido uma referência importante.

Todavia, é evidente a importância da intervenção individualizada do EEER com recurso a um plano de reabilitação funcional adaptado às reais necessidades do cliente, em contexto domiciliário, tendo por base a obtenção de ganhos em saúde relacionados com a satisfação do cliente, promoção do bem-estar e autocuidado, qualidade de vida, prevenção de complicações, promoção da saúde, reeducação e readaptação funcional do cliente, que remete – se no impacto positivo dos cuidados de reabilitação, onde as necessidades são transcendentais à população em geral. (OE, 2018)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baixinho, C.L. (2011). FUNCIONALIDADE APÓS FRATURA DO COLO DO FÊMUR. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(3), 311-319. Acedido 25/01/2020. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908>.
- Barros, E.C. Cambuzzi, G.S. Souza, J. Barroso, J.F., & Silva, L.P. (2017). *Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril*. Florianópolis: Perse.
- Direção-Geral de Saúde (2011). Dor como 5.º Sinal Vital – Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido 25/01/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>.
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. (5ªed.). São Paulo: Editora Manole.
- Melo, F. (2006). Controlo postural: controlo reflexo versus controlo dinâmico. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(5), 107-09. Acedido 25/01/2020 em: <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo26.pdf>.
- Menoita, E. (Coord.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Semiologia Clínica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.21-44). Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C., & Cordeiro, M.C.O. (2012). Exames Complementares de Diagnóstico. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C Menoita (Coord.), *Manual de boas*

práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas (pp.45-56).
Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: 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. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

World Health Organization (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Acedido a 20/12/2019. Disponível em:
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem ECCI

Jornal de Aprendizagem – Uma nova Adaptação

No processo de aprendizagem é necessário desenvolver competências reflexivas dentro dos paradigmas de aprendizagem, que visa de forma catalisadora a construção de saberes experienciais e profissionais na formação. Neste contexto de aprendizagem optei por refletir sobre a motivação de uma cliente no programa de reabilitação após o regresso ao domicílio na nova condução clínica, de acordo com o ciclo de Gibbs.

Descrição da situação

A situação escolhida refere-se a uma cliente de 74 anos, que sofreu um AVC isquémico à esquerda, sendo admitida na ECCI por necessidade de cuidados de reabilitação. Segundo o descrito a cliente apresentava-se totalmente dependente nas Atividades de Vida Diária (AVD), sendo a neta de 18 anos e o marido de 77 anos responsáveis pelos cuidados à cliente. Sendo uma cliente previamente independente e sem antecedentes pessoais.

No primeiro contato com a cliente, foi realizada a colheita de dados junto da cliente e família. Encontrava-se consciente e orientada nas três vertentes, recetiva, comunicativa e participativa dentro das suas possibilidades. Apresentava hemiparesia do hemicorpo à direita, (força membro superior direito 1/5; membro inferior direito 2/5, segundo Medical Research Council Muscle Scale), equilíbrio estático sentada, não apresentava equilíbrio dinâmico sentada, bem como estático e dinâmico em ortostatismo. Realizava levante para cadeira de rodas/cadeira sanitária, sendo a higiene realizada no duche, a eliminação era efetuada na sanita, uma vez que a cliente mantinha o controlo dos esfíncteres apenas era colocada fralda por proteção. A alimentação era fornecida pela neta ou pelo marido, não colaborando na intervenção. De acordo com o descrito, as sessões foram estipuladas três vezes na semana, e explicado a importância dos cuidadores estarem presentes na sessão de modo a serem transmitidos ensinamentos, instruídos e treinados técnicas que seria relevantes executá-las diariamente para um maior benefício na recuperação da cliente. Menoita (2012), refere que o prestador de cuidados requer uma adaptação da situação vivida que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e de habilidades para poder lidar com os problemas da cliente e promover assim o bem estar.

A cliente manifestou-se desde logo entusiasmada pelo facto de poder realizar o processo de reabilitação no seu contexto domiciliário e na presença dos seus familiares.

Durante as sessões de reabilitação a minha aproximação com a cliente foi transformando-se numa relação de empatia, surgindo momentos de partilha de acontecimentos atuais e passados. Num destes momentos de partilha a cliente revelou o desejo de voltar a ser independente.

Sentimentos e pensamentos

Ao longo da prestação de cuidados de reabilitação à cliente percebi que o seu regresso a casa num estado dependente, tornou-se um momento complexo e de ansiedade tanto para a cliente como para a família. Isto porque estamos perante um processo de recuperação e adaptação à nova incapacidade, ou seja um processo de transição da sua condição de saúde. Para além do seu aspeto emocional e o seu bem estar físico, há a necessidade de modificar as rotinas e o domicílio para a cliente usufruir das melhores condições para a sua adaptação.

Porém compreendi que o nosso papel enquanto enfermeiro especialista de reabilitação passa por interpretar as características de cada situação e definir objetivos para promover a independência máxima; consolidar de modo a promover o autocuidado e prevenindo possíveis complicações; conservar comportamentos de adaptação positiva e assegurar a continuidades dos cuidados prestados; e integrar, se necessário, a contribuição de outros profissionais peritos nas áreas. (Menoita, 2012)

Portanto é importante ajudar a cliente a encarar a nova condição de saúde e promover a sua independência no autocuidado, como também a sua família para uma adaptação saudável no papel de prestador de cuidados.

Ao longo das sessões, a cliente demonstrou-se motivada na sua recuperação e na alteração do seu quotidiano, executando todos os exercícios solicitados dentro das suas possibilidades e apresentando uma evolução positiva e saudável junto da sua família.

Avaliação: O que foi bom e o que mau na experiência?

Esta experiência permitiu-me refletir sobre as várias situações que nos são impostas no dia a dia e na capacidade e criatividade que o enfermeiro de reabilitação tem de desenvolver para ultrapassar e dar resposta a estas situações.

O ponto menos positivo foi conseguir facilitar a mudança do estado de saúde da cliente junto com a família. Sendo este o desafio proposto, pois em primeira instância é fundamental o prestador de cuidados assumir este papel e sentir-se apoiado em todo o processo de reabilitação. E para isto foi necessário dar-lhe tempo suficiente para identificar o seu novo papel e deste modo otimizar o papel de prestador de cuidados na promoção da qualidade de vida do cliente. (Menoita, 2012).

Análise: que sentido pode encontrar à situação

Esta situação permitiu-me perceber que o ingrediente primordial para manter o foco da cliente no processo de reabilitação foi o envolvimento de toda a família na sua recuperação, e isto só era possível no domicílio, como era da vontade da cliente. De acordo com Menoita, (2012), o meio familiar é o suporte para a reinserção na comunidade e no processo de reabilitação do cliente.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel crucial no regresso do cliente ao domicílio, sendo dotado de conhecimentos e habilidades para promover uma melhor readaptação funcional à cliente num estado de dependência, bem como na capacitação da cliente e do prestador de cuidados para o autocuidado, considerando o contexto e o meio envolvente. (Menoita, 2012)

Conclusão: que mais poderia ter feito

Perante este caso podia questionar a cliente sobre as suas expectativas relativamente ao seu estado de saúde, bem como negociar cuidados de reabilitação com maior frequência através de outros recursos, de modo a ir de encontro com as suas expectativas.

Assim como identificar repercussões negativas por parte do familiar que assume o papel de prestador de cuidados, bem como questionar sobre a relação que é estabelecida e mantida com a cliente, ao nível de sentimentos de satisfação e bem estar.

Plano de ação

No plano de ação, são tidas as intervenções que devem estar centradas na cliente e no prestador de cuidados. Deste modo é importante se o prestador de cuidados necessita de alguma ajuda ao nível comunitário, ou psicológico, ou da parte da assistente social, uma vez que é a pessoa que passa a maior parte do tempo junto da cliente. E assim promover algum tempo disponível para si.

Portanto, como futura enfermeira especialista em reabilitação terei em conta as necessidades do prestador de cuidados, de forma a desfrutar de uma saída e passear ou ter um encontro com os seus amigos. Em relação à cliente foi possível proporcionar uma ida ao cabeleireiro como era habitual de modo a sentir-se satisfeita e a regressar novamente à rotina.

No contexto domiciliário a família é o grande suporte de apoio e de readaptação para a continuidade no processo de reabilitação do cliente dependente. (Menoita, 2012)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Menoita, E.(Coord.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE VIII – Formação na ECCI

ESTUDO CASO – PESSOA COM FRATURA DO FÉMUR - PROCESSO DE REABILITAÇÃO -

Joana Medeiros

Enfª Especialista Orientadora: [REDACTED]
Docente Orientadora: Vanda Marques Pinto
Docnte Coorientador: Ricardo Braga



4, Fevereiro, 2020



ÍNDICE

- ❖ Fratura do Fémur
- ❖ História da Utente
- ❖ Avaliação Objetiva/Subjetiva
- ❖ Teoria do Autocuidado de Orem
- ❖ Alterações Reabilitação
- ❖ Plano de Cuidados
- ❖ Desdobrável
- ❖ Considerações Finais

Imagem 1: Articulação Coxo femoral
Fonte: <https://www.alphaortho.net/contents/additional-services/robotic-procedures/total-hip-arthroplasty-with-makoplasty/>



- Aproximadamente 1,6 milhões de pessoas sofrem de fratura da fêmur por ano
- Estima-se que em 2050 há um aumento para 6,3 milhões
- 40% das mulheres sofrem de fratura do fêmur
- 13% dos homens sofrem de fratura do fêmur
- Idade superior aos 50 anos
- Raça caucasiana
- Aumento da mortalidade, morbidade e dos custos de saúde.

Articulação coxo-femoral

- Formado pelo osso da pélvis e a cabeça do fêmur
- Suporte
- Transferência
- Locomoção

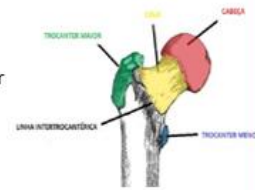


Imagem 2: Constituição do fêmur

Fonte: <http://drkumandala.com.br/2018/02/13/anatomia-do-quadril/>

(Baixinho, 2011)
(Barros et al, 2017)

3



Artroplastia total da anca

- substituição total da articulação coxo femoral, por materiais artificiais
- duas peças (cabeça do fêmur e o acetábulo)

Hemiartroplastia da anca

- substituição de uma peça óssea

- Cimentada
- Não Cimentada
- Híbrida



Imagem 3: Prótese Parcial e Total
Fonte: <https://orthoinfo.aaos.org/pt/treatment/artroplastia-total-de-quadril-total-hip-replacement/>

Fixação

- Parafusos de compressão deslizante
- Placa metálica lateral

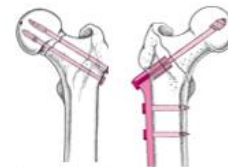


Imagem 3: Parafusos e Placa

Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/les%C3%B5es-e-envenenamentos/fraturas/fraturas-do-quadril>

(Barros et al, 2017)

4



Dados Pessoais		
Nome: Mia	Data de Nascimento: 06/08/1926	Idade: 93 anos
Género: Feminino	Profissão: Trabalhadora rural	Etnia: Caucasiana
Residência: Trafaria	Naturalidade: Portuguesa	Estado Civil: Viúva
História de Doença Atual		
Queda	29 de setembro de 2019	
Diagnóstico	Fratura subcapital do fémur à direita	
Anestesiologia	Alteração das provas de coagulação e realizado estudo de hemóstase e coagulação verificando-se défice factor IX.	
Transferida	22 de outubro de 2019	Reposição do factor IX e corticoterapia
Cirurgia	11 de novembro de 2019	Hemiartroplastia bipolar cimentada à direita

5



Evolução do Internamento		
Cirurgia	11 de novembro de 2019 Hemiartroplastia bipolar cimentada à direita	Inicou MFR: · Levante · Treino de Marcha com andarilho e/ou apoio bilateral
Transferida	22 de novembro de 2019 (Medicina) a 06 de dezembro de 2019	· Continuidade ao estudo etiológico · Desmame de corticoterapia
Referenciada	ECCL – 19 de dezembro de 2019	Programa de RFM

6



HISTÓRIA DA UTENTE

Antecedentes de Saúde	
Hábitos Aditivos	Sem hábitos aditivos
Alergias	Sem alergias conhecidas
Terapêutica habitual	• Dabigatrano 110 mg (2x dia); • Bisoprolol 5 mg (1 x dia); • Carbamazepina 400 mg (1 x dia); • Flunarizina (1x dia); • Beta Histina 16 mg (3 x dia); • Bisacodilo SOS.
Co - Morbidades	<u>Antecedentes Pessoais:</u> • Hipertensão; • Fibrilhação Auricular desde 2016; • Hipotireoidismo 2018; • Síndrome vertiginosa desde 2012; • Nevralgia do trigémeo, submetida a microcompressão do Gasser em 2013 • Catarata do olho esquerdo; • Hipocúsia grave; • Hemofilia B adquirida em setembro de 2019.

7



AVALIAÇÃO DA CLIENTE

Avaliação Função Respiratória	
Inspecção	• Pele e mucosas hidratadas e coradas. • Sem alterações da parede torácica. • Eupneica em ar ambiente. • Sem desvios da traqueia. Tipo – mista Ritmo – regular Frequência Respiratória – 19 ciclos Amplitude – superficial Simetria – expansão torácica simétrica
Palpação	Traqueia e tórax – sem alterações
Percussão	Ressonância normal, som claro pulmonar
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido em todos os lobos
Tosse	Sem acessos de tosse
Características das Secreções	Sem presença de secreções
Escala de Dispneia - Medical Research Council	Grau 0 - (Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante)

8



Escala de Glasgow		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	À dor	2
	Sem resposta	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inadequada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retirada a dor	4
	Flexão normal	3
	Extensão	2
	Sem resposta	1
Total	15	

Pares Cranianos	
Par Craniano	Avaliação
II – Ótico	• Diminuição da acuidade visual.
VIII – Vestibulo - Coclear	• Hipoacusia acentuada. Não foi possível realizar teste com diapasão. • Equilíbrio estático e dinâmico diminuído na posição ortostática.



Força Muscular segundo Medical Research Council		
Cabeça e pescoço	4/5	
Membro Superior	Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	4/5	4/5
Cotovelo	4/5	4/5
Antebraço	4/5	4/5
Punho	4/5	4/5
Dedos	4/5	4/5
Membro Inferior	Direito	Esquerdo
Coxo femoral	2/5	4/5
Joelho	2/5	4/5
Tibiotársica	3/5	4/5
Dedos	3/5	4/5

Tônus Muscular segundo a Escala Modificada de Ashworth		
Cabeça e pescoço	0	
Membro Superior	Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	0	0
Cotovelo	0	0
Antebraço	0	0
Punho	0	0
Dedos	0	0
Membro Inferior	Direito	Esquerdo
Coxo femoral	0	0
Joelho	0	0
Tibiotársica	0	0
Dedos	0	0



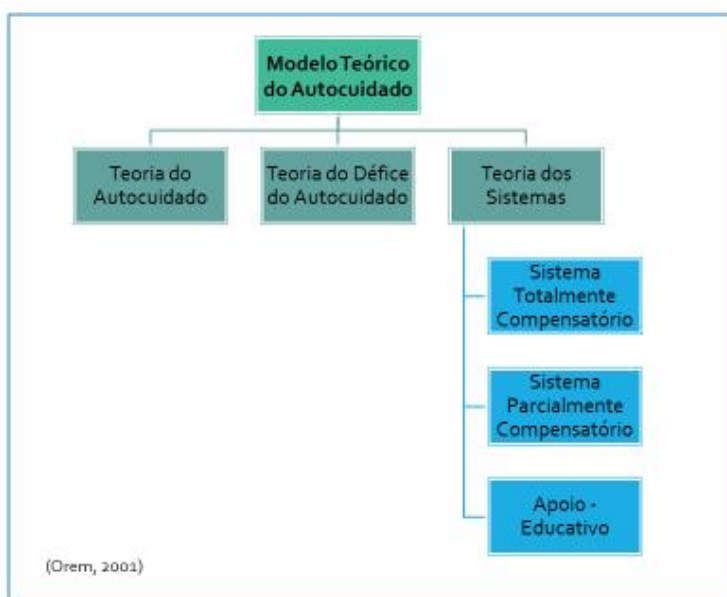
AVALIAÇÃO DA CLIENTE

Equilíbrio segundo Escala de Berg		
19/12/2019	Diminuição de Equilíbrio	6
Marcha segundo Categorias Funcionais de Marcha		
19/12/2019	Marcha terapêutica, não funcional	1
Escala de Barthel		
19/12/2019	Grave Dependência	35
Medida de Independência Funcional		
19/12/2019	Dependência Modificada (assitência até 50%)	64
Escala de Morse		
19/12/2019	Alto risco de queda	75

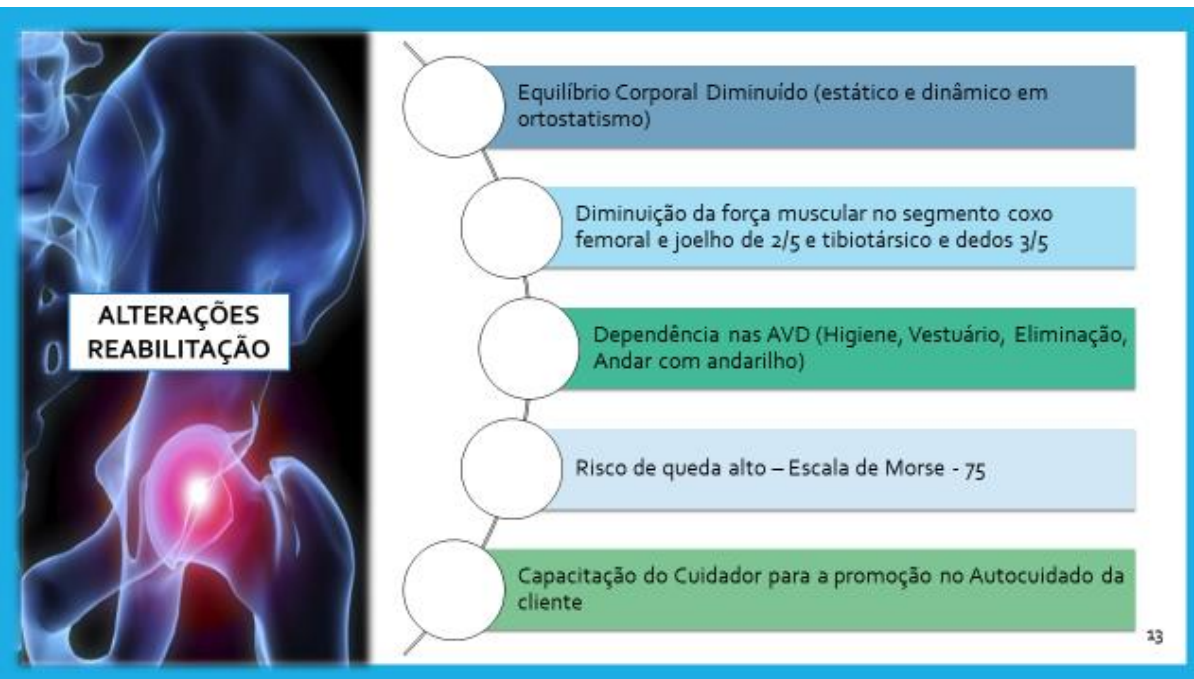
11



TEORIA DO AUTOCUIDADO



12




PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico:
Ventilação Eficaz
Ventilação não comprometida

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Melhorar tolerância ao esforço e capacidade de autocuidado; ❖ Melhorar ansiedade e depressão; ❖ Assegurar permeabilidade e limpeza das vias aéreas; ❖ Corrigir eventuais defeitos ventilatórios melhorando a distribuição e ventilação alveolar; ❖ Promover a expansão pulmonar e torácica.	• Avaliar/ Vigiar respiração • Monitorizar respiração através da Escala de Dispneia do Medical Research Council. • Executar técnica de posicionamento: - o Posição de descanso e relaxamento; - o Correção postural. • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; • Executar técnicas respiratórias: - o Reeducação abdominodiafragmática posterior (2 x 10); • Executar cinesiterapia respiratória: - o Abertura costal global com bastão (2 x 10); - o Exercício de rotação da escápulo umeral (2 x 10).	19/12/19 a 24/01/20 - Presença de murmúrio vesicular mantido em todos os lobos pulmonares, sem ruidos adventícios. - Pele e mucosas coradas e hidratadas. - Respiração: mista, regular amplitude superficial, com expansão torácica simétrica, 19 ciclos/min, SpO₂- 98% sem aporte de oxigénio. - Sem episódios de ansiedade. - Escala Medical Research Council - o

14

 PLANO DE CUIDADOS	Diagnóstico: Equilíbrio Corporal Comprometido Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal		
	Objetivos	Intervenções	Avaliação
	❖ Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada	• Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg; • Avaliar equilíbrio corporal; • Aplicar dispositivo auxiliar; • Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; • Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal;	19/12/2019 Escala de Berg – 6 (diminuição de equilíbrio)
	❖ Promover equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática;	• Correção Postural; • Equilíbrio estático sentado e ortostático; • Equilíbrio dinâmico sentado e ortostático; • Planear treino de equilíbrio corporal; • Orientar na técnica de treino de equilíbrio:	06/01/2020 Escala de Berg – 15 (diminuição de equilíbrio)
	❖ Promover segurança para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se e deitar-se;	• Levantar/sentar; • Inclinação posterior/anterior/lateral • Atenção de carga nos membros superiores; • Atenção da carga nos membros inferiores; • Apoio unipodal;	17/01/2020 Escala de Berg – 27 (equilíbrio aceitável)
	❖ Promover correção postural.	• Contorno de obstáculos; • Exercícios de coordenação de movimentos; • Facilitação Cruzada; • Executar técnica de treino de equilíbrio.	24/01/2020 Escala de Berg – 31 (equilíbrio aceitável)
			15

 PLANO DE CUIDADOS	Diagnóstico : Movimento Muscular comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular		
	Objetivos	Intervenções	Avaliação
	❖ Melhorar fortalecimento muscular	• Monitorizar a força muscular através da Escala de Força – Medical Research Council Muscle Scale;	19/12/2019 FM M'Sup e M, Inf esq- 4/5;
	❖ Melhorar amplitude articular	• Avaliar amplitude articular; • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;	FM M'Inf : Coxo-femoral- 2/5 Joelho- 2/5
	❖ Conservar flexibilidade	• Executar técnica de massagem; • Incentivar a pessoa a executar o exercício muscular e articular ativos, (2 x 8);	Tibiotársico- 3/5 Dedos- 3/5
	❖ Prevenir complicações da imobilidade	• Exercícios Isométricos:	13/01/2020 Amplitude articular flexão coxo-femoral dir – 35°, esq – 45°.
	❖ Prevenir comportamentos luxantes da prótese	• Contração abdominal; • Contração dos glúteos; • Contração do quadríceps; • Contração dos isquiotibiais;	
			16



Diagnóstico :

Movimento Muscular comprometido

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular

Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Melhorar fortalecimento muscular ❖ Melhorar mobilidade articular ❖ Conservar flexibilidade ❖ Prevenir complicações da imobilidade ❖ Prevenir luxação da prótese	◦ Exercícios Isotônicos; <u>Posição Deitada/sentada:</u> ❖ Flexão/extensão da coxa femoral, não excedendo os 90° do membro operado; ❖ Adução/abdução da coxa femoral, não excedendo a linha média do membro operado; ❖ Flexão/extensão do joelho, com flexão/extensão da coxa femoral, não excedendo os 90° do membro operado; ❖ Dorsiflexão/ flexão da tibiotársica; ❖ Inversão /eversão do pé.	17



Diagnóstico :

Movimento Muscular comprometido

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular

Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Melhorar fortalecimento muscular ❖ Melhorar mobilidade articular ❖ Conservar flexibilidade ❖ Prevenir complicações da imobilidade ❖ Prevenir luxação da prótese	• Exercícios Isotônicos; <u>Posição ortostática:</u> ❖ Flexão/extensão da coxa femoral, não excedendo os 90°, com flexão/extensão do joelho; ❖ Abdução/adução da coxa femoral, não excedendo a linha média do membro operado; ❖ Flexão/hiperextensão da coxa femoral, pousando o pé no chão; ❖ Flexão plantar. • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, não excedendo os 90° no membro operado (membro direito, 2 x 8); • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo – assistida, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8), com bola;	18



PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico:

Movimento Muscular comprometido

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular

Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Melhorar fortalecimento muscular	• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo – resistida, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8), com bola e bandas elásticas;	17/01/2020 Amplitude articular flexão coxo-femoral dt- 90°, esq- >95°.
❖ Melhorar mobilidade articular	• Executar técnica de exercício muscular e articular com alongamento, não excedendo os 90° no membro operado (membros superiores e inferiores, 2 x 8);	FM – 4/5 em todos os segmentos articulares.
❖ Conservar flexibilidade	• Treino de técnicas de exercícios muscular e articular:	
❖ Prevenir complicações da imobilidade	o Exercícios de fortalecimento muscular (automobilizações, ponte, movimento cintura dos membros superiores, movimento cintura dos membros inferiores, rotação controlada da anca, carga no cotovelo, 2 x 8);	
❖ Prevenir luxação da prótese		

19



PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico:

Andar com auxiliar de marcha comprometido

Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha

Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Reaprender o correto padrão de marcha com auxiliar de marcha	• Avaliar marcha através da Escala Categorias Funcionais de Marcha;	19/12/19 Passos pequenos, vagarosos, descontínuos, com movimentos de menor amplitude no membro operado (pé direito não sai completamente do chão) e não cumpre espaço para sustentação de base com andarrilho, o que impede uma marcha em linha reta. Tolerar apenas 6 passadas.
❖ Prevenir complicações da imobilidade	• Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha;	
	• Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha;	
	• Instruir sobre andar com auxiliar de marcha;	
	o Anda com passadas eficazes a diferentes ritmos;	
	o Anda em aclives e declives;	
	o Sobe e desce degraus.	
	• Treino de marcha;	
❖ Promover transferências	• Treino de mudanças de decúbito e transferências;	24/01/20 Consegue percorrer uma distância considerável. Marcha estável, correta postural corporal e independente nas transferências.
	• Treino de contorno de obstáculos com auxiliar de marcha.	<u>Marcha Comunitária</u> 20

 PLANO DE CUIDADOS		
Diagnóstico: Autocuidado Comprometido (Higiene , Vestuário, Eliminação) Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o Autocuidado		
Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Promover o Autocuidado	• Avaliar Autocuidado através da Escala de Barthel e MIF.	19/12/2019 Necessita de ajuda parcial para a realização dos cuidados de higiene e vestuário.
❖ Incentivo para o Autocuidado	• Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o Autocuidado (higiene; vestuário; eliminação).	- Higiene é realizada no leito; - Auxilia vestuário parte superior.
❖ Promover transferências	• Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o Autocuidado • Ensinar sobre adaptação do domicílio para o Autocuidado. ◦ Entra e sai do chuveiro/banheira; ◦ Lava regularmente as mãos; ◦ Lava todas as zonas do corpo; ◦ Lava zona inferior do corpo; ◦ Lava zona superior do corpo; ◦ Seca todas as zonas do corpo; ◦ Seca zona inferior do corpo; ◦ Seca zona superior do corpo;	- Eliminação na fralda. 13/01/2020 Realizada demonstração com a cliente da entrada e saída para o polibán, sentar e levantar-se do banco e realizado incentivo para a promoção da autonomia da cliente na higiene. Feita negociação para realização da higiene no polibán 2x/semana.

21

 PLANO DE CUIDADOS		
Diagnóstico: Autocuidado Comprometido (Higiene , Vestuário, Eliminação) Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o Autocuidado		
Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Promover o Autocuidado	◦ Vestir/despe as roupas na parte inferior do corpo;	17/01/2020 Cliente realiza higiene no polibán com ajuda da nora, sendo autónoma na higiene da zona superior do corpo, e na vestir/despir a roupa.
❖ Incentivo para o Autocuidado	◦ Vestir/despe as roupas na parte superior do corpo; ◦ Calça/descalça sapatos ou meias; ◦ Abotoa/desabotoa as roupas;	
❖ Promover transferências	◦ Posiciona-se na sanita (não exceder os 90º da articulação coxo femoral direita e manter perna esticada); ◦ Faz a higiene íntima após urinar/evacuar; ◦ Ergue-se da sanita. • Providenciar material educativo.	24/01/2020 Cliente durante o dia utiliza o sanitário, sempre que necessita, com supervisão dos cuidadores. Mantém a utilização de fralda, de forma preventiva, não ocorrendo acidentes durante o dia, apenas durante a noite.

22



PLANO DE CUIDADOS

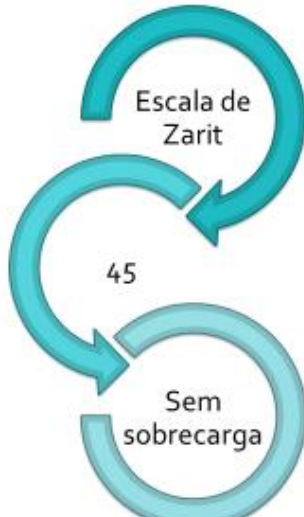
Diagnóstico:
Risco de queda alto
 Potencial para melhorar o conhecimento sobre quedas

Objetivos	Intervenções	Avaliação
❖ Promover ambiente seguro	• Monitorizar o risco de queda através da Escala de Morse • Gerir ambiente físico • Ensino sobre prevenção de quedas • Capacitar para a manutenção de ambiente seguro	19/12/2019 Realizada identificação das barreiras arquitetónicas com necessidade de alteração, nomeadamente: ▪ Remoção de tapetes soltos; ▪ Remoção de objetos dispersos ao longo do piso; ▪ Adaptação de um calçado adequado.
❖ Assegurar acessibilidade na locomoção	• Identificação e proposta de alteração de barreiras arquitetónicas. • Promover um ambiente seguro: ○ Remover objetos dispersos; ○ Remover ou adaptar tapetes soltos; ○ Promover ambiente luminoso; ○ Evitar pavimento molhado ou escorregadio; ○ Colocar corrimão nos locais de difícil acessibilidade – escadas; ○ Adaptar móveis instáveis às paredes; ○ Adaptar vestuário e calçado.	06/01/20 Foram removidos os tapetes nas zonas de acessibilidade, bem como objetos dispersos. Tem calçado fechado antiderrapante. Vestuário largo e curto.
❖ Prevenir a ocorrência de queda		23



PLANO DE CUIDADOS

22/01/2020



```

graph TD
    A(Escala de Zarit) --> B(45)
    B --> C(Sem sobrecarga)
    C --> A
    
```

24



Cuidados de Higiene

Adote um banco ou uma tábua para se sentar.



Utilize ajudas técnicas para tomar banho em segurança:



Vestir e Despir

Evite dobrar o tronco, utilize ajudas técnicas como: pinças de cabo longo, calçadeira ou enfiadores.



Uso da Sanita

Mantenha a perna operada esticada. Utilize elevador de sanita, para evitar flexão da anca.



Marcha com

Andarilho/Canadianas/Bengala



Guia De Apoio Ao Utente Após Cirurgia da Anca



Cuidados a ter no Domicílio

Enfermeira Joana Medeiros
Aluna do Mestrado em Enfermagem de
Especialização de Reabilitação
2020



Cuidados a ter após Cirurgia da Anca

- ♦ Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses.
- ♦ Evitar corridas, saltos, rotações bruscas, pisos acidentados e andar de bicicleta.
- ♦ Não deve cruzar as pernas e/ou rodar a perna operada para dentro.
- ♦ Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês.
- ♦ Não deve carregar pesos.
- ♦ Não deve fazer mais de 90° de flexão (dobrar) no membro operado.
- ♦ Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas.
- ♦ Não deve aumentar de peso.
- ♦ Não deve de apanhar objetos do chão ou calçar, inclinando-se para a frente, deve pedir ajuda ou adquirir produtos que permitam realizar esta operação sem risco.
- ♦ Não deve permanecer longos períodos de pé.
- ♦ Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de se vergar.
- ♦ Suplementos Vitamina D.

Posicionamento no Leito

Manter almofada entre as pernas, enquanto dorme, para evitar a rotação da perna.



Levante

Pode utilizar uma almofada de modo a manter o afastamento das pernas.



Sentar-se

Utilize cadeira com braços de apoio, mantenha a perna operada esticada ao sentar-se.

Subir e Descer Escadas
Subir – coloca perna não operada na escada, seguida das canadianas e por fim a perna operada.

Descer – coloca as canadianas na escada, depois perna operada e por fim a perna não operada.

Entrar e Sair do Carro

Mantenha perna operada esticada e evite a rotação da mesma.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O processo de reabilitação da pessoa submetida a uma hemiartroplastia do fêmur implica a implementação multidimensional de estratégias que promovam a reabilitação e o desenvolvimento, quer a nível físico, psicológico, social tendo em atenção as condicionantes ambientais e físicas.
- EEER tem um papel fundamental na diminuição dos custos de saúde, na taxa de mortalidade e morbilidade.
- Deve ser realizada uma avaliação funcional do utente, de modo a identificar as limitações, dificuldades para o autocuidado para um melhor planeamento de intervenção.
- É importante trabalhar em colaboração com o utente e família de modo a conhecer a amplitude de potenciais situações geradores de crise e antecipar de forma a minimizar os efeitos.

27



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Baixinho, C. L. (2011). *FUNCIONALIDADE APÓS FRATURA DO COLO DO FÊMUR*. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n.3, p.311-319, set./dez. 2011.
- . Barros, E, C. Cambruzzi, G, S. Souza, J. Barroso, J, F. Silva, L, P. (2017). *Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril*. 1ª Edição. Florianópolis: Perse.
- . Imagem 1: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.alphaortho.net/contents/additional-services/robotic-procedures/total-hip-arthroplasty-with-makoplasty>.
- . Imagem 2: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <http://drkumandala.com.br/2018/02/13/anatomia-do-quadril/>.
- . Imagem 3: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em : Fonte: <https://orthoinfo.aaos.org/pt/treatment/artroplastia-total-de-quadril-total-hip-replacement/>
- Imagem 4: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/les%C3%B5es-e-envenenamentos/fraturas/fraturas-do-quadril>.
- . Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- . Orem, D. E. (2001) *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

28



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Imagem assento para banheira: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.ortoluz.com/product/assento-para-banheira>.
- . Imagem banco para banheira: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/catalogo/index.php/catalog/product/view/id/471186/s/quilaban-banco-de-banheira-fs797/category/333/>
- . Imagem barra de duche: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.delabie.pt/os-nossos-produtos/acessibilidade-e-autonomia-acessorios-de-higiene/barras-de-apoio/5070gp2-barra-de-duce-em-l-inox-brilhante-h.-750-mm>
- . Imagem esponja de cabo longo: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <http://www.medicalemcasa.com/bast-o-para-duce-43226-.html>
- . Imagem tapete antiderrapante: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: https://www.wish.com/product/see8b1a68a8ffc18695b7873?hide_login_modal=true&from_ad=goog_shopping&_display_country_code=PT&_force_currency_code=EUR&pid=googleadwords_int&c=%7BcampaignId%7D&ad_cid=see8b1a68a8ffc18695b7873&ad_cc=PT&ad_lang=PT&ad_curr=EUR&ad_price=9.00&campaign_id=9527731359&guest=true&gclid=EAlaIQobChMloayt8_2q7AIVC-3tCh2gqAZIEAQYASABEgLV1fD_BwE&share=web.
- . Imagem Vestir e despir: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.google.pt/search?q=ANDAR%20DE%20CANADIANA&tbm=isch&hl=pt-PT&hl=pt-PT&tbs=rimg:CcWSqgkBXFBhYdKnCCGrMnDg&sa=X&ved=0CBsQuillBahcKEwjg-LPX6KrsAhUAAAAAHQAAAAAQCA&biw=1349&bih=657#imgsrc=2yIXqM7yVPMXgM>
- . Imagem pinça de cabo longo: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://utilmedica.pt/pinca-c-cabo-longo-p-recolha-de-objectos.html>

29



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Imagem calçadeira: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.miminhoaosavos.pt/pt/1223/calcadeira>
- . Imagem calçador de meias: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.americanas.com.br/produto/31712204/calçador-de-meias-para-idoso-gravida-e-obeso?cor=AZUL&tamanho=UNICO>
- . Imagem uso da sanita: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>
- . Imagem elevador de sanita: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.maisquecuidar.com/loja/higiene-casa-banho/alteador-elevador-sanita/elevador-de-sanita-simples>
- . Imagem elevador de sanita com pega: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: https://www.quirumed.com/pt/suporte-wc-com-bracos-abativeis.html?sid=56499¤cy=EUR&qclid=EAlaIQobChMloPz6oPqg7AlVx4bVCh1tEwJmEAKYAvABEqlStvD_BwE
- . Imagem deambular com andarilho: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/2263/cuidados_e_orientacoes_ao_paciente_submetido_a_artroplastia_de_quadril.pdf
- . Imagem deambular com canadianas: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>
- . Imagem deambular com bengala: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <http://equalizers.com.br/index.php/noticia/como-escolher-e-usar-uma-bengala--104>

30



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Imagem articulação coxo femoral: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://institutoapex.com.br/servicos/cirurgias/protese-de-quadril/>
- . Imagem articulação coxo femoral: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://institutoapex.com.br/servicos/cirurgias/protese-de-quadril/>
- . Imagem posicionamento dorsal: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: https://www.google.com/search?q=posicionamento%20o%20leito%20em%20dorsal%20fratura%20coxo%20femoral&tbm=isch&tbs=rimg:CaUD1DscX24QYdf_1FtHONPd&hl=pt-PT&sa=X&ved=oCBsQulIBahcKEwi4_oLL6qrsAhUAAAAAHQAAAAQCA&biw=1349&bih=657#imgsrc=8mc_We4ravJl5M&imgdii=877l2LkK-O5WIM
- . Imagem posicionamento lateral: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://br.pinterest.com/pin/636977941026613970/>
- . Imagem levantar: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://www.jornalcafeimpresso.com.br/noticia/2103/fisioterapia-na-artroplastia-de-quadril.html>
- . Imagem sentar-se: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>
- . Imagem subir e descer escadas: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>
- . Imagem entrar e sair do carro: Acedido a 15 de janeiro de 2020, em: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>

31

ESTUDO CASO – PESSOA COM FRATURA DO FÉMUR - PROCESSO DE REABILITAÇÃO -

Joana Medeiros

Enfª Especialista Orientadora:
 Docente Orientadora: Vanda Marques Pinto
 Docente Coorientador: Ricardo Braga



4, Fevereiro, 2020

APÊNDICE IX – Desdobrável

Cuidados de Higiene

Adote um banco ou uma tábua para se sentar.



Utilize ajudas técnicas para tomar banho em segurança:



Vestir e Despir

Evite dobrar o tronco, utilize ajudas técnicas como: pinças de cabo longo, calçadeira ou enfiadores.



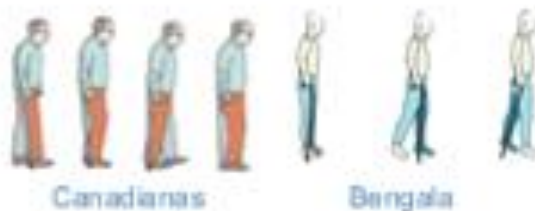
Uso da Sanita

Mantenha a perna operada esticada. Utilize elevador de sanita, para evitar flexão da anca.



Marcha com

Andarilho/Canadianas/Bengala



Guia De Apoio Ao Utente Após Cirurgia da Anca



Cuidados a ter no Domicílio

Enfermeira Joana Medeiros
Aluna do Mestrado em Enfermagem de
Especialização de Reabilitação
2020

Cuidados a ter após Cirurgia da Anca

- ❖ Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses.
- ❖ Evitar corridas, saltos, rotações bruscas, pisos acidentados e andar de bicicleta.
- ❖ Não deve cruzar as pernas e/ou rodar a perna operada para dentro.
- ❖ Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês.
- ❖ Não deve carregar pesos.
- ❖ Não deve fazer mais de 90° de flexão (dobrar) no membro operado.
- ❖ Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas.
- ❖ Não deve aumentar de peso.
- ❖ Não deve de apanhar objetos do chão ou calçar, inclinando-se para a frente, deve pedir ajudar ou adquirir produtos que permitem realizar esta operação sem risco.
- ❖ Não deve permanecer longos períodos de pé.
- ❖ Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de ser vergar.
- ❖ Suplementos Vitamina D.

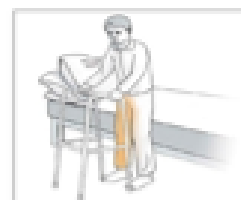
Posicionamento no Leito

Manter almofada entre as pernas, enquanto dorme, para evitar a rotação da perna.



Levante

Pode utilizar uma almofada de modo a manter o afastamento das pernas.



Sentar-se



Utilize cadeira com braços de apoio, mantenha a perna operada

esticada ao sentar-se.

Subir e Descer Escadas

Subir – coloca perna não operada na escada, seguida das canadianas e por fim a perna operada.



Descer – coloca as canadianas na escada, depois perna operada e por fim a perna não operada.

Entrar e Sair do Carro

Mantenha perna operada esticada e evite a rotação da mesma.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fonte: <https://www.ortoluz.com/product/assento-para-banheira>.

Fonte: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/catalogo/index.php/catalog/product/view/id/471186/s/quilaban-banco-de-banheira-fs797l/category/333/>

Fonte: <https://www.delabie.pt/os-nossos-produtos/acessibilidade-e-autonomia-acessorios-de-higiene/barras-de-apoio/5070gp2-barra-de-duche-em-l-inox-brilhante-h.-750-mm>

Fonte: <http://www.medicalemcasa.com/bast-o-para-duche-43226-.html>

Fonte: https://www.wish.com/product/5ee8b1a68a8ffc18695b7873?hide_login_modal=true&from_ad=goog_shopping&_display_country_code=PT&_force_currency_code=EUR&pid=googleadwords_int&c=%7BcampaignId%7D&ad_cid=5ee8b1a68a8ffc18695b7873&ad_cc=PT&ad_lang=PT&ad_curr=EUR&ad_price=9.00&campaign_id=9527731359&guest=true&gclid=EAlaIQobChMI0ayt8_2q7AIVC-3tCh2gqAZiEAQYASABEgLV1fD_BwE&share=web.

. <https://www.google.pt/search?q=ANDAR%20DE%20CANADIANA&tbm=isch&hl=pt-PT&hl=pt-PT&tbs=rimg:CcWSq9kBXFBhYdKnCCGrMnDg&sa=X&ved=0CBsQuIBahcKEwjg-LPX6KrsAhUAAAAAHQAAAAAQCA&biw=1349&bih=657#imgsrc=2yIXqM7yVPMXgM>

Fonte: <https://utilmedica.pt/pinca-c-cabo-longo-p-recolha-de-objects.html>

Fonte: <https://www.miminhoaosavos.pt/pt/1223/calcadeira>

Fonte: <https://www.americanas.com.br/produto/31712204/calculator-de-meias-para-idoso-gravida-e-obeso?cor=AZUL&tamanho=UNICO>

Fonte: <https://oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>

Fonte: <https://www.maisquecuidar.com/loja/higiene-casa-banho/alteador-elevador-sanita/elevador-de-sanita-simples>

Fonte: https://www.quirumed.com/pt/suporte-wc-com-bracos-abativeis.html?sid=56499¤cy=EUR&gclid=EAlaIQobChMIoPz6oPqq7AIVx4bVCh1tEwJmEAKYAYABEgIStvD_BwE

Fonte: http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/2263/cuidados_e_orientacoes_ao_paciente_submetido_a_artroplastia_de_quadril.pdf

Fonte: <http://equalizers.com.br/index.php/noticia/como-escolher-e-usar-uma-bengala>

-104

Fonte: <https://institutoapex.com.br/servicos/cirurgias/protese-de-quadril/>

Fonte: https://www.google.com/search?q=posicionamento%20no%20leito%20em%20dorsal%20fratura%20coxo%20femoral&tbm=isch&tbs=rimg:CaUD1DscX24QYdf_1FtHONPdk&hl=pt-

[PT&sa=X&ved=0CBsQullBahcKEwi4_oLL6qrsAhUAAAAAHQAAAAAQCA&biw=1349&bih=657#imgsrc=8mc_We4ravJI5M&imgdii=877IzLkK-O5WIM](https://www.google.com/search?q=posicionamento%20no%20leito%20em%20dorsal%20fratura%20coxo%20femoral&tbm=isch&tbs=rimg:CaUD1DscX24QYdf_1FtHONPdk&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CBsQullBahcKEwi4_oLL6qrsAhUAAAAAHQAAAAAQCA&biw=1349&bih=657#imgsrc=8mc_We4ravJI5M&imgdii=877IzLkK-O5WIM)

Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/636977941026613970/>

Fonte: <https://www.jornalcafeimpresso.com.br/noticia/2103/fisioterapia-na-artroplastia-de-quadril.html>

[reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/](https://www.jornalcafeimpresso.com.br/noticia/2103/fisioterapia-na-artroplastia-de-quadril.html)

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação de Alterações Respiratórias Neurocirurgia

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIA		/	/	/	/
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA					
RITMO RESPIRATÓRIO	R=Regular; I-Irregular; A-Apneias				
AMPLITUDE RESPIRATÓRIA	N - Normal; D - Diminuída; A - Aumentada; >D - maior à dta; >E - maior à esq				
UTILIZAÇÃO DE MÚSCULOS ACESSÓRIOS	A - Abdominais; I - intercostais; S - Supracostais				
DEFORMIDADES TORÁCICAS	C - Cifose; E - Escoliose; T - em Tonel; Q - em Quilha				
LESÕES TORÁCICAS	C - Cicatrizes; # Dt - fractura de costelas à dta; # Esq - fractura de costelas à esq				
COLORAÇÃO DA PELE E MUCOSAS	CL - Cianose Labial; CU - Cianose Ungueal; CP - Cianose periférica; R - Rubefacção facial				
DISPNEIA	DR - em repouso; DE - ao esforço; O - ortopneia				
TOSSE	S - Seca; P - Produtiva; E - Eficaz; I - Ineficaz				
SECREÇÕES	P - Purulentas; MP - Mucopurulentas; M - Mucosas; S - Presença de Sangue				
	F - Fluidas; E - Espessas				
	A - Abundantes; M - Moderadas; E - Escassas				
SATURAÇÃO DE O ₂					
AUSCULTAÇÃO PULMONAR	Murmúrio vesicular: M - mantido; D - Diminuído; A - Ausente. Ruidos adventícios: R - roncos; S - sibilos; F - ferveores; Outros				
DOR TORÁCICA					
OBSERVAÇÕES					
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA					
AEROSOLTERAPIA					
DRENAGEM POSTURAL:	B - bilateral; D - à dta; E - à esq				
PERCUSSÕES E VIBRAÇÕES TORÁCICAS					
EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS					
TOSSE ASSISTIDA					
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES					
INSPIRO/EXPIROMETRIA INCENTIVADA					
INSUFLAÇÕES PULMONARES					
ENSINO					
Enfermeiro					

**ANEXO II – Certificado de presença na “Formação Avançada em
Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares”**

CERTIFICADO

 *Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, certifica para os devidos efeitos que **Joana Filipa Rego Medeiros** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 15, 16, 22 e 23 de novembro de 2019, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.*

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 30 de dezembro de 2019.

*A Responsável dos Serviços Académicos
do Ensino Pós Graduação*



O Presidente do Conselho de Direção



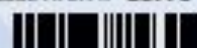
**ANEXO III - Certificado de presença no
“Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019:
Fazer Saber em Enfermagem de Reabilitação”**



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2019

FAZER SABER EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Certificado APER nº 20771



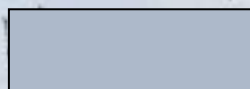
Certifica-se que:

Joana Filipa Rego Medeiros

esteve presente no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019,
que decorreu em **Aveiro** de **5 a 7 de dezembro**, num total de **18 horas**.

A Presidente da APER,



5 A 7 DE DEZEMBRO
CENTRO CONGRESSOS AVEIRO