



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

**E Depois da Doença Covid-19? Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação.**

Ana Rita Cunha Cordeiro



**Lisboa
2022**



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

**E Depois da Doença Covid-19? Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação**

Ana Rita Cunha Cordeiro



Orientador: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O sucesso nasce do querer, da determinação e da persistência
em alcançar um objetivo. Mesmo não atingido o alvo,
quem procura e vence obstáculos, fará coisas admiráveis.”

José de Alencar (s.d)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho seria indispensável agradecer a algumas pessoas que fizeram parte desta jornada, sem as quais teria sido impossível conseguir atingir este objetivo. A todas elas, a minha mais profunda gratidão.

Ao Enfermeiro David Peças, chefe do serviço onde exerço funções, que foi a primeiro a incentivar-me a iniciar este projeto, obrigada por confiar em mim.

Às Sr.^{as}. Enfermeiras que me orientaram, pela sensibilidade e por todo o saber transmitido durante este percurso.

À Professora Cristina Saraiva por me orientar com rigor.

À minha família, em especial aos meus irmãos e sobrinhos, por me permitirem estar ausente e me incentivarem a percorrer este caminho.

À minha mãe, minha companheira de vida, por ter sido mais uma vez o meu Porto de Abrigo, por ter sido o meu braço direito com a Maria, por acreditar em mim incondicionalmente, incentivando-me a perseguir um sonho. Sem ela jamais teria conseguido.

Por fim, à Maria, o amor da minha vida, por me continuar a abraçar e a olhar com os mesmos olhos, apesar de toda a minha ausência. Tudo o que faço é e será sempre por ela.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

AVD - Atividades de Vida Diária

CMEEER - Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

DGS - Direção Geral de Saúde

ESEL - Escola Superior de Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RR - Reabilitação Respiratória

SNS - Sistema Nacional de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

UC - Unidade Curricular

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A pandemia COVID-19 apresenta-se como o maior desafio global do século XXI, é a primeira vez que um vírus atinge proporções alarmantes em todos os continentes, as sequelas desta doença ainda não são totalmente conhecidas, desta forma, é importante intervir na recuperação e manutenção da capacidade funcional de todos os doentes com a síndrome pós-COVID-19, sendo fulcral a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Procurou-se estudar a intervenção do EEER ao doente com sequelas da doença Covid-19, uma vez que é considerada uma necessidade emergente de investigação pela falta de informação disponível.

A doença COVID-19 afeta principalmente o aparelho respiratório, que pode ir desde doença respiratória ligeira, sem insuficiência respiratória, até pneumonia mais extensa com hipoxemia significativa e eventual evolução para ARDS e/ou Sépsis.

A esta doença está associada a necessidade de medidas de isolamento, logo uma maior restrição ao espaço físico e ao leito, existindo maior intolerância ao exercício, diminuição da força muscular, um padrão ventilatório ineficaz e falta de capacidade para eliminar eficazmente a expetoração (Rocha, 2020).

A teoria de enfermagem que norteou este trabalho foi a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem em que o objetivo é a recuperação do autocuidado.

A teoria do défice do autocuidado, pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental pelas sequelas decorrentes da COVID-19. A ação do EEER vai centrar-se na minimização das sequelas e na promoção do autocuidado com vista a melhorar a capacidade funcional.

Definiram-se 7 objetivos que procuram responder ao desenvolvimento das competências do EEER e à problemática em questão, para tal procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, tendo em consideração certos critérios de elegibilidade e exclusão definidos. Este relatório demonstra que na abordagem ao doente com sequelas após doença COVID-19 obtiveram-se ganhos ao nível das alterações respiratórias como a melhoria da dispneia e fadiga, ao nível musculoesquelético como o aumento da força muscular e ao nível do autocuidado e do estado funcional, constataram-se ganhos na independência.

Palavras-Chave: Adulto; COVID-19; Intervenções de Enfermagem; Reabilitação Sequelas

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic presents itself as the greatest global challenge of the 21st century, it is the first time that a virus has reached alarming proportions on all continents, the sequels of this disease are not yet fully known, therefore, it is important to intervene in the recovery and maintenance of the functional capacity of all patients with post-COVID-19 syndrome, in which the intervention of a specialist nurse in rehabilitation nursing is crucial.

It was sought to study the rehabilitation specialist nurse intervention to the patient with sequels of Covid-19 disease, as it is considered an emerging research need due to the lack of available information.

COVID-19 disease mainly affects the respiratory system, which may range from mild respiratory disease without respiratory failure to more extensive pneumonia with significant hypoxemia and eventual evolution to ARDS and/or sepsis.

This disease is associated with the need for isolation measures, thus a greater restriction to the physical space and bedding, increased exercise intolerance, decreased muscle strength, an ineffective ventilatory pattern, and lack of ability to effectively eliminate sputum (Rocha, 2020).

The nursing theory that guided my work as Dorothea Orem's self-care deficit theory, in which the goal is the recovery of self-care.

The self-care deficit theory aims to define the moments when nursing care is needed. The need for intervention by the nurse specialist in rehabilitation nursing is fundamental due to the sequels resulting from COVID-19. The rehabilitation specialist nurses action will focus on minimizing the sequels and promoting self-care with a view to improving functional capacity.

To this end, a systematic literature review was conducted in the CINAHL Complete and MEDLINE Complete databases, taking into account certain defined eligibility and exclusion criteria. This report shows that, in the approach to patients with sequels after COVID-19 disease, gains were obtained in terms of respiratory changes, such as the improvement of dyspnea and fatigue, and musculoskeletal level, such as the increase in muscle strength. In terms of self-care and functional status, gains in independence were observed.

Keywords: Adult; COVID-19; Nursing Interventions; Rehabilitation; Sequels

INDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	17
1.1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	19
1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	20
1.1.2. Domínio da melhoria continua da qualidade	24
1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	27
1.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	31
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO	34
3. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
APENDICE I	42
APENDICE II	48
APENDICE III	50
APENDICE IV.....	54
APENDICE V	56
APÊNDICE VI	89
APÊNDICE VII.....	93
APENDICE VIII	97
APÊNDICE IX.....	101
APENDICE X.....	120
APÊNDICE XI.....	144

ÍNDICE DE QUADROS

Pg

Quadro 1 – Competências e objetivos para o Domínio da Responsabilidade, Ética e Legal	20
Quadro 2 – Competências e objetivos para o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados.....	24
Quadro 3 – Competências e objetivos para o Domínio da Gestão dos Cuidados	27
Quadro 4 – Competências e objetivos para o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	32

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEEER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Tem como finalidade demonstrar o percurso realizado durante os estágios, através da descrição, análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas. Desta forma pretende-se atingir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2019a, 2019b) e consequentemente, o grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Ao longo do 2º semestre do CMEEER, foi delineado e estruturado o projeto de formação intitulado “E Depois da Doença Covid-19? Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.” (Apêndice V) e, posteriormente aplicado e adaptado nos diferentes contextos de estágio realizados.

A escolha da problemática abordada no projeto de formação deveu-se ao facto de prestar cuidados num serviço Covid-19 desde que existiram os primeiros casos em Portugal. O serviço foi construído apenas para doentes com Covid-19, durante a primeira vaga. Foram diversos os doentes que saíram após o período de isolamento, seja com alta clínica ou transferência para outros serviços com várias sequelas. Perante esta situação, pareceu-nos relevante desenvolver competências e como intervir na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação pós doença por Covid-19.

O Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) é o vírus responsável por um surto que teve origem na China no final do ano de 2019. O nome da doença causada pelo vírus é COVID-19. Os Coronavírus são uma grande família de vírus que podem causar doenças tanto em humanos como em animais. Estas doenças podem ir desde casos ligeiros como a constipação comum a doenças mais fatais (Sheposh, R, 2021).

Em poucos meses, a doença COVID-19 espalhou-se em mais de 189 países, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a emitir uma emergência de saúde pública internacional e declarar uma pandemia. Até 20 de Março de 2022, havia mais

de 470 milhões de casos reportados de COVID-19 em todo o mundo, e mais de 6,07 milhões mortes (Sheposh, R, 2021).

A doença COVID-19 afeta prioritariamente o trato respiratório, com formas de apresentação que vão desde doença respiratória ligeira sem insuficiência respiratória, até casos de pneumonia mais ou menos extensa com hipoxemia significativa e eventual evolução para a síndrome doença respiratória aguda (ARDS) e/ou Sépsis (Rocha, 2020).

A reabilitação pulmonar é parte fundamental do tratamento do doente com síndrome pós-COVID-19. Independentemente da necessidade de internamento hospitalar, sintomas como a fadiga e o cansaço têm descritos em quase todos os doentes que tiveram COVID-19. Para os doentes que estiveram internados em unidades de cuidados intensivos e tiveram sob ventilação mecânica invasiva, torna-se indispensável a Reabilitação Respiratória (RR) pois além da redução na dificuldade respiratória, a RR tem ainda como objetivo aliviar a sintomatologia, prevenir complicações e aliviar a ansiedade (Nielsen, C. C., 2020).

Estudos demonstram que até 40% dos doentes no momento da alta hospitalar ainda apresentam sintomas respiratórios, sendo a tosse seca a mais comum, mas também apresentam cansaço e dispneia. Além disso, os estudos evidenciam que os doentes podem ter perda de função ventilatória persistente, independentemente da gravidade da doença (Rayegani et al., 2020; Vitacca et al., 2020).

Curci et al (2020), realizaram um estudo em doentes admitidos numa clínica de reabilitação após infecção por COVID-19, em Itália. Durante este estudo a função pulmonar foi avaliada através do tipo de suporte ventilatório necessário, fração inspirada de oxigénio (FiO_2), pressão parcial de oxigênio (PaO_2), relação FiO_2/PaO_2 , oximetria (SpO_2), pressão parcial de dióxido de carbono (PCO_2), pH e lactato arterial. A existência de sequelas foi avaliada pela escala de Barthel, a escala modificada para dispneia do Medical Research Council (mMRC) e o teste de caminhada de 6 minutos (6-MWT) (CURCI et al., 2020). Após a avaliação, propuseram um plano de reabilitação, com duas sessões de reabilitação funcional respiratória, com duração de 30 minutos, três vezes por semana com uma duração até 3 semanas. Ao fim dessas 3 semanas os doentes melhoraram a sua capacidade ventilatória, da dispneia e menor frequência dos acessos de tosse, reduzindo o seu grau de dependência.

A COVID-19 pode ocasionar limitações das atividades de vida diária (AVD) e restrição à participação da pessoa no seu contexto social, afetando todo o contexto biopsicossocial e ocasionando grande prejuízo na funcionalidade e na qualidade de

vida. Então o referencial teórico que vou utilizar é a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, que tem como objetivo a promoção do autocuidado.

A teoria do déficit do autocuidado pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A necessidade de intervenção do EEER é fundamental pelas sequelas decorrentes da COVID-19, ocorrendo quando as “necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo” (Petronilho, 2012). A ação do EEER vai centrar-se na minimização das sequelas, enquadrando-se nos cinco métodos de assistência à pessoa, propostas por Orem: 1) agir ou fazer para outra pessoa; 2) guiar e orientar a pessoa; 3) proporcionar apoio à pessoa; 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar o outro (Orem, 2001).

A ideia central desta teoria é que as condições das pessoas estão relacionadas com as limitações daquilo que conseguem fazer, sendo que estas limitações podem tornar a pessoa incapaz de responsabilizar-se pelo seu autocuidado (Ann Marriner-Tomey, 2004). Assim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem sustenta que o sistema de enfermagem é realizado pelo enfermeiro, podendo dividir-se em Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório ou de Apoio-Educação. Desta forma, e segundo as mesmas autoras, os enfermeiros intervêm face às necessidades e limitações da ação, atuando pelo outro, orientando e dirigindo, fornecendo apoio psicológico e/ou físico, proporcionando um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal e ensinando.

Já mencionados os aspetos teóricos que sustentam a realização do projeto, tornou-se necessário compreender quais os ganhos para o doente após a intervenção do EEER. Deste modo procedeu-se a uma revisão narrativa, tendo recorrido ao PI[C]O para construir a seguinte questão de pesquisa *“Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação que contribuem para a recuperação da pessoa com sequelas após doença Covid-19?”* (The Joanna Briggs Institute, 2011).

A pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCO Host Web, com recurso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete. A população (P) selecionada refere-se aos doentes com sequelas de Covid-19, a intervenção (I) consiste nas intervenções do enfermeiro de Reabilitação, o termo comparação (C) não foi aplicado e os resultados (O) referem-se à redução das sequelas após intervenção do EEER.

Inicialmente, na seleção das palavras-chaves foi realizada uma pesquisa em linguagem natural com recurso ao separador Medline Medical Subject Headings (MeSH) e CINAHL Subjects Headings, com o intuito de obter linguagem indexada (apêndice I). Assim, as

palavras-chave selecionadas são: Sequelas COVID-19, Adulto, Reabilitação, Intervenções de Enfermagem.

Para a seleção dos artigos foram definidos como critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos e sexo masculino ou feminino, diagnósticos de Covid-19.

Seguidamente, efetuou-se a pesquisa nas respetivas bases de dados, recorrendo à linguagem indexada identificada (CINAHL subject Headings e MEDLINE MeSH), e aos operadores booleanos “OR” e “AND”. Da pesquisa efetuada na base de dados CINAHL Complete, foi analisado na íntegra apenas 3 artigos e na base de dados MEDLINE Complete foram analisados 2 artigos, em literatura cinzenta/sites e organizações não-governamentais foram analisados 4 artigos com um total de 9 artigos selecionados.

Após leitura dos artigos foram excluídos 4, por não cumprirem os critérios de inclusão definidos na PICO, como apresentado no prisma *flow diagram* no apêndice 1.

Numa revisão narrativa da literatura realizada por Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C. (2021), com o objetivo de esclarecer quanto aos sintomas/sequelas, avaliação e reabilitação no Pós-COVID-19. Os autores estabelecem a importância de uma compreensão adequada das manifestações que cada doente possa apresentar para definir a melhor estratégia. A COVID-19 pode ocasionar limitações das atividades de vida diária (AVD) e restrição à participação da pessoa no seu contexto social. Isto afeta todo o contexto biopsicossocial e ocasiona grande prejuízo na funcionalidade e, consequentemente, na qualidade de vida.

O presente artigo visa trazer instrumentos para uma avaliação abrangente das sequelas funcionais e sistémicas pós COVID-19, bem como as estratégias para reabilitar a função física e reintegrar a pessoa na sociedade. Este artigo apresenta a funcionalidade e a aplicabilidade da escala de Status Pós-COVID-19.

Noutro estudo elaborado por Cacau, LD.A.P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., et al (2020), tratando-se igualmente de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de apresentar resultados que possam facilitar a reabilitação de doentes que tenham tido Covid-19, principalmente os doentes que necessitaram de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos.

Este estudo procura implementar planos de ação para enfrentar situações que vão desde a alta do doente até à integração em centros de reabilitação de modo a que haja medidas imediatas no controlo de sintomas Pós doença Covid-19.

Cacau, LD.A.P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., et al (2020), concluíram que com a pandemia de COVID-19, é necessário perceber rapidamente quais as sequelas que os doentes podem vir a desenvolver, de forma a criar planos de reabilitação para enfrentar todo o processo do doente, desde o momento de admissão até a alta hospitalar para o domicílio.

De acordo com recomendações internacionais, uma avaliação individualizada deve ser realizada e documentada no momento da alta, esta deve contemplar as necessidades imediatas (controlo dos sintomas como dispneia, fadiga e dor), assim como as necessidades a curto e médio prazo (melhoria da função física e emocional, regresso ao trabalho, entre outros).

Numa revisão narrativa da literatura de Pires Brito, SB, Braga, IO, Cunha, CC, Vasconcelos Palacio, MA, & Takenami (2020), os autores abordam aspetos relacionados com a origem, a etiologia, as manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento ao doente com Covid-19.

O estudo evidenciou que a origem do SARS-CoV-2, agente causador da COVID-19, é incerta. A rápida propagação do vírus pode estar relacionada à forma de transmissão e capacidade de sobrevivência no ambiente externo, os doentes hospitalizados apresentam, na sua maioria, idade superior a 60 anos, presença de imunossupressão e comorbilidades como hipertensão e diabetes. O diagnóstico é, basicamente, clínico e/ou associado ao exame molecular.

Os estudos indicam que não há medicamentos específico para o tratamento da COVID-19. No entanto, alguns parecem ajudar na fase aguda da doença. Os resultados apresentados podem orientar a prática de profissionais de saúde no contato direto com o cuidado às pessoas com a COVID-19.

Por último, um estudo de Nielsen, C. C. (2020) com o objetivo de propor um protocolo de atendimento para a reabilitação pulmonar em contexto de ambatório em doentes curados da infeção pelo SARS-CoV-2, após a sua alta hospitalar.

Este estudo refere que os doentes que tiveram COVID-19 podem apresentar diferentes limitações e incapacidades, no geral, relacionadas com a pessoa em si e não diretamente com gravidade da doença. Sugerem programas de reabilitação direcionados à recuperação da pessoa com a necessidade de uma avaliação clínica antes da escolha dos exercícios ideais, a aplicação de testes diagnósticos simples para perceber a capacidade de realização de atividades da vida diária, e se possível, provas de função pulmonar, como espirometria (Nielson, C. C., 2020).

Este estudo apresenta uma proposta simplificada de um protocolo de reabilitação respiratória para doentes com Síndrome Pós-COVID-19, neste estudo os doentes na fase aguda da doença COVID-19 realizam reabilitação funcional respiratória e à posteriori é-lhes apresentado um protocolo onde os doentes recuperados realizam exames laboratoriais, espirometria e outros exames de forma frequente. São monitorizados através de escalas de funcionalidade de modo a perceber quais as sequelas a longo prazo.

Em conclusão, foi possível verificar segundo a evidência encontrada, que existem estratégias que podem ser implementadas no âmbito do diagnóstico precoce das limitações funcionais existentes. Elaborando planos de reabilitação individualizados a cada doente, podendo ser ajustados para a sua realização em contexto de ambulatório de modo a controlar os sintomas que poderão ser crónicos, como a dispneia, fadiga e a dor e melhorar a função física e emocional dos doentes.

Neste sentido, com o intuito do desenvolvimento da temática abordada e para aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, defini como objetivos gerais:

- Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER;
- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos;
- Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa com após doença por Covid-19

Relativamente aos estágios, optou-se por realizar num Serviço de Medicina com uma Unidade Medica Diferenciada onde a patologia mais prevalente nos doentes internados é do trato respiratório, uma vez que mais facilmente garantiria a aplicabilidade do projeto e compreenderia a efetividade da ER face ao doente pós-Covid-19. Realizei também estágio numa equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de forma a conseguir desenvolver todas as competências necessárias do EEER.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma, inicia-se com a presente Introdução, seguindo do “Capítulo I. Análise do Percurso de Aprendizagem”, e posteriormente o “Capítulo II Desenvolvimento de Competências” que engloba Competências Comuns e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a “Avaliação do percurso desenvolvido”. Posteriormente,

por último o capítulo das “Conclusões”, seguindo-se as “Referências Bibliográficas”, “Apêndices” e os “Anexos”.

Este relatório foi elaborado segundo a 7ª edição das Normas APA, revista pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em novembro de 2020.

1. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Como referido foi elaborado o projeto de estágio onde foram definidos: objetivos, atividades a realizar. E um cronograma para o desenvolvimento da temática com base nas competências do EEER, que consta em Apêndice II.

Estabeleceram-se os objetivos a partir das Unidades de Competências, adotando uma ótica de avaliação da situação, de conceção de um plano de reabilitação, de implementação desse plano e de avaliação dos resultados, de forma a dar respostas às Competências Comuns e Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010^a, 2010b).

De modo a atingir as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER definidas pela OE, defini sete objetivos específicos, nomeadamente:

1. Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados;
2. Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação;
3. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório motoras, e/ou com alterações da eliminação e/ou com patologia respiratória, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado;
4. Desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de COVID-19, com base na melhor evidência possível;
5. Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e à sua família/cuidador;
6. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com sequelas após Covid-19, nos contextos de internamento e comunitário, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;
7. Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.

Os estágios decorreram no serviço de Medicina num hospital distrital, foi dividido em dois períodos de igual tempo, sendo que 125 horas decorreram numa enfermaria de medicina, e as outras 125 horas decorreram na unidade de cuidados intermédios no mesmo serviço. De forma, a desenvolver outras competências do EEER realizamos um estágio numa ECCI da mesma região por um período de 250 horas. Pelo facto de nunca

ter tido experiência nem contacto com nenhuma ECCI e não saber qual a função de um EEER numa ECCI existiu a necessidade de compreender, conhecer a organização e funcionamento da ECCI e benefícios das intervenções do EEER na comunidade – Apêndice III. A descrição destes serviços encontra-se em Apêndice IV.

Para dar continuidade ao percurso de estudante na área de ER, é importante que os estágios sejam locais onde existam diversos momentos de aprendizagem e desafios que possam tornar o processo de aprendizagem enriquecedor. Desta forma, é importante assegurar um suporte efetivo e integral na relação com os enfermeiros orientadores, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento para que se verifique um desenvolvimento nas competências pessoais e profissionais de forma a surgirem diariamente momentos de reflexão para consolidar conhecimentos importantes para a prática futura. Assim, a importância da minha reflexão sobre as escolhas dos locais de estágio, bem como a necessidade de refletir sobre o impacto da ECCI e do EEER na comunidade.

A integração de um profissional numa equipa exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experiência e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001).

1.1 Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Segue-se a análise do desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do EEER. Assim, recorreu-se à exposição e análise das experiências dos estágios, onde são esplanadas as atividades, bem como os objetivos e o desenvolvimento das competências durante este percurso.

A OE (2010a, p. 2) define que o EE é o profissional com “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”. Este documento define quatro domínios de competências comuns, que são transversais a todos os EE, independentemente da sua área de intervenção, nomeadamente: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010a, p. 2).

As competências específicas do EEER estão no Regulamento das Competências Específicas do EEER, sendo elas: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)”; “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2)” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)” (OE, 2010b, p.2)

Durante o estágio existiram algumas experiências/aprendizagens que foram de encontro ao desenvolvimento de competências e domínios em simultâneo, de forma a permitir uma melhor leitura deste trabalho apresento as competências que propus adquirir e os objetivos delineados para as alcançar em forma de quadro. As competências específicas do EEER foram agrupadas nos domínios comuns do enfermeiro especialista. Posteriormente descrevo as atividades desenvolvidas para a aquisição dessas competências, estabelecidas no projeto de formação (Apêndice V).

1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para adquirir as competências propostas neste domínio, de acordo com a OE (2010a, p.4) é necessário “demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”. Esta competência assenta “num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2010a, p.4).

Quadro 1 - Competências e objetivos para o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e cuida de pessoas com necessidades especiais (J1)

Competências
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados
Objetivos
• Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados; • Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação

Enquanto Enfermeira generalista, já desempenhei funções em alguns serviços, mas em nenhum deles havia um Enfermeiro de Reabilitação, tendo assim muita curiosidade em perceber como este se integraria na dinâmica de um serviço e como atuaria no seio da equipa, sendo uma mais-valia para os doentes.

Nos primeiros dias de estágio pude logo perceber que o Enfermeiro de Reabilitação para além das competências acrescidas, é um elemento que desempenha um papel de liderança na equipa, na gestão de cuidados e no encaminhamento para alta, pois deve ser conhecedor dos vários recursos disponíveis na comunidade. Torna-se imprescindível aprofundar e desenvolver competências na área da reabilitação, maximizando as potencialidades da pessoa e preparando o seu regresso a casa, através da promoção do bem-estar e qualidade de vida. Para tal, a tomada de decisão deve ser baseada na evidência científica e na prática clínica, ponderando aspetos como,

riscos, benefícios, inconvenientes, custos e estratégias alternativas de intervenção, tendo em conta os valores das pessoas (Marques-Vieira e Sousa et al, 2017).

O objetivo de me integrar na equipa multidisciplinar compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados foi sendo feito de forma gradual desde o primeiro dia. No serviço onde estagiei só existe em permanência 1 EEER, que no início do turno recebe informações de todos os doentes internados e após essa informação faz uma triagem da mesma e planeia os seus cuidados com base na prioridade dos doentes internados, fazer essa gestão para mim foi bastante desafiador. Contudo, numa fase inicial, foi um momento de grande *stress*, pela complexidade de toda a dinâmica bem como pelo número elevado de doentes que exigiam a necessidade de um plano de reabilitação.

Assim, e durante o tempo de estágio neste serviço quando entrava um doente, delineava um plano de reabilitação adaptado não só à sua patologia, mas também às suas limitações/potencialidades, e ia ajustando o plano consoante os ganhos do doente. Nos doentes já internados, procurei dar continuidade ao plano de reabilitação já delineado pela minha enfermeira orientadora, conseguindo realizar mais sessões de reabilitação pelo facto de estar inteiramente disponível para a prestação de cuidados como Enfermeira de Reabilitação.

Desta forma, com o passar das semanas de estágio, foi possível ver a evolução clínica de vários doentes e essa melhoria foi bastante enriquecedora e fez com que me sentisse valorizada dentro da equipa multidisciplinar e que respeitassem o meu papel como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação dentro das minhas limitações como aluna (Apêndice VI).

Sendo já enfermeira de cuidados gerais, sempre prestei cuidados baseados nos princípios éticos e deontológicos adequados a cada situação, porém durante os estágios deparei-me com desafios no âmbito do respeito sobre a tomada de decisão do doente, durante o seu processo de reabilitação.

Durante o estágio surgiram alguns desafios, houve um que achei pertinente refletir sobre o mesmo, até porque este desafio daria resposta ao objetivo por mim delineado no âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação. O Sr. X internado com o diagnóstico de pneumotórax espontâneo, tinha como antecedentes pessoais hábitos toxifílicos desde há muitos anos, com consumos ativos. A forma como comunicava com

a equipa não era a mais eficaz, tratando os profissionais de saúde por “tu”, embora lhe fosse solicitado que não o fizesse, negando a maioria dos cuidados propostos com um tom de voz agressivo. Pela necessidade de cuidados de RFR elaborei um plano de cuidados e informei o doente sobre o plano.

No primeiro dia realizou o plano de reabilitação, porém sempre com uma atitude negativa, não realizando os exercícios propostos de forma correta e desvalorizando os ensinamentos que lhe ia propondo. No final da sessão referiu que não iria colaborar em mais nenhuma sessão porque “*não tinha vindo para o hospital para trabalhar*” (sic). No final desse dia realizou uma radiografia ao tórax e teve uma melhoria significativa do pneumotórax. No dia seguinte, procurei dar continuidade ao plano de cuidados, mas o senhor recusou, embora lhe tivesse explicado os benefícios do tratamento, tentando perceber quais as suas preocupações e qual o motivo da recusa, referindo que estaria bastante cansado e que não queria absolutamente nada.

A relação entre enfermeiro e utente é uma situação que apresenta uma significativa quantidade de problemas éticos (Oberle e Tenove, 2000), dada a inerente imprevisibilidade dos resultados dessa relação de produção corresponsável de saúde. As questões éticas mais frequentes para os enfermeiros relacionam-se com a pretensão, nem sempre efetivada, de proteger os direitos do utente, a dignidade humana e respeitar o consentimento do doente.

Este, é apenas um exemplo de muitos problemas éticos que os EEER, podem ultrapassar diariamente, contudo as ações dos profissionais de enfermagem devem estar fundamentadas na ética, levando sempre em consideração o compromisso com a pessoa, os seus direitos e deveres, os valores da profissão e o código deontológico, integrando cuidado qualificado e o respeito pelo livre consentimento e pela promoção do doente como elemento central do seu plano de tratamento.

Os EEER, além do conhecimento científico acrescido, vivenciam experiências anteriores onde se deve privilegiar as crenças, valores e princípios éticos, existindo uma necessidade diária de reflexão sobre a nossa atuação, procurando cuidados de qualidade e minimizando o risco.

O Enfermeiro tem o dever de informar o doente/família no que se refere aos cuidados de enfermagem. Mas, para fazê-lo, deve garantir um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa cuidada, analisando e reconhecendo

eventuais falhas, que mereçam mudança de comportamento (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Nesta situação, para que a informação sobre os cuidados de reabilitação fosse transmitida de forma eficaz, tornou-se necessário pensar e refletir sobre as falhas neste processo comunicacional, trabalhando numa mudança de atitude em mim e na minha forma de comunicação que além de mais assertiva deveria também ter sido mais esclarecedora, dando todas as ferramentas ao doente para que ele seja o principal decisor no seu plano de cuidados, procurei todas as razões que levassem o doente a não aceitar as sessões de RFR, tentei adaptar estratégias procurando perceber os gostos do doente e tentar fazer um plano adequado ao mesmo de acordo com as suas atividades de vida.

De acordo com Chalifour (1989), a comunicação eficiente deve ser simples, curta e direta e os enfermeiros devem estar sensíveis à oportunidade de iniciar determinada conversa com o doente, dado que muitas vezes, o momento é decisivo para a receção da mensagem que se tenta transmitir.

Desta forma, adaptei o meu discurso, explicando de forma simples qual o plano delineado, explicando as vantagens encorajando-o a verbalizar o que o preocupa e o torna inseguro, permitindo uma reflexão conjunta sobre a necessidade do tratamento, contudo o doente continuou a recusar não justificando os motivos.

Assim, e dada a recusa do mesmo, mesmo após os esforços realizados, torna-se impreterível respeitar a decisão do doente, nesta situação foram disponibilizadas todas as ferramentas para que o Sr. X fosse o decisor do seu processo clínico, esclarecendo que a RFR seria fundamental e benéfica para a sua recuperação e evitasse um tratamento mais invasivo, explicando os benefícios a longo prazo.

Refletindo à posteriori sobre a situação e discutindo o caso com a orientadora e com os pares, sendo que este doente já tinha estado internado nesta mesma enfermaria diversas vezes e sempre teve esta postura, sei que apesar de não ter conseguido dar continuidade ao plano desenvolvido por mim disponibilizei todas as ferramentas ao doente, esclareci todas as suas dúvidas e tornei-o parte integrante do seu processo de saúde, tentei procurar estratégias, discuti a situação com os meus pares, adaptei o meu discurso ao doente e mesmo com todo o esforço por mim desenvolvido o doente continuava com a mesma postura, desta forma tive em consideração os direitos do Sr., e respeitei o livre consentimento e o utente manteve-se como elemento central do seu plano de tratamento (Apêndice VII).

1.1.2. Domínio da melhoria continua da qualidade

Para adquirir as competências propostas neste domínio, de acordo com a OE (2010a, p.7) é necessário o enfermeiro prestar cuidados “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuar proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.”

Quadro 2 - Competências e objetivos para o domínio da melhoria contínua da qualidade e capacita a pessoa com deficiência com de limitação da atividade e/ou co restrição de participação para a reinserção social (J2)

Competências
B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na prática da governação clínica. B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania
Objetivos
• Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e à sua família/cuidador; • Elaborar plano de cuidados inseridos num programa de reabilitação que visa o autocuidado nas atividades de vida, a continuidade de cuidados e a obtenção da máxima qualidade de vida possível de acordo com os diferentes contextos de ensino clínico; • Basear a práxis clínica especializada em válidos e sólidos conhecimentos.

Para desenvolver esta competência, analisei as situações de risco que teriam maior incidência no serviço e percebi logo nos primeiros dias de estágio, que uma das causas com maior incidência nos doentes internados no Serviço de Medicina era a queda e a não prevenção do seu risco.

Refletindo sobre a maior necessidade do serviço, para que futuramente exista uma maior consciencialização dos profissionais de saúde, de modo a promover o bem-estar dos doentes e a gerir o risco realizei uma ação formativa para toda a equipa sobre as intervenções dos enfermeiros para a prevenção de quedas dos doentes internados, promovendo a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2010), os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção.

Esta formação teve como objetivo definir estratégias para a prevenção da queda, intervindo de acordo com o score atribuído através da monitorização da escala de Morse, que é de preenchimento obrigatório no momento de admissão dos doentes ou caso exista alguma alteração num dos parâmetros durante o internamento. Este instrumento auxilia a prática dos enfermeiros, uma vez que ao atribuir um score que corresponda a um alto risco de queda, é necessário agir em conformidade maximizando os cuidados necessários para a prevenção da queda com o objetivo de garantir a melhoria contínua da qualidade, manter um ambiente terapêutico e seguro para os doentes. A ação de formação encontra-se descrita em Apêndice VIII.

Durante os estágios tentei ter o maior cuidado para prestar cuidados com a maior qualidade e rigor, para que pudesse garantir um crescimento dentro da área de especialidade que escolhi, assim e de modo a garantir o meu crescimento como futura EEER e defender esta área de especialidade, foi necessário garantir a segurança dos cuidados prestados, não colocando em causa a integridade e segurança de todos os doentes a quem prestei cuidados.

Durante o percurso de estágio no serviço de medicina o diagnóstico com maior necessidade de intervenção por parte do EEER são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e dada a minha pouca experiência na área do doente neurológico um dos planos por mim delineados foi precisamente nesta área. Um dos objetivos do EEER é a capacitação para o autocuidado, tendo em consideração a individualidade do doente a quem se presta cuidados, os fatores que podem influenciar o processo de reabilitação, em particular na realização das atividades de vida assim como na prevenção de problemas potenciais.

O AVC é a primeira causa de morte e a principal causa de incapacidade em Portugal (Sá, 2009). Contudo, a maior parte das pessoas vítimas de AVC sobrevive à fase aguda

da doença, embora muitas delas fiquem com sequelas a vários níveis e dependentes de cuidados de terceiros (Sá, 2009).

São precisamente as sequelas de AVC e a dependência resultante que justifica a intervenção do EEER, com planos de reabilitação que vão de encontro às necessidades das pessoas e famílias para que possam readaptar-se à nova realidade, promovendo o autocuidado e proporcionando a melhor qualidade de vida, dentro das suas possíveis limitações.

O EEER assume ainda, um papel importante na capacitação da pessoa na utilização de meios de apoio, no que se refere à sua seleção e utilização adequada. Anteriormente denominados de ajudas técnicas, os meios de apoio consistem em equipamentos, instrumentos, tecnologia e software, concebidos e disponíveis, com o intuito de prevenir, compensar, aliviar ou neutralizar deficiências, limitações da atividade e restrições da participação em pessoas com incapacidade (DGS & OMS, 2003; ISO, 2007).

Para planear a minha intervenção relativamente a estes doentes, de modo a poder intervir nas suas reais necessidades, iniciava este processo com a recolha de dados pessoais. Estes dados relacionados com os desvios do autocuidado, a história clínica e realizada a avaliação de enfermagem de reabilitação que englobou os parâmetros que se seguem, avaliação dos sinais vitais, exame neurológico, avaliação da motricidade e do equilíbrio e avaliação funcional com recurso a escalas. Esta avaliação tinha como objetivo identificar o padrão habitual dos requisitos universais de autocuidado de modo a encontrar o défice de autocuidado dependente e definir as ações do EEER para dar resposta a essas alterações.

Assim, os cuidados de ER focaram-se essencialmente nas atividades de vida diárias com ensinamentos e treino nos autocuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene, no vestir e despir, no treino do equilíbrio e força, de modo que o doente com limitações a nível sensório-motor se possa readaptar à sua nova condição, neste caso específico existiu necessidade também de me focar no autocuidado da ventilação, pelo facto de estar alterado, relacionado com a tosse ineficaz. A abordagem ao doente com AVC era realizada pelo hemisfério afetado.

Para além disto, e com o objetivo de adequar os ensinamentos realizados em cada momento foi necessário, de um modo geral, conhecer o contexto em que o doente estava inserido, personalizando o programa de ER (Apêndice IX).

1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para desenvolver competências neste domínio é necessário, de acordo com a OE (2010a, p. 8) gerir os “cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

Quadro 3 - Competências e objetivos para o domínio da gestão dos cuidados e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)

Competências
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa
• Prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa com sequelas pós-Covid 19 e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;

O projeto de formação manifestou a intenção de prestar cuidados de ER à pessoa com sequelas após doença por Covid-19, porém durante todo o percurso de estágio apenas foi possível prestar estes cuidados a um doente, pela ausência de doentes com estas sequelas nos serviços onde estagiei. Foi apenas possível prestar cuidados de ER a um doente com sequelas após doença por Covid-19, sendo bastante gratificante embora exigente prestar cuidados a este doente pelas sequelas que o doente apresentava. Quando escolhi realizar o EC na área do Covid-19 tive imenso receio por ser uma realidade bastante recente e pela falta de informação disponibilizada sobre as sequelas, sendo um fator gerador de stress.

O Sr. F.S com o diagnóstico inicial de pneumonia por SARS- CoV-2, apresentava um quadro de dispneia à entrada com necessidade de oxigénio por cânulas nasais. Porém iniciou um quadro de agravamento respiratório com necessidade de ser adaptado a VNI,

sem resposta à dispneia e aos valores gasométricos, evoluindo para falência respiratória com necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para ventilação mecânica invasiva. Esteve nesta unidade aproximadamente 25 dias com necessidade de ser traqueostomizado, ficando com o diagnóstico de polimioneuropatia consequente ao internamento na UCI.

Para planear a minha intervenção relativa a este doente, de modo a poder intervir nas suas necessidades particulares, iniciei este processo com a recolha de dados pessoais, dados relacionados com os desvios do autocuidado, a história clínica e realizada a avaliação de enfermagem de reabilitação que englobou os seguintes parâmetros: avaliação dos sinais vitais, exame neurológico, avaliação da motricidade e do equilíbrio e avaliação funcional com recurso a escalas e avaliação das sequelas funcionais Pós-Covid-19. Esta avaliação tinha como objetivo identificar o padrão habitual dos requisitos universais de autocuidado de modo a encontrar o défice de autocuidado dependente e definir as ações do EEER para dar resposta a essas alterações.

Os cuidados de ER neste doente iriam sendo feitos de forma gradual e numa primeira fase os cuidados iriam focar-se essencialmente no autocuidado da ventilação alterado relacionado com a tosse ineficaz. O objetivo era promover o ensino da tosse, melhorar a ventilação e iniciar a descanulação da traqueostomia, na mobilização alterada relacionada com a polineuropatia de modo a restabelecer a força muscular, o mecanismo de controlo postural e o equilíbrio e na comunicação alterada com o objetivo de restabelecer a comunicação.

Nesta sequência e na tentativa de prestar os melhores cuidados possíveis, foi realizada a observação física tendo sido avaliado a Escala de Dispneia Medical Research Council, o reflexo de deglutição e tendo sido realizada uma avaliação sobre o estado geral do doente. É avaliado também o estado cognitivo, a dor, o Tónus Muscular dos Segmentos Corporais através da Escala Modificada de Asworth, e a Escala de Berg para avaliação do equilíbrio, avaliada de seguida a coordenação do doente, a sensibilidade, os Riscos de queda e de úlcera por pressão e ainda a avaliação do Grau de Dependência.

Durante a revisão narrativa da literatura verifiquei que existia uma escala adaptada para avaliar o estado funcional pós-COVID-19. Esta escala na minha perspetiva é bastante útil uma vez que é possível avaliar a evolução dos doentes e perceber qual a o grau de limitação desde o momento em que iniciamos o programa de reabilitação. A *Post-COVID-19 Functional Status Scale* – PCFS, tem sido utilizada para avaliar limitações

após infeção por SARS-CoV-2. A escala PCFS abrange toda a extensão das sequelas funcionais, por estar focada nas limitações das atividades diárias em casa ou no trabalho/escola, assim como mudanças no estilo de vida (Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C., 2021).

Podendo esta escala ser aplicada no momento de admissão, da alta clínica e também no acompanhamento ambulatorial, é uma escala que poderá acompanhar o doente durante todo o processo. Esta escala pode ser aplicada em vários momentos durante o programa de ER de modo a perceber a evolução das sessões realizadas. É também uma escala que se refere às atividades que a pessoa consegue realizar no domicílio, podendo assim ser aplicada no regresso a casa, havendo uma continuidade de cuidados.

Não consegui dar continuidade às sessões deste doente nem à contínua avaliação do mesmo, porque quando este iria ser reavaliado para percebermos como estaria a evoluir, nesse mesmo turno o Sr. FS morre de forma inesperada. Esta, foi uma situação bastante avassaladora durante o período de estágio, pela relação terapêutica que já havia sido estabelecida, pelo facto deste acontecimento não ser previsível. Até à data, o doente tinha evoluído bastante, com uma resposta surpreendente do Plano de Reabilitação, tendo já conseguido realizar levantar, manter o equilíbrio e até aumentar a força muscular. O Plano de Cuidados desenvolvido até à data do óbito encontra-se em Apêndice X.

Quanto à escolha dos exercícios terapêuticos, segundo a literatura é importante ter em consideração o princípio da individualidade biológica, com prescrição individualizada preconizando os principais sintomas persistentes pós infeção, tendo em conta as condições e comorbilidades prévias do doente (LUTCHMANSINGH et al. 2021; DEMECO et al. 2020).

A eficácia e a adesão do plano de reabilitação são mais rápidas se for instituído entre a 1ª e a 3ª semana pós alta hospitalar, ou ≥ 7 dias após diagnóstico com pelo menos 72 horas sem febre (DEMECO et al. 2020; NEGRINI et al. 2021). O tempo médio de seis a oito semanas de intervenção está associado aos objetivos propostos e a redução dos sintomas com aumento da capacidade funcional (SPRUIT et al. 2020).

De modo a atingir também este domínio, a prestar cuidados de ER, para a promoção do autocuidado, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa, em contexto de ECCI, realizei um plano de cuidados ao doente com necessidades ortopédicas. Torna-se imprescindível neste percurso o desenvolvimento de competências, estruturar de forma criteriosa as atividades que sustentam o cuidar ao doente, para que exista uma construção rigorosa e individualizada do plano de cuidados para cada doente. É bastante importante apreciação inicial, onde se avalia inicialmente a funcionalidade do doente em todas as suas dimensões, de modo que o doente seja capaz de autocuidar-se nas AVD.

A ECCI forneceu-me ferramentas importantes para a avaliação do doente como um todo, dado que no âmbito da sua habitação existem limitações e obstáculos que em meio hospitalar não conseguimos adequar a um plano de cuidados.

A avaliação inicial de enfermagem, é um processo fundamental na ER, um dos indicadores obrigatórios de avaliação é a Funcionalidade, uma vez que a capacidade funcional e a dependência funcional são conceitos que fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens da OMS, utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais AVD sem auxílio (Santos C. A. M., 2011).

Segundo Dias (2012) e OMS (2004), a funcionalidade compreende todas as funções do corpo, atividades e participação. A avaliação da funcionalidade passa pela análise e medida de comportamentos específicos que acontecem no meio ambiente real do cliente, os quais são importantes para a manutenção da vida e concretização de objetivos. Através da avaliação funcional o ER compreende os desvios de autocuidado reais, que levam à dependência do cliente no seu autocuidado, possibilitando a elaboração de planos de intervenção de ER adequados e direcionados. (Araújo, Paúl, & Martins, 2011).

De modo a realizar a avaliação funcional e a dependência no autocuidado aplicou-se a Escala de Barthel Modificada, sendo esta validada para a população portuguesa, e sendo de preenchimento obrigatório tanto em contexto hospitalar como em ambulatório, no que concerne à compreensão do estado de dependência nas AVD. Esta escala constitui o instrumento mais fidedigno para a avaliação da capacidade funcional e de autocuidado, e de destaque para a avaliação da eficácia das atividades de autocuidado e de ganhos em saúde (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Ricardo, 2012). No

decorrer do estágio, após a avaliação inicial de ER, os desvios de autocuidado identificados nos doentes que prestei cuidados passam por défices a nível sensório-motor, da estimulação sensorial e respiração. Assim procurei elaborar um plano de cuidados com base na patologia mais frequente durante o percurso, priorizando sempre a individualidade dos doentes em contexto ambulatorio, o respeito pela sua autonomia, com a finalidade de promover o autocuidado dentro do seu próprio espaço, procurando sempre a fundamentação criteriosa para prestar os melhores cuidados. Destaco o plano de cuidados que se encontra em Apêndice XI.

Procurou-se implementar um plano de reabilitação com a Sr^a A.O., que apresenta uma fratura intertrocanterica direita por queda da própria altura, aquando da admissão na ECCI a doente já havia iniciado levantar com carga parcial. Para realização do plano de cuidados procedeu-se à recolha de dados pessoais, dados relacionados com os desvios do autocuidado, a história clínica e realizada a avaliação de enfermagem de reabilitação que englobou os seguintes parâmetros: avaliação dos sinais vitais, avaliação da força muscular, avaliação do grau de dependência através da Escala de Barthel e avaliação do risco de queda. Esta avaliação tinha como objetivo identificar o padrão habitual dos requisitos universais de autocuidado de modo a encontrar o défice de autocuidado dependente e definir as ações do ER para dar resposta a essas alterações.

Assim, os cuidados de ER focaram-se essencialmente no padrão de mobilidade diminuído com treino do equilíbrio e força, e no risco de queda, realizando ensinamentos para evitar futuras quedas. Uma vez que o cliente apresentava alto risco de queda, verificado por uma pontuação de 65 na escala de Morse, realizaram-se ensinamentos sobre prevenção de quedas no domicílio, alertando para a importância de retirar os tapetes, evitar chão molhado e encerado, utilizar calçado confortável e com sola antiderrapante e deixar os espaços mais livres para que exista espaço para a marcha.

1.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para a aquisição de competências neste domínio foi necessário, demonstrar “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.” Esta prática “relembra a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2010a, p.9)

Quadro 4 - Competências e objetivos para o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competências
D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a Assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento
Objetivos
• Desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de COVID-19, com base na melhor evidência possível

Na parte teórica deste curso de mestrado, na disciplina de investigação foi demonstrada a importância da Prática Baseada em Evidência que vai de encontro ao objetivo a que me propus para adquirir esta competência.

A prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000). A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática da enfermagem (Toro, 2001). Esta prática transporta-nos à prática de reflexão crítica e construtiva no dia a dia, conseguindo adequar os cuidados à especificidade de cada doente.

Tendo em conta o referido anteriormente, surgiu a necessidade de proceder à pesquisa sobre os melhores cuidados ao doente com sequelas de COVID-19, refletindo sobre diversas situações, umas com maior complexidade outras relacionadas somente com a prática diária de um EEER. Exigindo de mim um conjunto de conhecimentos adquiridos na minha formação pessoal e profissional de modo a responder de forma assertiva às diferentes situações que foram surgindo.

O estágio, apesar de ter sido a fase mais exigente do meu percurso como futura EEER, ajudou-me a crescer a nível pessoal, profissional e a perceber a atuação do EEER em diferentes contextos, assegurando a aquisição das novas competências, da solidificação de novos conhecimentos e também a arranjar estratégias necessárias para poder prestar cuidados de ER. Para isso, foi essencial o desenvolvimento das reflexões

nos jornais de aprendizagens, estas reflexões foram essenciais na prática clínica por me ajudarem a compreender e a ultrapassar as dificuldades sentidas. Como guia orientador das reflexões foi utilizado o Ciclo Reflexivo de Gibbs, por ser uma ferramenta bastante importante, uma vez que nos obriga não só a expor a situação mas a refletir sobre o que sentimos, visualizando o que correu bem e mal na experiência e nos ajudar a arranjar ferramentas para que no futuro consigamos ter estratégias para lidar com situações semelhantes.

Já os Planos de Cuidados foram para mim uma das práticas mais importantes durante este percurso, uma vez que me ajudaram a ultrapassar dificuldades e lacunas na parte teórica, relacionadas com a nomenclatura utilizada na área da ER e na construção de diagnósticos/intervenções em áreas importantes, como a função neurológica, respiratória e ortopédica.

A recolha de dados realizada em cada PC, permite personalizar os cuidados prestados, através da identificação do défice de autocuidado de cada doente para proceder ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à luz da teórica por mim escolhida, Dorothea Orem, direcionando as intervenções para a promoção do autocuidado.

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO

A elaboração deste relatório de estágio, permitiu-me fazer uma reflexão e uma análise sobre todo o percurso formativo, mais especificamente sobre o estágio. As competências adquiridas diariamente através das atividades e intervenções desenvolvidas contribuíram para a minha atuação enquanto futura EEER.

De modo a poder praticar cuidados de ER, teve que haver uma aquisição e mobilização de novas competências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Fazendo uma análise ao período de estágio, posso afirmar que nos vários locais por onde estagiei o EEER assume-se um profissional de referência, não apenas para os doentes/família, como no seio da equipa multidisciplinar, o seu leque de conhecimentos e as várias competências, fazem com que seja um profissional com maior autonomia na tomada de decisão, intervindo no processo de educação para a saúde, no planeamento da alta e na sua reintegração na comunidade, contribuindo para uma maior dignidade e qualidade de vida (OE, 2010b).

Como um dos aspetos mais positivos, destaco o facto de já ter trabalhado no hospital em que estagiei, inicialmente senti que me prejudicou pelo facto da restante equipa me conhecer como enfermeira generalista e nem sempre compreender as limitações como aluna de ER, porém ao longo do estágio tornou-se um fator facilitador, uma vez que conhecia o ambiente físico, a equipa multidisciplinar, os equipamentos existentes, os recursos no momento da alta, e senti-me bastante mais próxima da equipa o que foi facilitador nos momentos de aprendizagem.

O meu primeiro estágio foi dividido em dois momentos como já referido anteriormente, contudo na segunda metade uma das orientadoras colocou baixa médica, acabando por ter que ficar com outra orientadora, o que na minha opinião acabou por ser um obstáculo à minha aprendizagem. Durante o processo de aprendizagem procura-se que exista coerência nas atividades que estão a ser desenvolvidas, com esta troca de orientadoras por três vezes, não só as funções, como a maneira que cada uma trabalha, como as orientações foram completamente diferentes e acabou por dificultar o meu processo de aprendizagem como futura enfermeira de reabilitação.

Contudo, este local de estágio proporcionou-me diversas experiências teóricas e práticas, apesar da dificuldade sentida com a troca de orientador, no início senti falta de

apoio pelo facto da Enfermeira Orientadora além da prestação de cuidados de reabilitação também se encontrava como Enfermeira Responsável de Turno, tendo que conciliar as tarefas de gestão e organização do serviço com os cuidados de reabilitação. Porém apesar de não ter sido uma situação facilitadora no momento de integração ao serviço, a longo prazo foi uma situação que se tornou uma mais-valia pois consegui aprender a gerir o meu tempo e a organizar os cuidados que iria prestar.

A passagem por um serviço de Medicina foi de extrema importância, pelas várias patologias em que um EEER pode intervir, uma vez que a doença por Covid-19 pode resultar em diversas sequelas, além das sequelas respiratórias que representam maior incidência. Desta forma passando por um serviço de medicina consegui investir em diversas áreas de reabilitação de adultos, nomeadamente a reabilitação cognitiva, sensorial e motora e respiratória.

O estágio desenvolvido na comunidade foi um desafio imenso, pela inexperiência na área da comunidade, pelo facto de não conhecer os recursos existentes, nem saber o tipo de trabalho realizado numa ECCI, considero que é uma área com um grande potencial na Reabilitação, pois conseguimos ver o doente no seu ambiente, perceber de facto as suas limitações e ajudar a ultrapassar os seus obstáculos.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação numa ECCI alertou-me a olhar com outra perspetiva para os cuidados prestados, como enfermeira generalista e como futura EEER, em consequência disso, conduziu a uma reflexão constante de como um determinado plano de reabilitação é dependente de imensos estímulos externos, como a família, o cuidador, a habitação, as barreiras arquitetónicas, e também a forma como a equipa chega e entra numa casa sentindo-se “invasora” com o intuito de ajudar o doente. Assim é determinante um conjunto de capacidades técnicas mas também humanas.

Face ao supracitado, o estágio na ECCI foi essencial ao desenvolvimento de algumas competências, como a análise das situações económicas e habitacionais dos doentes e à avaliação do risco relativamente à prevenção de incapacidades, este estágio foi também bastante importante porque nos dá uma perspetiva das condições que seriam necessárias para efetivar uma alta para domicílio com segurança e quais as estratégias que podemos ensinar aos doentes/familiares.

Assim, julgo que a experiência em contexto de comunidade, proporcionou-me a aquisição de conhecimentos e aprendizagens, no âmbito da reabilitação motora e respiratória, e o estágio em contexto hospitalar permitiu-me desenvolver competências na área neurológica, motora e aprofundar a área respiratória, e por em prática os objetivos definidos em projeto de estágio, o que me permitiu alcançar e desenvolver as competências gerais do EE e específicas do EEER.

3. CONCLUSÃO

Em Março de 2020 foi diagnosticado o primeiro caso de doença COVID-19 em Portugal, foi também nesta altura que a OMS declarou a doença COVID-19 como sendo uma Pandemia, e que, a realidade em todo o Mundo mudou.

Na altura, fui transferida de serviço, e iniciei funções na Enfermaria de Isolamento, um Serviço destinado a doentes com COVID-19, onde a necessidade de adaptação foi constante, com imensas alterações, dúvidas, incertezas e medos. Após três anos de COVID-19, com diversas alterações de normas, protocolos, tratamentos para dar resposta à doença, verificou-se que quase todos os doentes apresentavam uma característica comum: o compromisso da função respiratória.

Desde o início da pandemia, que a sintomatologia que os doentes apresentavam e a forma debilitada com que eram transferidos para outros serviços por já estarem fora do período de isolamento, suscitou em mim uma questão, que deu origem à pergunta de partida deste trabalho: “Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação que contribuem para a recuperação da pessoa com sequelas após doença Covid-19?”.

Tendo em conta o impacto mundial da COVID-19, é de extrema importância entender a importância do papel do ER em todo o processo dos doentes, sabe-se que a doença apresenta sequelas diferentes, porém a mais descrita é a alteração da função respiratória, de acordo com os estudos analisados, é de extrema importância realizar o diagnóstico das limitações funcionais de cada doente, criando planos de reabilitação adaptados a cada plano de cuidados, assim deve ser iniciada de forma precoce a reabilitação pulmonar numa fase aguda da doença e em toda a sua evolução, um plano de reabilitação respiratória com o objetivo de melhorar a função pulmonar, a tolerância ao esforço e a redução da fadiga pós-COVID-19, especialmente para os doentes que tiveram necessidade de internamento.

A abordagem a estes doentes tem de basear-se na reeducação das ABVD, exigindo o desenvolvimento de estratégias que devem ter em conta as reais necessidades, os recursos e o projeto de vida da pessoa, promovendo o “desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efetivação do seu projeto de saúde” (Branco e Santos, 2010).

Destaco a importância da minha intervenção para o ensino e treino do doente com sequelas por Covid-19, apesar do desfecho do caso houve uma evolução positiva da

situação clínica do doente, que resultou do acompanhamento precoce, da avaliação inicial rigorosa e adaptada a todas as limitações funcionais do doente, à criação e adaptação de planos de reabilitação individualizados do doente e do meu empenho e dedicação no processo de reabilitação do mesmo.

De salientar, que apesar de já haver alguma bibliografia sobre algumas sequelas, existem muitas formas da doença se poder manifestar, e limitar física e psicologicamente o doente. Também não se sabe as implicações e alterações que esta doença irá ter no futuro da Humanidade. Sabe-se sim que, para já, as sequelas respiratórias estão classificadas de longas a permanentes, e a implementação de um programa de reabilitação respiratória na função respiratória de doentes COVID-19 em fase aguda e pós-aguda é de extrema importância, e será sobre esta temática que gostaria de continuar a aprofundar conhecimentos.

Pretendo, com o desenvolvimento deste relatório enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação conseguir investir na área da Reabilitação Funcional Respiratória, no sentido de criar estratégias e fundamentar a necessidade de implementar no meu Serviço uma vez que exerço funções na Enfermaria de Isolamento, serviço destinado a doentes com COVID-19. O acompanhamento precoce do doente com COVID-19, especificamente na sua reabilitação, focando-me principalmente na reabilitação funcional respiratória, na reabilitação funcional e na autonomia nas atividades de vida diárias, de forma a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, através da redução do tempo de internamento, da capacitação da pessoa e do seu cuidador no autocuidado, autonomia e independência funcional e na adaptação, ao seu novo estilo de vida e na tentativa de minimizar as sequelas a longo prazo.

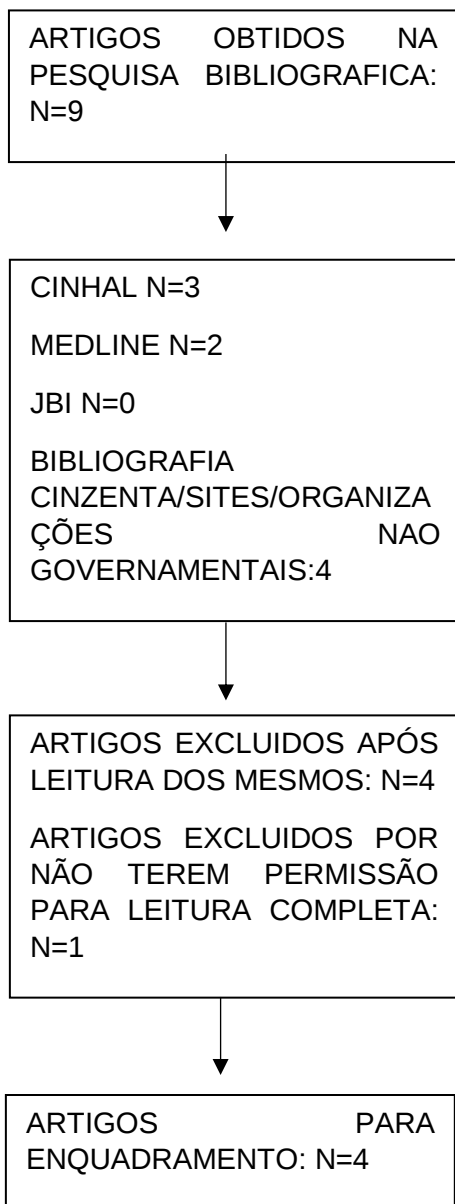
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2017) Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 869-875
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto. Coimbra
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau;
- Brito, S. et al (2020). Pandemia Covid: o maior desafio do século XXI. *Revista Visa em Debate*. Brasil
- Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., Borges, D. L. S., Junior, L. A. F., Maldaner, V., ... & Karsten, M. (2020). Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19. *ASSOBRAFIR ciência*, 11 (Suplemento 1), 183-193.
- Carneiro, S. D. R. M., Antunes, R. C., Gondim, M. M., Gradvohl, M. P. B., Jacques, P. B., & Araujo, E. S. (2012). CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma proposta voltada para a Odontologia. *Ciência e Pesquisa Unifor*, 2(2), 361-74
- CHALIFOUR, J. – La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaine. Paris : Editions Lamarre, 1989
- Curci, C., Pisano, F., Bonacci, E., Camozzi, D. M., Ceravolo, C., Bergonzi, R., De Franceschi, S., Moro, P., Guarnieri, R., Ferrillo, M., Negrini, F., & de Sire, A. (2020). Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(5), 633-641. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06339-X>
- DGS & OMS (2003) – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde. Classificação Detalhada com definições. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- dos Santos, C. A. M. (2011). *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados: o idoso, a alta e a capacidade funcional* (Doctoral dissertation, Universidade Catolica Portuguesa (Portugal))
- ISO (2007). Assistive products for persons with disability – Classification and terminology. Switzerland: International Organization for Standardization.
- JB1 (2011) Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2011 Edition, University of Adelaide, Adelaide.
- LUTCHMANSINGH, Denyse D, et al. "A Clinic Blueprint for Post-Coronavirus Disease 2019 RECOVERY." **Chest** 159 (3). 2021.
- Marques, H., Almeida, et. al. Escala de equilíbrio de Berg: instrumentalização para avaliar qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, 35(1), 53-65. 2016
- Mota De Sousa, L. M., Furtado Firmino, C., Alves Marques-Vieira, C. M., Silva Pedro Severino, S., & Castelão Figueira Carlos Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 45–54.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Nielsen, C. C. (2020). Reabilitação pulmonar em pacientes após Covid-19: uma proposta.
- Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C. (2021). RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19. Comunicação Oficial – Ossobrafir.
- Nogueira, J. V. D. (2020). CONHECENDO A ORIGEM DO SARS-COV-2 (COVID 19). *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 11(2), 115-124.
- Nunes, L; Amaral, M; Gonçalves (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OBERLE, Kathleen; TENOVE, Sandra – Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*. Vol. 7, n.º 5 (Setembro, 2000), p. 425-38.
- OMS (2010). OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo. Retrieved: 03 de out., 2010, from: www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/quedas+o+ms.htm

- OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade. Organização Mundial da Saúde/ Direção Geral da Saúde: Lisboa, 2004
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição ed.). Saint Louis: Mosby
- Pires Brito, SB, Braga, IO, Cunha, CC, Vasconcelos Palacio, MA, & Takenami, I. (2020). Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilancia Sanitaria Em Debate-Sociedade Ciencia & Tecnologia* , 54-63.
- Ricardo, R. Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação (2012).
- Rocha, B. (2020). O papel do enfermeiro de reabilitação e a pandemia Covid 19. *Ordem dos Enfermeiros-Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação [Internet]*, 1-7.
- Sackett, L. ; Straus. S. ; Richardson, S. ; Rosenberg, W. ; Haynes, R. (2000). Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Chuechill Livingstone
- Sheposh, R. (2021). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Salem Press Encyclopedia of Health.
- Toro, A. (2001). Enfermería basada em la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundacion Index
- Vitacca M, et al. Joint Statement on the Role of Respiratory Rehabilitation in the COVID-19. 2020

APENDICE I
FLOW DIAGRAM E TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS



Título	Recomendações para avaliação e reabilitação Pós-COVID-19
Autores	Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C.
Ano	2021
Tipo de Estudo	Revisão Narrativa da literatura
Objetivo	Esclarecer quanto aos sintomas/sequelas, avaliação e reabilitação no Pós-COVID-19, estabelecendo a importância de uma compreensão adequada das manifestações que cada doente possa apresentar para definir a melhor estratégia de reabilitação.
Conclusões	A COVID-19 pode ocasionar limitações das atividades de vida diária (AVD) e restrição à participação da pessoa no seu contexto social. Isto afeta todo o contexto biopsicossocial e ocasiona grande prejuízo na funcionalidade e, conseqüentemente, na qualidade de vida. O presente artigo visa trazer instrumentos para uma avaliação abrangente das sequelas funcionais e sistêmicas pós COVID-19, bem como as estratégias para reabilitar a função física e reintegrar a pessoa na sociedade

Título	Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI
Autores	Pires Brito, SB, Braga, IO, Cunha, CC, Vasconcelos Palacio, MA, & Takenami, I.
Ano	2020
Tipo de Estudo	Revisão Narrativa da literatura
Objetivo	Abordar os aspectos relacionados à origem, à etiologia, às manifestações clínicas, ao diagnóstico e ao tratamento
Conclusões	A rápida propagação do vírus pode estar relacionada à forma de transmissão e capacidade de sobrevivência no ambiente externo. Os doentes hospitalizados apresentam, na sua maioria, apresentavam idade superior a 60 anos, presença de imunossupressão e comorbidades como hipertensão e diabetes

Título	Reabilitação pulmonar em pacientes após COVID-19: uma proposta
Autores	Nielsen, C. C.
Ano	2020
Tipo de Estudo	Revisão Narrativa da literatura
Objetivo	Este estudo tem como objetivo propor um protocolo de atendimento para reabilitação pulmonar ambulatorial em doentes curados da infecção pelo SARS-CoV-2, após alta hospitalar.
Conclusões	Os doentes que tiveram COVID-19 podem apresentar diferentes limitações e incapacidades, no geral, relacionadas com a pessoa em si e não diretamente com gravidade da doença. Programas de reabilitação direcionados à recuperação da pessoa compreendem uma avaliação clínica antes da escolha dos exercícios ideais, a aplicação de testes diagnósticos simples para perceber a capacidade de realização de atividades da vida diária, e se possível, provas de função pulmonar, como espirometria. Este estudo apresenta uma proposta simplificada de protocolo de reabilitação respiratória para doentes com Síndrome Pós-COVID-19.

Título	Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de doentes recuperados de COVID-19
Autores	Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., Borges, D. L. S., Junior, L. A. F., Maldaner, V., ... & Karsten, M
Ano	2020
Tipo de Estudo	Revisão Narrativa da literatura
Objetivo	Apresentar resultados que possam facilitar a reabilitação a doentes que tenham tido Covid-19, principalmente os que necessitaram de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, para que desta forma se consigam implementar planos de ação para enfrentar situações que vão desde a alta do doente até à integração em centros de reabilitação de modo a que haja medidas imediatas no controlo de sintomas Pós doença Covid-19.

Conclusões	É urgente criar planos de reabilitação para enfrentar todo o processo do doente, desde o momento de admissão até a alta hospitalar para o domicílio. De acordo com recomendações internacionais, uma avaliação individualizada deve ser realizada e documentada no momento da alta, esta deve contemplar as necessidades imediatas (controlo dos sintomas como dispneia, fadiga e dor), assim como as necessidades a curto e médio prazo (melhoria da função física e emocional, regresso ao trabalho, entre outros).
-------------------	--

APENDICE II
PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivos específicos	Out	Nov	Dez	Férias (Mudança de campo de estágio)	Jan	Fev	Abril
1.Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER neste contexto da prática de cuidados;							
2.Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação;							
3.Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório motoras, e/ou com alterações da eliminação e/ou com patologia respiratória, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado;							
4.Ampliar conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de Covid-19, que permitam a mobilização e utilização da melhor evidência possível; Ampliar conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de Covid-19, que permitam a mobilização e utilização da melhor evidência possível;							
5.Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família/cuidador, nos diferentes locais de estágio;							
6.Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa à pessoa com sequelas após Covid-19, nos contextos de internamento e comunitário, baseando a prática na evidencia científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem							
7.Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.							
Realização da tese de mestrado							

APENDICE III
INTEGRAR A ECCI

Prestar cuidados numa ECCI: Uma nova realidade

Até iniciar este estágio, nunca tinha tido contacto com a tipologia de cuidados de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Enquanto enfermeira de cuidados gerais em contexto de internamento, a 1ª etapa deste processo foi sempre realizada por nós enquanto enfermeiros, cabia à equipa referenciar para ECCI os utentes que necessitavam de cuidados de enfermagem diferenciados e por alguma razão não poderiam deslocar-se ao centro de saúde ou a unidades de fisioterapia, contudo era sempre a Equipa de Gestão de Altas (EGA) que informava para onde teríamos que referenciar os utentes.

Após a alta hospitalar, não tinha conhecimento como os cuidados efetivamente eram assegurados, nem tinha noção de como a ECCI se articulava na área dos cuidados de saúde primários. Assim, durante os primeiros dias de estágio surgiu a necessidade de procurar por documentos legais que contextualizassem as ECCI e os Agrupamentos dos Centros de Saúde.

O ACES Almada-Seixal abrange as freguesias Almada, Cova da Piedade, Pragal, Cacilhas, Costa da Caparica, Trafaria, Sobreda, Charneca da Caparica, Laranjeiro, Feijó, Aldeia de Paio Pires, Amora, Arrentela, Corroios, Fernão Ferro e Seixal (ARSLVT, 2020). Este ACES abrange vários Centros de Saúde, dois dos quais composto por Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a UCC do Seixal que abrange as freguesias do Seixal e a UCC de Almada que dá apoio às freguesias de Almada (UCC, 2020).

A UCC presta cuidados às pessoas inscritas e residentes da área da UCC. Uma UCC é responsável por prestar cuidados de saúde, psicológicos, sociais (a nível domiciliário e comunitário), a pessoas e famílias vulneráveis ou em situação de dependência funcional.

Uma UCC atua, ainda, ao nível da saúde escolar e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 Fevereiro, 2009). Um dos seus projetos é a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), neste caso específico a ECCI de Almada que tem contratualizado um máximo de 40 camas de domicílio, com os seguintes critérios/necessidades: dependência elevada nas Atividades Básicas da Vida Diária, alta recente de unidade de internamento, necessidade de cuidados com considerável grau de diferenciação (paliativos, reabilitação, feridas com necessidade de tratamento diário), familiares com necessidade de suporte psicológico/formativo prestado no domicílio ou incapacidade de gestão do regime terapêutico (UCC, 2018a, 2018b).

A equipa da ECCI que garante este tipo de cuidados é composta por 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e 2 enfermeiros generalistas. Colaboram com a equipa 1 assistente social, 1 psicólogo, porém dão horas semanais à UCC de Almada, estando alocadas a toda a ACES.

Na ECCI de Almada cada enfermeiro tem os seus próprios utentes atribuídos, sendo assim denominados de gestores de caso dos utentes que seguem.

A minha Enfermeira orientadora clínica tem neste momento 7 utentes distribuídos, sendo que na primeira semana, tive a oportunidade de conhecer todos os utentes que são alvo de cuidados de reabilitação, o percurso de reabilitação que já foi percorrido, bem como os contextos familiares e habitacionais em que estão inseridos.

Visto que nunca tinha prestado cuidados em contexto domiciliário, nos primeiros dias, senti-me bastante ansiosa, com imensos receios e preocupações. A minha maior preocupação prendia-se com o “entrar na casa do outro”, pois não estava minimamente confortável com essa ideia, sentia-me a “invadir” o espaço de alguém, e a construção da relação de confiança que se tem que estabelecer, e neste caso que já teriam essa relação com a minha enfermeira orientadora.

Existe também a necessidade de nos adaptarmos às rotinas dos utentes e dos cuidados, aos recursos e ao ambiente envolvido, bem como a condições menos higiénicas, muitas vezes sem condições básicas, a cheiros mais intensos, que foge ao ambiente hospitalar mais controlado que sempre foi a minha zona de conforto.

Desta forma, questioneimei-me muitas vezes, “se iria conseguir prestar cuidados de reabilitação na casa de outras pessoas, sem material, ou como assumir um plano que não foi iniciado por mim, onde os utentes e cuidadores já criaram uma relação de confiança com outro profissional? Mas para mim, a pergunta que nunca saía da minha cabeça é como conseguir desligar? Como ir para casa e não pensar como aquelas pessoas estão, em determinadas condições?”

Todas estas questões deixaram-me apreensiva e insegura, com medo de falhar. Contudo, tendo já passado por 4 semanas nesta nova realidade e refletindo sobre esta experiência, consigo já concluir que é realmente gratificante e que os contributos têm sido significativos. De facto, todo o sentimento de ansiedade e insegurança fazem parte e todos os processos que são novos e dificultam assim a integração. Porém, considero que foram elementos essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois todas estas questões fizeram-me pensar nos cuidados que quero prestar como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e na importância do nosso papel principalmente em contexto comunitário não só pela capacitação do cuidador mas com

a capacidade de colocar o utente como elemento central na sua recuperação.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente é fulcral no processo de cuidar. Peplau relata que através da comunicação, a tríade enfermeiro-pessoa-família trabalha em conjunto com o objetivo de atender às necessidades sentidas, e assim diminuir os níveis de ansiedade e medo do desconhecido (George, 2000).

A falta de conhecimento sobre o ACES e sobre a ECCI fez-me pensar em todas as valências inseridas na RNCCI, e que enquanto enfermeira generalista muitas vezes somos “pressionados” a referenciar os utentes para ECCI pela resposta rápida, porém existem muitos obstáculos que fazem com que a resposta não seja tão eficaz, uma das minhas maiores preocupações nestas 4 semanas são o facto de a nível hospitalar temos falta de conhecimento sobre o meio social do utente e acabamos por referenciar os utentes sem cuidadores eficazes, capacitados e disponíveis, sem sabermos as condições habitacionais e da presença ou ausência de barreiras arquitetónicas no domicílio.

Concluindo, assim, que apesar de todos os receios desta nova e diferente etapa, procurei estar atualizada sobre o meu papel na equipa, procurei ser dinâmica e encontrar com a enfermeira orientadora novos momentos de aprendizagem e descoberta. Fiquei extremamente satisfeita ao perceber que os utentes/cuidadores confiavam em mim no seu processo de reabilitação, mostrando uma relação terapêutica de confiança. Assim, existe a necessidade da prática reflexiva, com o objetivo da responsabilização pela autoaprendizagem, de forma a compreender e a análise criticamente de forma construtiva as experiências ocorridas, dando-lhes significado.

APENDICE IV
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

O Serviço de Medicina onde realizei estágio encontra-se dividido na Medicina 1 e 2, sendo que o Serviço de Medicina 1 apresenta capacidade para 21 camas de Enfermaria e 6 camas de UMD, onde as patologias são bastante variadas na Enfermaria, contudo na UMD são utentes com maior instabilidade hemodinâmica mas que não precisam de ser ventilados invasivamente. Prestam cuidados nesta Medicina 23 Enfermeiros, sendo que 5 são EEER, e um deles está em funções de coordenação do serviço. Apenas no turno da manhã existem EEER a desempenhar funções, maioritariamente 3 EEER, um sempre distribuído para a UMD, e os outros 2 para a Enfermaria, sendo que nos turnos da tarde e noite não existe nenhum enfermeiro a exercer funções de EEER.

A identificação das necessidades de cuidados especializados no âmbito da reabilitação, por norma, é feita de forma independente pelo EEER que está presente em cada turno da manhã e/ou interdependente pelos enfermeiros generalistas, ou pelos médicos.

De acordo com o documento elaborado pela OE para a definição das competências comuns do enfermeiro especialista, o levantamento de necessidades à pessoa nos diferentes contextos de vida em que se encontra, é feito em função da mobilização de um conjunto de competências clínicas especializadas, que emergem do agregar de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas pelo enfermeiro especialista (OE, 2010a).

Relativamente aos recursos existentes, o serviço possui pedaleira, bastões, halteres, pesos para RFR, fita para marcar a distância (6 metros), Cough Assist (com maior utilização na UMD), tábua de transferência e mesas de apoio.

No decorrer do meu percurso de estágio, pude ir utilizando progressivamente os diferentes dispositivos, permitindo a introdução criteriosa e supervisionada de cada um deles, através do recurso a um raciocínio que articulou as características psicofisiológicas de cada pessoa, com a patologia e respetiva interpretação de exames imagiológicos o que tornou bastante interessante a minha passagem pela UMD.

Neste momento, não existem projetos em curso na área de reabilitação, dada a situação pandémica que nos encontramos, o que leva a que na maioria dos turnos exista um ratio deficitário e que os enfermeiros de reabilitação assumam sempre utentes para cuidados gerais.

Já o serviço de Medicina 2 apresenta capacidade para 30 camas de Enfermaria, onde as patologias continuam a ser bastante variadas, mas com mais incidência no utente Neurológico. Prestam cuidados nesta enfermaria 23 Enfermeiros, Contudo apenas 3

EEER, sendo que um deles está em funções de coordenação. Apenas no turno da Manhã são exercidas funções de EEER.

Tal, como no serviço de Medicina 1, neste momento não existem projetos em curso na área de reabilitação, dada a situação pandémica a nível mundial.

Neste serviço o meu estágio foi orientado por um elemento que exercia funções de chefia de equipa e que por vezes assumia funções de coordenação, decorrentes também da sua intervenção enquanto EEER, permitiu-me e deu-me oportunidade de assumir um papel diferenciado de gestão e assessoria de cuidados.

Esta é uma das contribuições que se espera do EEER. A liderança em processos de tomada de decisão, com disponibilização de assessoria aos enfermeiros da equipa e colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar, intervindo no enriquecimento de processos avaliativos e no estabelecimento de diagnósticos (OE, 2010a).

Relativamente aos recursos existentes, o serviço possui pedaleira, bastões, halteres, pesos para RFR, fita para marcar a distância (6 metros), tábua de transferência e mesas de apoio.

A ECCI abrange 70 utentes, com necessidades de cuidados gerais, paliativos e/ou reabilitação. As principais patologias presentes são as fraturas do colo do fémur, fratura da anca, síndromes de imobilidade associados a internamentos longos e muitos utentes em situação paliativa, onde é necessário controlo da dor ou gestão do cansaço do utente e prestador de cuidados.

A equipa é composta por 6 enfermeiros, 4 dos quais são EEER. Para avaliar o trabalho dos EEER, são delineados planos de ação, indicadores relacionados com o Autocuidado, prevenção de quedas, de úlceras de pressão. São realizados reuniões com a ECL semanais de forma a perceber a evolução dos utentes.

A equipa da ECCI dispõe de alguns materiais como pedaleira, diversas bolas, pesos, bastão.

Em termos de projetos, a ECCI dispõe de uma reformulação muito grande da equipa, e neste momento estão a reorganizar-se pelo que todos os projetos estão suspensos de momento.

APENDICE V
PROJETO DE ESTÁGIO

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Opção II

**E depois da doença Covid-19? Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação**

Ana Rita Cunha Cordeiro

**Lisboa
Setembro 2021**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Opção II

**E depois da doença Covid-19? Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação**

Ana Rita Cunha Cordeiro

Regente da Unidade Curricular: Miguel Serra
Professora Orientadora: Cristina Saraiva

**Lisboa
Setembro 2021**

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

ARDS – Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda

AVD – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção Geral de Saúde

ESEL – Escola Superior de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SNS – Sistema Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

INDICE

1.INTRODUÇÃO.....	E
RRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.	
2.COVID-19 A PANDEMIA DO SÉCULO XXI – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	8
3.PLANO DE ATIVIDADES.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	727
REFERÊNCIABLIOGRÁFICAS.....	ER
RO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.8	

APÊNDICES

APÊNDICE I - FLUXOGRAMA E TABELAS DE EXTRAÇÃO

APÊNDICE II - TESTE DE MARCHA DOS 6 MINUTOS

APÊNDICE III- ESCALA DE MMRC

APÊNDICE IV - ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

APÊNDICE V - ESCALA DE STATUS FUNCIONAL PÓS-COVID-19

INTRODUÇÃO

O presente trabalho encontra-se inserido na Unidade Curricular de Opção II, do 12º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O objetivo da elaboração deste projeto é que este seja um suporte de apoio ao percurso de formação para Enfermeira Especialista (EE), que será realizado nos estágios do terceiro semestre.

A pandemia por SARS-CoV-2 apresenta-se como o maior desafio global do século XXI, é a primeira vez que um vírus alcança proporções alarmantes em todos os continentes, sendo responsável pela doença COVID-19. As sequelas desta doença ainda não são totalmente conhecidas, desta forma, é importante intervir na recuperação e manutenção da capacidade funcional de todas as pessoas com síndrome pós-COVID-19, sendo fulcral a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Em poucos meses, a doença COVID-19 espalhou-se em mais de 189 países, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a emitir uma emergência de saúde pública internacional e declarar uma pandemia. Até 07 de Setembro de 2021, havia mais de 220 904 838 milhões de casos confirmados de COVID-19 em todo o mundo, e mais de 4 570 946 milhões de mortes (WHO, 2021).

A escolha do tema surgiu inicialmente por motivos profissionais, o que posteriormente se tornou um gosto pessoal por ser uma doença bastante recente e complexa. No início da Pandemia o Sistema Nacional de Saúde (SNS) teve que se reorganizar na abertura de novos serviços/camas para dar resposta ao número diário de casos e à gravidade dos mesmos. A instituição onde eu trabalhava abriu uma Unidade de Isolamento com 33 camas precisamente para os casos COVID, e durante este tempo a maioria dos doentes aquando o término dos dias de infeção mantinham sequelas, principalmente do foro respiratório e músculo-esquelético o que levava a um défice no autocuidado e a um maior número nos dias de internamento.

Assim, e porque a COVID-19 pode ocasionar limitações das atividades de vida diária (AVD) e restrição à participação da pessoa no seu contexto social, afetando todo o contexto biopsicossocial e ocasionando grande prejuízo na funcionalidade e,

consequentemente, na qualidade de vida, opto por utilizar como referencial teórico, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que considera a promoção do autocuidado o objetivo primordial da Enfermagem.

Sustentei a elaboração do meu projeto de estágio no Regulamento de Competências Comuns e Específicas para o Enfermeiro Especialista e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e nos descritores de Dublin, para além dos objetivos delineados para o 12º CMEER da ESEL.

As instituições selecionadas para o desenvolvimento deste projeto serão o serviço de Medicina 1 do Hospital Garcia de Orta na vertente hospitalar, a escolha deste serviço prende-se com o facto deste serviço ser o que recebe os doentes com síndrome pós-Covid-19. Neste contexto a intervenção do EEER, foca-se essencialmente no alívio da sintomatologia respiratória, diminuir as complicações resultantes da imobilidade e gerir a ansiedade, intervindo de acordo com a capacidade do doente, sobretudo na reabilitação funcional respiratória, fortalecimento muscular e treino de exercício. Nos doentes que tiveram maior tempo no leito ou com maior duração de internamento em cuidados intensivos, a intervenção do ER tem foco na recuperação funcional, autocuidado e preparação para o regresso a casa.

A segunda parte do ensino clínico irá ser desenvolvida no ACES Almada-Seixal na vertente comunitária, pretendendo assim abranger uma maior diversidade de situações onde seja necessário a intervenção do EEER, tendo como objetivo desenvolver competências a nível sensorial, motor, neurológico, cardíaco, da eliminação, sexualidade e músculo-esquelético.

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida através da pesquisa de artigos científicos ou revisões sistemáticas de literatura publicados, bem como, literatura cinzenta. Foi efetuada uma pesquisa na base de dados Medline, Cinahl e no Joanna Briggs Institute (JBI), posteriormente foi realizada uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos e palavras-chave dos artigos encontrados, bem como a identificação dos termos de indexação.

A questão de investigação que norteou a minha pesquisa foi: “Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação que contribuem para a recuperação da pessoa com sequelas após doença por Covid -19?”

Palavras-chave: Sequelas COVID-19, Adulto, Reabilitação, Intervenções de Enfermagem.

Após a análise dos documentos encontrados foram os excluídos os artigos que não apresentavam interesse para este projeto, encontrando-se o Fluxograma em Apêndice I.

Esta pesquisa incluiu uma procura de todos os artigos e revisões da lista de referência no sentido de encontrar, eventualmente, estudos adicionais não publicados, websites, organizações, sociedades, circulares, teses/dissertações, etc.

O documento está estruturado na presente introdução seguido da fundamentação teórica, que inclui a contextualização do tema e a definição sucinta de conceitos essenciais à compreensão da problemática. Posteriormente, serão apresentados os objetivos, estratégias e atividades a desenvolver no período de ensino clínico, como forma de desenvolver competências enquanto EE neste domínio.

A descrição das atividades desenvolvidas pretende demonstrar o desenvolvimento das competências gerais e específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para a obtenção do grau de mestre e do título de enfermeiro especialista.

Este projeto tem como principal objetivo a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais como EEER. Neste sentido vou procurar compreender a importância da intervenção da reabilitação na promoção das atividades de autocuidado na pessoa com sequelas de COVID-19, em contexto hospitalar e domiciliário, e de que forma esta se pode tornar o mais independente possível, contribuindo assim, para o aumento da sua qualidade de vida.

1. COVID-19 A PANDEMIA DO SÉCULO XXI – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) é o vírus responsável por um surto que teve origem na China no final do ano de 2019. O nome da doença causada pelo vírus é COVID-19. Os coronavírus são uma grande família de vírus que podem causar doenças tanto em humanos como em animais. Estas doenças podem ir desde casos leves como a constipação comum a doenças mais fatais.

Existem já identificados seis tipos de coronavírus humanos que causam infeções respiratórias graves como “os alfa-CoVs HCoV-NL63 e HCoV-229E e os beta-CoVs HCoV-OC43, HCoV-HKU1, síndrome respiratório agudo grave-CoV (SARS-CoV)”. O vírus apresenta semelhanças com infeções respiratórias causadas por SARS, que teve origem na transmissão do vírus dos morcegos para os pangolins e deste para os seres humanos por volta de 2002 e com o MERS-CoV, que se transmitiu dos morcegos para camelos e deste para o homem em 2012, facto que leva a crer que o SARS-CoV-2 possa ter características parecidas de transmissibilidade e origem evolutiva com estes vírus (Nogueira, J. V. D, 2020).

A doença COVID-19 afeta prioritariamente o trato respiratório com formas de apresentação que vão desde doença respiratória ligeira sem insuficiência respiratória, até casos de pneumonia mais ou menos extensa com hipoxemia significativa e eventual evolução para ARDS e/ou Sépsis (Rocha, 2020).

A reabilitação pulmonar é parte fundamental do tratamento da pessoa com síndrome pós-COVID-19. Independentemente da necessidade de internamento hospitalar, sintomas como fadiga e cansaço têm sido relatados em quase todos os doentes que tiveram COVID-19. Para os doentes que estiveram internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) e, sob ventilação mecânica invasiva, torna-se mesmo indispensável (Nielsen, C. C., 2020).

A COVID-19 é uma doença que tem um alto índice de transmissibilidade. A sua forma de contágio é através de gotículas respiratórias contaminadas com o vírus, principalmente no momento de espirros ou tosse. Os principais sintomas incluem febre, tosse, perda total ou parcial do olfato (anosmia), diminuição ou perda do paladar

(ageusia) ou perturbação/distorção do paladar (disgeusia) de início súbito e dificuldade respiratória (Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R. et. al, 2020).

Segundo a OMS (2021), o período de incubação (tempo decorrido entre a exposição ao vírus e o aparecimento de sintomas) é atualmente considerado de 14 dias.

Entre as sequelas que esta doença pode causar, a Síndrome Respiratório Agudo Grave é a mais frequente, para além de agravamento de problemas cardíacos, hepáticos e intestinais. Grande parte dos doentes que apresentam alguma morbilidade pré-existente, ao contrair a COVID-19 tem a grande possibilidade de agravamento do seu estado de saúde sendo necessário o internamento numa UCI (Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R. et. al, 2020).

Nos estudos realizados, muitos doentes apresentam sequelas duradouras da COVID-19. Mais de metade (63%) dos doentes que apresentaram a doença na forma moderada a grave relataram pelo menos uma sequele funcional. Outros doentes em recuperação de COVID-19 apresentam sintomas persistentes, como diminuição da qualidade de vida, aumento da dependência de outras pessoas para cuidados pessoais e pior desempenho nas atividades da vida diária (AVD) (Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C., 2021).

As sequelas sistémicas que são mais prevalentes são a fadiga, dor torácica, dispneia, distúrbios cognitivos, distúrbios do sono e redução da capacidade funcional e da qualidade de vida. A gravidade da sintomatologia é maior em doentes pós-COVID-19 que necessitaram de estar internados em UCI, estando associado ao uso de ventilação mecânica invasiva (VMI), corticoides, sedativos bloqueadores neuromusculares (Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C., 2021).

Existem diferentes termos para mencionar os efeitos a longo prazo da COVID-19, sendo “Síndrome pós-COVID-19” o mais comum, este é definido pela presença de sintomas persistentes e/ou complicações de longo prazo (>4 semanas) da infeção pelo SARS-CoV-2 (Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C., 2021).

Segundo o mesmo autor existem inúmeros testes para avaliar cada uma das limitações funcionais pós-COVID-19, sendo que dentro das limitações existentes podem ser aplicadas algumas escalas que poderão ser utilizadas como forma de perceber quais são

as maiores limitações dos doentes, como o Teste de Marcha dos 6 minutos (Apêndice II), o questionário da dispneia (Apêndice III), a Escala de Berg (Apêndice IV).

A Escala do estado funcional pós-COVID-19 (Apêndice V) (Post-COVID-19 Functional Status Scale - PCFS), tem sido utilizada para avaliar limitações após infeção por SARS-CoV-2. A escala PCFS abrange toda a extensão das sequelas funcionais, por estar focada nas limitações das atividades diárias em casa ou no trabalho/escola, assim como mudanças no estilo de vida (Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C., 2021).

Podendo esta escala ser aplicada no momento de admissão, da alta clínica e também no acompanhamento ambulatorial, sendo que em contexto hospitalar optarei por aplicar esta escala no momento de admissão para perceber em que condição a pessoa chega ao hospital, avaliando todos os doentes no momento da admissão. Visto que é uma escala que se refere às atividades que a pessoa consegue realizar no domicílio aplicarei também esta escala em contexto comunitário no acompanhamento da pessoa no domicílio.

A Teoria do Défice do Autocuidado, pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A necessidade de intervenção do EEER é fundamental pelas sequelas decorrentes da COVID-19, centrando-se na minimização das mesmaso métodos de assistência à pessoa, propostas por Orem: 1) agir ou fazer para outra pessoa; 2) guiar e orientar a pessoa; 3) proporcionar apoio à pessoa; 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar o outro (Orem, 2001).

No âmbito da reabilitação, as AVD são definidas pela OE (2011, p.1), como o “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”. Podem ser subdivididas em dois grupos: 1) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que se referem às funções e estruturas do corpo envolvidas, como às atividades e participação para a sua execução; 2) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que constituem a capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive (preparar refeições, gerir dinheiro, entre outras) (OE, 2011).

O EEER para satisfazer as necessidades da pessoa com sequelas de COVID-19, intervém de forma terapêutica, como resultado da incapacidade de este executar as suas necessidades de autocuidado. Como componente central da teoria, a autora desenvolve ainda o conceito de requisitos de autocuidado, que engloba três categorias:

1) requisitos universais de autocuidado; 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento; 3) requisitos de autocuidado no desvio da saúde (Orem, 2001). Os requisitos universais de autocuidado estão relacionados com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano (Petronilho, 2012), sendo muitas vezes designados por AVD, podendo estar amplamente alterados na pessoa com sequelas de COVID-19. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se a condições específicas que garantem o desenvolvimento da pessoa, nomeadamente a adaptação a uma nova situação, problemas associados ao seu *status* ou falhas de saúde individual. Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde, são exigidos em condição de doença.

A ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece como competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) o seguinte:

“A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas”. (OE, 2010, p.1)

É em redor destes pressupostos e percebendo todas as sequelas adquiridas por COVID-19, que a intervenção do EEER deve ser planeada e implementada o mais precocemente possível.

Desta forma, este projeto apresenta como finalidade aprofundar e mobilizar um conjunto de saberes em contexto de estágio, que me permitam identificar e promover as atividades de autocuidado na pessoa com sequelas por COVID-19, permitindo maior autonomia na realização das AVD.

2. PLANO DE ATIVIDADES

De forma a responder aos domínios de competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista, foi delineado um quadro com objetivos delineados para cada grupo de competências estabelecido pela OE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista / Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, 2010a).

A cada objetivo, correspondem determinadas atividades que permitem que os mesmos sejam concretizáveis em função de cada contexto de estágio. Estas atividades são planeadas com recurso aos mais variados recursos – humanos, materiais, estruturas físicas, entre outros.

Neste sentido, com o intuito do desenvolvimento da temática abordada e para aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, defini como objetivos gerais:

- Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER centrada no processo de cuidados, ao longo do ciclo de vida, em diferentes contextos;
- Desenvolver competências para o exercício profissional nas diferentes áreas de atuação do EEER.
- Desenvolver competências especializadas na área de enfermagem de reabilitação que promovam as atividades de autocuidado na pessoa com sequelas por COVID-19.

De modo a atingir as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER definidas pela OE, defini sete objetivos específicos, nomeadamente:

8. Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados;
9. Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação;
10. Prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa com sequelas pós-Covid 19 e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto, baseando a

prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;

11. Desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de COVID-19, com base na melhor evidência possível;
12. Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e à sua família/cuidador;
13. Elaborar plano de cuidados inseridos num programa de reabilitação que visa o autocuidado nas atividades de vida, a continuidade de cuidados e a obtenção da máxima qualidade de vida possível de acordo com os diferentes contextos de ensino clínico;
14. Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.

Para cada um destes objetivos delinee as atividades que pretendo desenvolver com o intuito de os alcançar. Identifico indicadores, e recursos necessários.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL		
Competências Gerais e Específicas Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Competência J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
1. Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados;	- Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar (Serviço de Med.1 e ACES Almada-Seixal); - Compreensão da dinâmica da equipa multidisciplinar, nos locais de estágio; - Observação da intervenção do EEER e a dinâmica da sua intervenção na equipa multidisciplinar; - Conhecimento dos protocolos, normas e instrumentos de registo e avaliação, nos diferentes locais de estágio; - Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes contextos de estágio.	- Ter demonstrado conhecimento sobre a organização e os recursos disponíveis nos diferentes locais de estágio. - Ter demonstrado compreensão do funcionamento da equipa multidisciplinar; - Ter demonstrado conhecimento acerca do papel do EEER nos diferentes contextos de estágio.
2. Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação	- Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com os direitos humanos e o código deontológico; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, respeitando os seus valores, costumes, privacidade, crenças pessoais e religiosas. - Reflexão sobre a prestação dos cuidados de enfermagem prestados, participando de forma ativa e adequada na tomada de decisão, com base em princípios éticos e deontológicos da profissão.	- Ter desenvolvido uma prática de cuidados de enfermagem de acordo com os princípios éticos, morais e deontológicos que regem a profissão. - Ter demonstrado o envolvimento da pessoa e família/cuidador em processo de reabilitação, na tomada de decisão, de acordo com as intervenções da equipa multidisciplinar. - Ter demonstrado capacidade de reflexão, participando na tomada de decisão em parceria com a equipa multidisciplinar.
Duração:	Durante todo o estágio.	
Recursos	Humanos: Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; professora orientadora; doentes e cuidadores/familiares. Físicos: Locais de estágio; Biblioteca da ESEL. Materiais: normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet, materiais de apoio necessários à prestação de cuidados ER.	

DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS		
Competências Gerais e Específicas Competência B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na prática da governação clínica. Competência B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Competência B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
5. Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e à sua família/cuidador;	- Envolvimento da pessoa e seu familiar/cuidador na promoção de um ambiente terapêutico e seguro; - Prestação de cuidados minimizando fatores de risco.	- Ter envolvido a pessoa e família/cuidador na prestação de cuidados em ambiente terapêutico seguro, minimizando os fatores de risco.
6. Elaborar plano de cuidados inseridos num programa de reabilitação que visa o autocuidado nas atividades de vida, a continuidade de cuidados e a obtenção da máxima qualidade de vida possível de acordo com os diferentes contextos de ensino clínico	- Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados ER; - Consulta de bibliografia específica da área de ER; - Consulta do processo clínico do doente; - Avaliação das limitações funcionais da pessoa pós-COVID-19 através das escalas mencionadas acima (Teste de Marcha dos 6 minutos, mMRC, escala de Berg); - Realização de recolha de dados e avaliação da pessoa através da escala de status funcional pós-COVID-19; - Introdução de técnicas de RFR; - Validação das intervenções com o enfermeiro orientador; --Desenvolvimento de programas de treino motor e cardiorrespiratório, de acordo com os objetivos individuais da pessoa; - Ensino, instrução e treino das atividades programadas com vista à promoção do autocuidado, procurando o envolvimento da pessoa e família ou cuidador. - Avaliação dos resultados obtidos e reformulação do plano de cuidados implementado, de acordo com as necessidades identificadas.	- Prestar cuidados de ER, sob supervisão, à pessoa com sequelas de COVID-19 em contexto hospitalar e na comunidade; - Articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar; - Apreciação e da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação específicos (escalas); - Individualização de programa de reabilitação às necessidades específicas da pessoa; - Realização de registos específicos de ER como forma de continuidade de cuidados; - Ter executado técnicas de RFR, posicionamentos, transferências, levante e mobilizações; - Ter realizado a avaliação da intervenção especializada de ER com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora. - Ter desenvolvido, treinado e avaliado programas de reabilitação na área motora e cardiorrespiratória, promovendo o autocuidado da pessoa. - Ter desenvolvido competências nas diferentes áreas de atuação do EEER, com vista à prestação de cuidados de excelência.
7. Basear a práxis clínica especializada em válidos e sólidos conhecimentos.	- Interligação dos conhecimentos teóricos com a prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação;	- Ter demonstrado conhecimentos teóricos e práticos, no âmbito da prestação de cuidados especializados em ER.
Duração:	Durante todo o estágio.	
Recursos	Humanos: Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; professora orientadora; doentes e cuidadores/familiares. Físicos: Locais de estágio; Biblioteca da ESEL.	

	Materiais: normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet, materiais de apoio necessários à prestação de cuidados ER.
--	--

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS		
Competências Gerais e Específicas Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
Prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa com sequelas pós-Covid 19 e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;	- Encorajamento da participação do familiar/cuidador; - Identificação das potenciais necessidades de cuidados de ER no domicílio; - Realização de registos de ER; - Articulação da continuidade de cuidados com a equipa do ambulatório/cuidados de saúde primários; - Execução da recolha de dados, envolvendo a pessoa, família/cuidador através da consulta do processo clínico e da informação fornecida pelo doente/família de modo a identificar as principais necessidades de autocuidado; - Avaliação da funcionalidade da pessoa e o seu potencial para a reabilitação, com vista ao autocuidado; - Elaboração e implementação de um plano de cuidados de reabilitação, adaptado às necessidades da pessoa; - Realização de guias orientadores (folhetos, brochuras, posters, entre outros), de acordo com as necessidades identificadas, nos locais de Estágio.	- Ter identificado as necessidades de autocuidado da pessoa; - Ter elaborado e implementado, um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, adaptado às necessidades das pessoas com vista à promoção do autocuidado e à continuidade dos cuidados nos diferentes contextos; - Ter elaborado registos de enfermagem pertinentes e utilizando linguagem científica. - Ter colaborado em projetos ou programas de melhoria da qualidade que se encontrem em fase de implementação no Serviço de Medicina 1 ou no ACES.
Duração:	Durante todo o estágio.	
Recursos	Humanos: Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; professora orientadora; doentes e cuidadores/familiares. Físicos: Locais de estágio; Biblioteca da ESEL. Materiais: normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet, materiais de apoio necessários à prestação de cuidados ER.	

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS		
Competências Gerais e Específicas Competências D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a Assertividade. Competências D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
4 Desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de COVID-19, com base na melhor evidência possível	- Pesquisa bibliográfica pertinente da melhor evidência possível sobre a temática; - Desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos na área da COVID-19; - Desenvolvimento de conhecimentos sobre as principais sequelas presentes na pessoa com Síndrome pós-COVID-19.	- Ter demonstrado conhecimento sobre a organização e os recursos disponíveis nos diferentes locais de estágio. - Ter demonstrado compreensão do funcionamento da equipa multidisciplinar e a dinâmica da sua intervenção;

		- Ter demonstrado conhecimento acerca do papel do EEER nos diferentes contextos de cuidados.
Duração:	Durante todo o estágio.	
Recursos	Humanos: Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; professora orientadora; doentes e cuidadores/familiares. Físicos: Locais de estágio; Biblioteca da ESEL. Materiais: normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet, materiais de apoio necessários à prestação de cuidados ER.	

Abaixo, apresento o cronograma que me guiará em termos cronológicos para atingir os meus objetivos.

Objetivos específicos	Out	Nov	Dez	Férias (Mudança de campo de estágio)	Jan	Fev	Abril
Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER na prática de cuidados;							
Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação;							
Prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa com sequelas pós-Covid 19 e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;							
Desenvolver conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com sequelas de COVID-19, com base na melhor evidência possível;							
Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e à sua família/cuidador;							
Elaborar plano de cuidados inseridos num programa de reabilitação que visa o autocuidado nas atividades de vida, a continuidade de cuidados e a obtenção da máxima qualidade de vida possível de acordo com os diferentes contextos de ensino clínico;							
Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.							
Realização do Relatório de estágio							

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste presente projeto mostra a direção que pretendemos seguir, com algumas etapas já programadas de forma a promover o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação.

Considerando as Competências Gerais e Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, as atividades que pretendo desenvolver foram planeadas e serão desenvolvidos com o objetivos de as alcançar, com a planificação dos objetivos específicos deste projeto pretendo ainda, ir ao encontro dos quatro domínios do Enfermeiro Especialista: domínio da responsabilidade profissional; ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; domínio das aprendizagens.

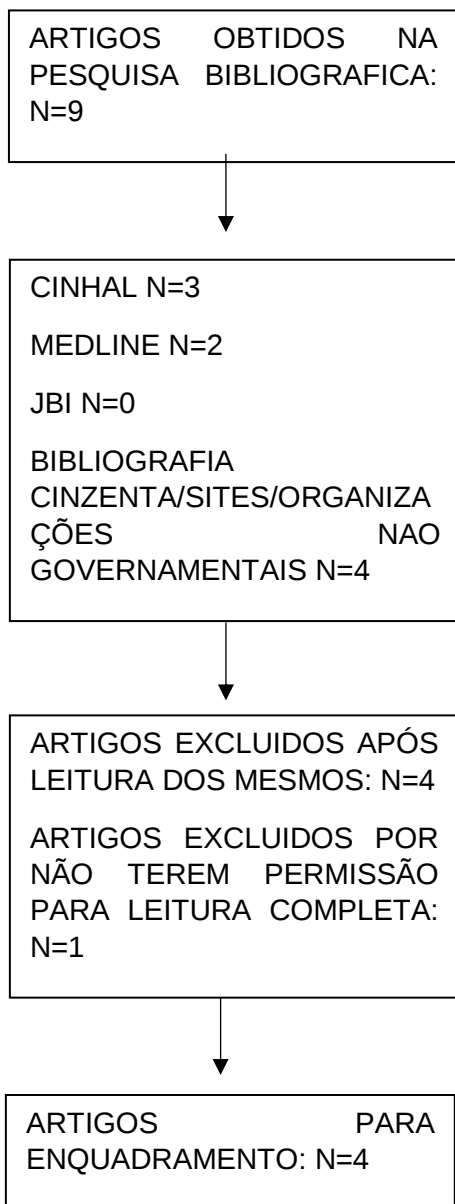
Esta área específica, contrariamente a muitas outras, é uma área com escassa informação por ser uma patologia bastante recente, embora separadamente seja possível encontrar bastante conhecimento produzido sobre enfermagem de reabilitação e sobre enfermagem no doente com sequelas de COVID-19, a conjugação destes dois domínios é ainda pouco explorada, pelo que a escolha deste tema pode também ampliar e validar o domínio da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nogueira, J. V. D. (2020). CONHECENDO A ORIGEM DO SARS-COV-2 (COVID 19). *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 11(2), 115-124.
- Rocha, B. (2020). O papel do enfermeiro de reabilitação e a pandemia Covid 19. *Ordem dos Enfermeiros-Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação*, 1-7.
- Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., Borges, D. L. S., Junior, L. A. F., Maldaner, V., ... & Karsten, M. (2020). Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19. *ASSOBRAFIR*, 183-193.
- Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C. (2021). RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19. Comunicação Oficial – Ossobrafir.
- Nielsen, C. C. (2020). Reabilitação pulmonar em pacientes após Covid-19: uma proposta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Santana, A. V., Fontana, A. D., & Pitta, F. (2021). Reabilitação pulmonar pós-COVID-19.
- Pires Brito, SB, Braga, IO, Cunha, CC, Vasconcelos Palacio, MA, & Takenami, I. (2020). Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilancia Sanitaria Em Debate-Sociedade Ciencia & Tecnologia*, 54-63.
- Neder, J. A. (2011). Teste da caminhada de seis minutos na doença respiratória crônica: Simples de realizar, nem sempre fácil de interpretar.
- Marques, H., Almeida, A. C. C. D., Silva, D. G. G. D., Lima, L. S. D., Oliveira, M. L. D., Magalhães, A. T., & Trombone, A. P. F. (2016). Escala de equilíbrio de Berg: instrumentalização para avaliar qualidade de vida de idosos. *Salusvitta*, 35(1), 53-65.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição ed.). Saint Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2019). About health 2020. Consultado a 13/05/2021. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>;

- World Health Organization. (2022). About health 2021. Consultado a 13/05/2021. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>;
- **Direção Geral de Saúde** NP 004\2020. Covid-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de Covid-19. Lisboa.
- **Direção Geral de Saúde** (2021). Números de Coronavírus em Portugal. Consultado a 25/05/2021. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/>
- Renascença (2021). Casos e números de Coronavírus no mundo. Consultado a 25/05/2021. Disponível em <https://coronavirus.rr.sapo.pt/>
- Diário da República (2019). Competencias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa
- Queirós, Paulo et al (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Lisboa

APENDICE I
ALGORITMO DE ESCOLHA DOS ARTIGOS E TABELA DE
EXTRAÇÃO DE DADOS



Autor: Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C.	Ano: 2021
Título: Recomendações para avaliação e reabilitação Pós-COVID-19	
Resumo: A COVID-19 pode ocasionar limitações das atividades de vida diária (AVD) e restrição à participação da pessoa no seu contexto social. Isto afeta todo o contexto biopsicossocial e ocasiona grande prejuízo na funcionalidade e, conseqüentemente, na qualidade de vida. O presente artigo visa trazer instrumentos para uma avaliação abrangente das sequelas funcionais e sistêmicas pós COVID-19, bem como as estratégias para reabilitar a função física e reintegrar a pessoa na sociedade. Este artigo apresenta a funcionalidade e a aplicabilidade da escala de Status Pós-COVID-19.	

Autor: Cacau, L. D. A. P., Mesquita, R., Furlanetto, K. C., Borges, D. L. S., Junior, L. A. F., Maldaner, V., ... & Karsten, M	Ano: 2020
Título: Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de doentes recuperados de COVID-19	
Resumo: Com a pandemia de COVID-19, é necessário perceber rapidamente quais as sequelas que os doentes podem vir a desenvolver, assim torna-se urgente criar planos de reabilitação para enfrentar todo o processo do doente, desde o momento de admissão até a alta hospitalar para o domicílio . De acordo com recomendações internacionais, uma avaliação individualizada deve ser realizada e documentada no momento da alta, esta deve contemplar as necessidades imediatas (controlo dos sintomas como dispneia, fadiga e dor), assim como as necessidades a curto e médio prazo (melhoria da função física e emocional, regresso ao trabalho, entre outros).	

Autor: Pires Brito, SB, Braga, IO, Cunha, CC, Vasconcelos Palacio, MA, & Takenami, I.	Ano: 2020
Título: Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI	
Resumo: O presente artigo aborda aspetos como a origem, etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. O artigo demonstra que a origem do Sars-CoV-2 é incerta, a rápida propagação do vírus pode estar relacionada com a forma de transmissão e a capacidade do vírus sobreviver no ambiente externo. Os doentes	

internados com Covid-19 apresentam idade superior a 60 anos, presença de imunossupressão e comorbidades como hipertensão e diabetes.

Autor: Nielsen, C. C.	Ano: 2020
Título: Reabilitação pulmonar em pacientes após COVID-19: uma proposta	
Resumo: Os doentes que tiveram COVID-19 podem apresentar diferentes limitações e incapacidades, no geral, relacionadas com a pessoa em si e não diretamente com gravidade da doença. Programas de reabilitação direcionados à recuperação da pessoa compreendem uma avaliação clínica antes da escolha dos exercícios ideais, a aplicação de testes diagnósticos simples para perceber a capacidade de realização de atividades da vida diária, e se possível, provas de função pulmonar, como espirometria. Este estudo apresenta uma proposta simplificada de protocolo de reabilitação respiratória para doentes com Síndrome Pós-COVID-19. O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa do tipo qualitativa, trata-se de um estudo exploratório, neste estudo durante o tempo em que estão com COVID-19 realizam reabilitação respiratória e à posteriori apresentam um protocolo onde os doentes recuperados da COVID-19 realizam exames laboratoriais, espirometria e outros exames de forma frequente e são monitorizados através de escalas de funcionalidade de modo a perceber quais as sequelas a longo prazo.	

APÊNDICE II
TESTE DE MARCHA DOS 6 MINUTOS

Nome: _____ Idade: _____

Data de Infecção por COVID-19: _____ Sexo: F () M ()

Altura: _____ Peso: _____ FCmax prevista ($206,9 - (0,67 \times \text{idade})$): _____ bpm

Oxigênio: Não () S () l/m _____

Auxiliar de Marcha: _____

Medicação _____ antes _____ do _____ exame:

Avaliador: _____

	Teste 1		Teste 2	
	Data: ____/____/____ Hora: ____:____		Data: ____/____/____ Hora: ____:____	
	Início	Fim	Início	Fim
Dispneia				
Fadiga				
FC (bpm)				
SpO ² (%)				
FR (cpm)				
TAS/TAD (mmHg)				
Distância percorrida (m)				

Fonte: Neder, J. A. (2011). Teste da caminhada de seis minutos na doença respiratória crônica: Simples de realizar, nem sempre fácil de interpretar.

Parou ou descansou durante a prova? N () S ()

Se sim, motivo _____; Nº de vezes _____; Tempo total de paragem _____.

Observações: _____

_____.

APÊNDICE III
QUESTIONÁRIO DE DISPNEIA

Nome: _____

Idade: ____

Data de teste positivo para Covid-19: _____ Sexo: F () M ()

Altura: _____ Peso: _____

Oxigénio: Não () S () l/m _____

Avaliador: _____

Da seguinte tabela escolha a afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

Grau 1	Sem Problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.	
Grau 2	Falta de fôlego em caso de pressão ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado	
Grau 3	Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.	
Grau 4	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.	
Grau 5	Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	

Fonte: Simão, P., & Almeida, P. (2009). Reabilitação Respiratória. Uma estratégia para a sua implementação (Comissão de Reabilitação Respiratória da SPP). Revista Portuguesa de Pneumologia, XV – Supl 1.

APÊNDICE IV
ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

Nome: _____

Idade: ____

Data de teste positivo para Covid-19: _____ Sexo: F () M ()

Altura: _____ Peso: _____

Avaliador: _____

Descrição dos itens	Pontuação
1. Da posição de sentado para a posição de pé	
2. Ficar em pé sem apoio	
3. Sentado sem apoio	
4. Da posição de pé para a posição de sentado	
5. Transferências	
6. Ficar em pé com os olhos fechados	
7. Ficar em pé com os pés juntos	
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	
9. Apanhar um objeto do chão	
10. Virar-se para olhar para trás	
11. Dar uma volta de 360 graus	
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	
14. Ficar em pé sobre uma perna	
Total	

Fonte: Marques, H., Almeida, A. C. C. D., Silva, D. G. G. D., Lima, L. S. D., Oliveira, M. L. D., Magalhães, A. T., & Trombone, A. P. F. (2016). Escala de equilíbrio de Berg: instrumentalização para avaliar qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, 35(1), 53-65.

Parou ou descansou durante a prova? N () S () Teve dificuldade em algum exercício específico, se sim qual: _____; Tempo total de paragem _____.

Observações: _____

_____.

APÊDICE V

ESCALA DE STATUS FUNCIONAL PÓS-COVID-19

Nome: _____

Idade: ____

Data de teste positivo para Covid-19 _____ Sexo: F ()

M ()

Altura: _____ Peso: _____

Avaliador: _____

Consegue viver sozinho sem ajuda de outra pessoa? (tem capacidade para comer, andar, usar a casa de banho de forma independente e realizar a sua higiene diária).

SIM



Existem funções/atividades em casa ou no trabalho que já não seja capaz de desempenhar sozinho?

NÃO



Sofre de algum destes sintomas: dor, depressão ou ansiedade?

SIM



Precisa evitar ou reduzir tarefas/atividades ou distribuí-las ao longo do tempo?

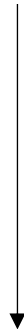
NÃO



NÃO



SIM



SIM



NÃO



Pontuação 0	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4
Sem limitações Funcionais	Limitações Funcionais imperceptíveis	Poucas limitações Funcionais	Limitações Funcionais Moderadas	Limitações Funcionais Severas

APÊNDICE VI
INTEGRAR A MEDICINA

Durante estas duas primeiras semanas de estágio, que se encontra a decorrer num Serviço de Internamento de Medicina, o meu principal foco foi atingir o primeiro objetivo específico delineado por mim ***“Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na prática de cuidados”***.

De forma a atingir este objetivo, no mês anterior ao estágio reuni com a enfermeira chefe realizando uma entrevista, conheci a dinâmica do serviço e a tipologia de doentes internados.

Contudo num serviço de Medicina torna-se difícil prever a tipologia de doentes internados, pois existe um leque variado de diferentes patologias, que para um estudante torna-se desafiador perceber os vários campos de atuação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Enquanto Enfermeira generalista, já desempenhei funções em alguns serviços, mas em nenhuma deles havia um Enfermeiro de Reabilitação, assim tinha muita curiosidade em perceber como este se integraria na dinâmica de um serviço e como atuaria no seio da equipa, sendo uma mais-valia para os utentes. Nos primeiros dias de estágio pude logo perceber que o Enfermeiro de Reabilitação para além das competências acrescidas, é um elemento que desempenha um papel de liderança na equipa, na gestão de cuidados e no encaminhamento para alta pois deve ser conhecedor dos vários recursos disponíveis da comunidade. Torna-se imprescindível aprofundar e desenvolver competências na área da reabilitação, maximizando as potencialidades da pessoa e preparando o seu regresso a casa promovendo bem-estar e qualidade de vida. Para tal, a tomada de decisão deve ser baseada na evidência científica e prática clínica, ponderando aspetos como, riscos, benefícios, inconvenientes, custos e estratégias alternativas de intervenção, tendo em conta os valores das pessoas (Dicenso et al, 2005 referido em Marques-Vieira e Sousa et al, 2017).

Após o momento de passagem de informação de todas os utentes internados no serviço a minha orientadora clínica planeia a sua intervenção com base na prioridade de cuidados.

A enfermaria onde estou a estagiar tem 30 camas, e perceber a importância da gestão dos cuidados quando existe apenas um Enfermeiro de Reabilitação para prestar cuidados de reabilitação a 30 utentes, é para mim bastante desafiador, mas é realmente importante que essa gestão seja feita diariamente, pois o Enfermeiro de Reabilitação apresenta uma distinta capacidade de análise e perceção das necessidades de cuidados individuais e dos recursos necessários para cada pessoa.

Esta competência de gestão de cuidados, procura a otimização da resposta da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão de

recursos às situações e ao contexto, procurando a melhoria continua dos cuidados de saúde (OE, 2010).

Nestas duas primeiras semanas, foi bastante importante e desafiador compreender o papel de liderança desempenhado pelo Enfermeiro de Reabilitação, porém como estudante esta capacidade de gestão de prioridades e de liderança deixou-me apreensiva pelo facto de não ser possível disponibilizar o mesmo tempo e recursos a todas os utentes. Assim, não pude deixar de me sentir assoberbada e insegura. Uma situação é a aquisição de conhecimento teórico (transmitido através das aulas, de livros e artigos), outra completamente diferente é o conhecimento prático e a aplicação desses conhecimentos, em situações reais. Dada a minha (ainda) inexperiência, senti-me renitente e não pude deixar de pensar “Conseguirei eu gerir e definir prioridades?”, “Conseguirei priorizar de forma correta, não deixando para o dia seguinte um utente que era prioritário nos cuidados?” ou ainda “Serei capaz e estarei à altura deste “desafio” que me propus?”.

Contudo, com o apoio da minha orientadora clínica, nos dias seguintes senti-me mais segura, pois após a passagem de informação de todos os utentes, planeava o meu dia e discutia com a enfermeira quais eram os planos e prioridades dos utentes e ao aperceber-me que conseguia de forma eficaz fazer esta gestão deixou-me mais confiante e confortável.

Avaliando a situação, considero como menos positivo a sensação de incerteza, bem como a insegurança na forma de agir. O receio de não saber como agir causou, pois, uma sensação de frustração e alguma inaptidão para o desempenho de cuidados de reabilitação. Não obstante, destaco como positivo, a necessidade que tive de repensar a minha forma de agir (no sentido de melhoria) e a aprendizagem que fiz durante estas primeiras semana, e que me permitiu ter uma sensação de maior segurança.

APÊNDICE VII

ÉTICA

Para a realização deste segundo momento reflexivo baseei-me no segundo objetivo específico delineado por mim ***“Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação”***.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), os domínios das são as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Dentro do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, o EEER tem que demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade, avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão, promover a proteção dos direitos humanos e gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Um problema ético bastante comum remete-se à recusa dos utentes em seguirem as orientações do profissional, que ao não aceitarem o serviço que lhe é oferecido, muitas vezes são coagidos quando os profissionais consideram que isso seja o melhor para eles.

Desta forma, vou apresentar uma situação que aconteceu no Serviço com um utente, o Sr. X, este tinha como diagnóstico um Pneumotórax no pulmão direito com necessidade de drenagem torácica, já estava internado à 3 dias e nunca tinha saído do leito. Este utente tinha como antecedentes hábitos toxifílicos com consumos recentes, e a forma como comunicava com a equipa não era a mais eficaz, tratando os profissionais por “tu”, embora lhe fosse solicitado que não o fizesse. A situação clínica do utente mantinha-se sem evolução e a equipa médica já estaria a discutir planos alternativos mais invasivos. Perguntei se poderíamos ficar com o Sr. na distribuição diária dos utentes a cuidar, elaborei um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação e discuti com a orientadora clínica, quando fui ter com o Sr., explicando-lhe os benefícios e os riscos o Sr. aceitou o tratamento e de imediato iniciei o plano de cuidados por mim delineado, nesse mesmo dia ao final da tarde o Sr. foi realizar uma Radiografia ao Tórax que indicou que o Pneumotórax estaria bastante melhorado. No dia seguinte, para dar continuidade ao plano de cuidados delineado por mim fui ter novamente com o utente que recusou ser cuidado novamente, afirmando que não queria levantar-se do leito, nem fazer exercício nenhum, motivei-o a trabalharmos explicando os benefícios do tratamento, porém o Sr. continuou a recusar e não concordando, respeitei a decisão do mesmo.

É difícil para um profissional de saúde, e neste caso específico foi difícil para mim, aceitar que o utente recusa o tratamento embora esteja documentado através dos exames complementares de diagnóstico que o plano de reabilitação está a ter um impacto positivo na evolução do seu diagnóstico.

A relação entre enfermeiro e utente é uma situação que apresenta uma significativa complexidade de problemas éticos (Oberle e Tenove, 2000), dada a inerente imprevisibilidade dos resultados dessa relação de produção corresponsável de saúde. As questões éticas mais frequentes para os enfermeiros relacionam-se com a pretensão, nem sempre efetivada, de proteger os direitos do utente, a dignidade humana e respeitar o consentimento informado do utente.

Este, é apenas um exemplo de muitos problemas éticos que os EEER, podem ultrapassar diariamente, contudo as ações dos profissionais de enfermagem devem estar fundamentadas na ética, levando sempre em consideração o compromisso com a pessoa, os seus direitos, os valores da profissão e o código deontológico, integrando cuidado qualificado e o respeito pelo livre consentimento e pela promoção do cliente como elemento central do seu plano de tratamento.

Os EEER, além do conhecimento científico acrescido, vivenciam experiências anteriores onde se deve privilegiar as crenças, valores e princípios éticos, existindo uma necessidade diária de reflexão sobre a nossa atuação, procurando cuidados de qualidade e minimizando o risco.

Analisando e refletindo sobre a situação, considero que uma das questões que falhou foi a forma como a informação foi transmitida, pois julgo que não tive uma comunicação assertiva. O Enfº tem o dever de informar o utente/família no que se refere aos cuidados de enfermagem. Mas, para fazê-lo, deve garantir um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa cuidada, analisando e reconhecendo eventuais falhas, que mereçam mudança de comportamento (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Nesta situação, para que a informação sobre os cuidados de reabilitação fosse transmitida de forma eficaz, tornou-se necessário pensar e refletir sobre as falhas neste processo comunicacional, trabalhando numa mudança de atitude em mim e na minha forma de comunicação que além de mais assertiva deveria também ter sido mais esclarecedora, dando todas as ferramentas ao utente para que ele seja o papel central no seu plano de cuidados.

Referências Bibliográficas

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

ULRICH, C. M. [et al.] – Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice.
Journal of Advanced Nursing. Vol. 66, n.º 11 (Novembro, 2010), p. 2510-19.

APENDICE VIII
ACÃO DE FORMAÇÃO

Enfermagem de Reabilitação
Intervenções para a prevenção de quedas dos doentes



Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Enfermeira Orientadora: Claudine Chambino

Ana Rita Cunha Nº 10547

2022

Risco de Queda

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as quedas são o evento adverso mais frequente nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais, que se traduzem no aumento do período de internamento, dependência do doente e acréscimo de custos económicos e sociais. São consideradas como um indicador da qualidade assistencial pelo seu impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do doente. A criação de um ambiente hospitalar num local seguro e propício à recuperação dos doentes, a identificação precoce de doentes com risco de queda e a instituição sistematizada de intervenções para minimizar o risco, são um contributo para a melhoria dos cuidados de saúde.

Avaliação do Risco de Queda

- Escala de Morse, segundo a DGS.

- i. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);
- ii. Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);
- iii. Alto risco (≥ 51 pontos).

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Fatores de Risco

- Alterações cognitivas (confusão, desorientação, depressão, défices cognitivos);
- Instabilidade postural, problemas de mobilidade e/ou de equilíbrio (astenia, desequilíbrio, défices motores);
- Alterações da acuidade visual;
- História prévia de quedas;
- Alterações das necessidades fisiológicas de eliminação (problemas de incontinência);
- Idade: Doentes entre 60-65 anos. O risco aumenta significativamente a partir dos 80 anos;
- Problemas de saúde que podem aumentar o risco de queda;
- Medicação (especialmente fármacos que atuam ao nível do Sistema Nervoso Central);
- Calçado inadequado ou inexistente;
- Travões da cama avariados;
- Piso molhado ou sem antiderrapante;
- Espaços reduzidos desorganizados.

Intervenções para a prevenção de quedas de doentes internados

Intervenções Enfermagem	Boas práticas
Avaliar Risco de Queda através da Escala de Morse	Avaliação do risco de queda do doente através da utilização da Escala de Morse
Avaliar o Potencial para melhorar o Conhecimento	- Gestão do ambiente; - Calçado apropriado e a sua correta utilização; - Utilização de luz de presença e campainha;
Avaliar o Conhecimento sobre Prevenção de Queda	- Acessibilidade de objetos pessoais na mesa-de-cabeceira; - Correta utilização de cadeiras de rodas, cadeirões e outros equipamentos. ☐ Correta utilização de equipamento auxiliar de marcha; - Correta utilização dos cintos de segurança; - Correta utilização/regulação das grades das camas; - Gestão do regime medicamentoso (avaliar os possíveis efeitos secundários: alterações da consciência, do equilíbrio, da função dos esfíncteres); - Acessibilidade e utilização adequada do urinol/arrastadeira. ☐ Disponibilizar folheto informativo/ensino para a alta; - Utilização de próteses oculares e auditivas; - Localização das instalações sanitárias e outras áreas de acesso permitido; - Importância de pedir ajuda em caso de levantar e/ou transferência cama/cadeirão/cadeira de rodas; - Importância de deslocações regulares às instalações sanitárias; - Utilização de luz de presença e campainha.

Intervenções para a prevenção de quedas de doentes internados

Intervenções Enfermagem	Boas práticas
Assistir a identificar condições de risco para a queda	- Ajudar a identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos de risco para a queda; - Levante e transferência sem ajuda; - Utilização incorreta de calçado e equipamento auxiliar de marcha; - Deambular sobre pavimentos molhados, escorregadios e sobre materiais /objetos causadores de queda; - Realizar atividades não adequadas à sua dependência (ex. alcançar objeto de uso pessoal, deambular sem ajuda).
Gerir o Ambiente	Acompanhar os doentes na deslocação aos sanitários, zona de duche e a áreas de tratamento ou de diagnóstico;
Gerir medidas de segurança	Colocar o doente no quarto mais próximo da sala de enfermagem para aumentar a eficácia da vigilância;
Vigiar medidas de segurança	- Calçado: o doente deverá utilizar calçado fechado e antiderrapante; - Utilizar dispositivos de proteção: grades das camas elevadas, colchão no chão ou outros que a equipa considere adequados no âmbito da segurança do doente; - Organização do espaço: retirar equipamento e mobília desnecessária, manter as passagens desobstruídas e iluminadas. Utilizar luz de presença durante a noite (se indicado).; - Camas e macas: utilização/regulação adequada das grades, posicionar a cama/maca a um nível baixo e travar as rodas. - Cadeiras de rodas: rodas travadas e cintos de segurança devidamente colocados; - Manutenção do equipamento: revisões periódicas para garantir a funcionalidade e segurança; - Pavimentos: devem estar secos e sem irregularidades.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral de Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente – Contenção de Doentes. Orientação Nº 021/2011 de 06/06/2011.
- International Council of Nurses (2011). CIPE® Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros
- Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 2 – 2010. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção.
- Saraiva, D. M. R. F. [et al] (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35

APÊNDICE IX
PLANO DE CUIDADOS – DOENTE COM AVC

1.1 Identificação da Pessoa

Nome: A.S.

Género: Masculino

Idade: 76 anos

Nacionalidade: Cabo-verdiano

Estado Civil: Solteiro

Residência: Própria

Escolaridade: Não fornece dados

Profissão: Não fornece dados

1.2. História da Doença Atual

O Sr. A.S. em aparente estado de saúde até cerca das 09h30 do dia 17/10/2021, tendo sido encontrado por volta das 17h15 com quadro de alteração da articulação verbal, assimetria facial e diminuição da força muscular no membro superior e inferior esquerdo. Contactada Emergência médica que ativou via verde AVC.

À chegada ao hospital utente encontrava-se vígil, calmo. Devido a disartria grave não se consegue perceber respostas às questões. Apresenta hemianópsia homónima esquerda. Desvio forçado do olhar para a direita, sem ultrapassar a linha média, pupilas anisocóricas, com pupila direita disforme e de menores dimensões, não reativa. Paresia facial esquerda do tipo central. Apresenta plegia no membro superior esquerdo e paresia do membro inferior esquerdo (retirado do processo clínico).

Fica internado com diagnóstico de AVC isquémico da ACM direita.

1.3. História Clínica Pregressa

HTA, Flutter/Fibrilhação auricular paroxística desde 2008, status pós-AVC isquémico ACP direita em 2013, TEP central 2013, alcoolismo crónico, Insuficiência cardíaca.

1.4. Terapêutica Atual

Lisinopril + Amlodipina 20mg + 5mg 1cp/1dia;

Varfarina 5mg 1cp/1dia (última prescrição em 2020, desconhecendo-se se cumpre anticoagulação).

1.5. Condição sociofamiliar e económica

Utente reside num anexo, sem condições de salubridade, vive sozinho, previamente autónomo nas AVD. Apresenta reforma baixa. Segundo a assistente social tem 1 filho com quem não mantém contacto.

2. APRECIACÃO (Apreciação realizada no dia 25/10/2021 em contexto de internamento, utente já com alguma melhoria das sequelas)

Observação Física

O Sr. A.S. apresenta-se corado e desidratado. Apresenta pupilas anisocóricas, com pupila direita disforme e de menores dimensões, não reativa à luz. Apresenta paresia facial esquerda.

Apresenta dentição completa. Realizado teste de deglutição, utente sem sinais de disfagia, tolera alimentação com consistência mole.

Apresenta pele íntegra, sem sinais de Úlcera de Pressão.

Incontinência de esfíncteres, pelo que existe a necessidade de utilização de fralda.

Avaliação do estado cognitivo

Utente vígil. Parcialmente colaborante, não comunicapelo facto de não conseguir comunicar torna-se difícil perceber estado de orientação.. Com alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração). Encontra-se sonolento. Não demonstrando capacidade de atenção às perguntas que lhe são colocadas. Foi perguntado o nome e não conseguiu responder.

Para avaliação dos défices neurológicos, foi utilizada a escala de NIHSS que é utilizada para mensurar a agridesvidade e magnitude da disfunção neurológica após o AVC, utente apresentou score de 21, que corresponde a défices graves, com necessidade de internamento hospitalar (Apêndice 1).

Avaliação dos pares cranianos: Para avaliação completa do estado neurológico do doente com AVC, existe a necessidade de avaliar os pares cranianos.

I - Olfativo	Sem alterações do olfato. Identifica odores (café).
II – Ótico	Sem alterações da acuidade visual ou campo de visão.
III – Motor Ocular Comum/ IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Pupilas: anisocóricas, com pupila direita disforme e de menores dimensões, não reactiva. Hemianópsia esquerda, desvio forçado do olhar para a direita
V – Trigémeo	Sensibilidade mantida em ambas as hemifaces, nas três divisões do trigémeo: oftálmica, maxilar e mandibular. Movimentos dos músculos mastigadores presentes.
VII - Facial	Parésia facial esquerda do tipo central. Reconhece sabores: doce (açúcar), salgado (sal) e amargo (vinagre), nos 2/3 anteriores da língua
VIII – Estado-acústico	Acuidade auditiva mantida, bilateralmente.

	Equilíbrio sentado, estático e dinâmico, eficaz. Equilíbrio em pé, estático eficaz e dinâmico instável.
IX – Glossofaríngeo	Reconhece sabores (doce, amargo e salgado) no 1/3 posterior da língua.
X - Vago	Sem alterações no tom de voz. Reflexo de vômito presente.
XI - Espinhal	Lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência.
XII – Grande Hipoglosso	Sem alterações dos movimentos da língua. Sem acumulação de saliva ou alimentos na fossa piriforme.

Avaliação da Dor: Segundo Escala gráfica da Dor

Não apresenta faces de dor.

Avaliação do Tônus Muscular dos Segmentos Corporais: Verificam-se sinais de hipotonia, à realização de mobilização passiva, segundo Escala Modificada de Ashworth (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 2).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Apresenta a nível do hemicorpo direito força de 5/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais, apesar de estar bastante sonolento e tornar-se difícil o Sr. A.S. cumprir ordens. A nível do membro superior esquerdo apresenta força 1\5 em alguns segmentos, com força de 0\5 em alguns movimentos dos dedos, a nível do membro inferior esquerdo força variável entre 3/5 e 4/5 em quase todos os segmentos excepto tibio-társica e dedos onde apresenta força de 1\5, segundo a *Escala Medical Research Council* (Apêndice 3) .

Avaliação do Equilíbrio: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz quando está sentado. Em pé equilíbrio estático eficaz e dinâmico comprometido. Assume posição ortostática. Anda com o apoio de andarilho apoiado bilateralmente, com dificuldade (pela dificuldade de compreensão).

Avaliação da Coordenação: Não foi possível implementar nenhum teste para avaliar a coordenação motora por Sr. não compreender ordens.

Avaliação da Sensibilidade: Sensibilidade superficial - tátil, térmica e dolorosa. Sem alterações. Sensibilidade profunda - relativamente ao sentido de pressão, a sensibilidade a estímulos vibratórios (uso de diapasão nas saliências ósseas) ou sensibilidade postural, encontra-se mantida.

Avaliação do Risco de Queda: Alto risco de queda (score 95), segundo a Escala de Morse (Apêndice 4).

Avaliação do Grau de Dependência: Score 15, equivalência a Dependência Total segundo a Escala de *Barthel*, a pontuação varia entre 0-100, sendo que 0 corresponde a uma dependência total e 100 corresponde a independência (Apêndice 5).

Dado esta avaliação foi avaliado a dependência segundo a Medida de Independência Funcional Adaptada nos autocuidados, que refere que o utente apresenta uma dependência completa, onde o utente necessita de ajuda total, em que o utente participa em $\leq$ que 25% da tarefas). (Apêndice 6).

Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (UP): Alto Risco de UP (score 13), segundo a Escala de Braden (Apêndice 7).

Avaliação dos Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão de Autocuidado	Sistema de enfermagem
Manutenção de inspiração de ar suficiente	- TA: 147-93 mmHg. - FC: 87 bpm, pulso cheio, rítmico. - Temperatura: 36,8 °C (temperatura timpânica). - Dor: ausência de dor em repouso (grau 0: em repouso). - FR: 19 ciclos/min, padrão respiratório com predomínio toraco-abdominal, ritmo regular, superficial, expansão torácica simétrica, com utilização de músculos acessórios. - Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios. - Circulação: sem sinais de insuficiência venosa periférica. Sem edemas	Déficit no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	Administração de 1,5l de água pela sonda Nasogástrica.	Déficit no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	Alimentado por SNG, segundo prescrição dietética da nutricionista hospitalar.	Déficit no Autocuidado Sistema totalmente compensatório

Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Apresenta incontinência de esfíncteres. Urina clara, sem sedimento. Algaliado até ao dia 11/11/2021 Evacua diariamente, fezes castanhas, moldadas, em moderada quantidade, tendencialmente no período da manhã.	Défi ce no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Limitação da manutenção da atividade por polimioneuropatia do doente crítico. Atualmente necessita de apoio de outra pessoa para satisfazer em todas as suas atividades de autocuidados. Utente dorme a noite toda, sem necessidade de terapêutica.	Défi ce no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Com alteração do padrão habitual. Não interage adequadamente com os profissionais de saúde nem com os familiares pelo compromisso da comunicação.	Défi ce no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.
Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	Alto risco de queda. Pele e mucosas: Coradas e hidratadas. Pele íntegra. Com alteração no equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, com alterações da marcha por diminuição da força por polineuropatia do doente crítico.	Défi ce no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.
Promoção do Funcionamento e desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais, conforme o potencial humano, as limitações e o desejo de ser normal	Não tem consciência das suas imitações.	Défi ce no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1) Autocuidado ventilação alterado relacionado com tosse ineficaz	- Melhorar a força muscular do hemicorpo esquerdo. - Manter a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos.	- Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala <i>Medical Research Council</i>. - Realização de mobilizações passivas no membro superior e inferior esquerdo à exceção do joelho onde são realizadas mobilizações ativas-assistidas. Mobilizações ativas nos movimentos dos segmentos corporais da cabeça e pescoço e hemicorpo direito, tendo em conta a tolerância do doente. - Progredir para realização de mobilizações ativas-assistidas em todos os movimentos dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo. Avaliar equilíbrio [estático e dinâmico] - Executar treino de equilíbrio [dinâmico] com o Sr. A.S - Com o Sr. A. em posição ortostática, balancear o tronco; - No corredor, incentivar o Sr. A. a andar com apoio de andarilho 3. Avaliar treino de equilíbrio. 4. Avaliar força muscular dos [segmentos, através da Escala <i>Medical Research Council</i>] do Sr. A.	25/10/2021 - Avaliado a força muscular segundo a escala <i>Medical Research Council</i> (apresenta força de grau 1/5 na maioria dos segmentos); - Sr. A.S mantém equilíbrio sentado estático e dinâmico. Apresenta equilíbrio ortostático estático mantido, mas dinâmico comprometido. Avaliada marcha, apresentando marcha 1/5, com apoio. Realizado treino de equilíbrio e de marcha,). 30/10/2021 Avaliada força muscular, grau 1/5 ao nível do membro superior esquerdo, na maioria dos segmentos. Avaliada marcha (2/5), fazendo marcha em superfície plana com apoio de andarilho e apoio da equipa de enfermagem. 05/11/2021 O Sr. A.S. mantém equilíbrio estático e dinâmico mantido. - Levante cadeirão com mesa de trabalho com tolerância de 3 horas; - Avaliação da força muscular através da escala <i>Medical</i> e a <i>Research Council</i>, mantendo as mesmas alterações.

2) Compromisso do autocuidado nos cuidados de higiene, relacionado com hemiparesia do hemicorpo esquerdo, manifestado por dependência parcial na AVD: Higiene.	- Treinar a autonomia nos cuidados de higiene.	- Treinar a lavagem da superfície facial através da passagem da mão não afetada na face. - Treinar a secagem da região corporal, com uso de toalha na mão não afetada. - Ensino e treino de higiene oral: com recurso a esponja na mão não afetada.	25/10/2021 - Avaliada a autonomia nos cuidados de higiene e banho (MIF), necessitando de ajuda total; - Treino relativo aos cuidados de Higiene e realizados ensinamentos, sem colaboração do doente. 30/10/2021 - Higiene corporal: Consegue lavar a face e depois perde a concentração não colaborando em mais nenhuma atividade.
3) Compromisso do autocuidado vestir e despir, Relacionado com hemiparesia do hemicorpo esquerdo, manifestado por dependência total nas AVD: vestir e despir.	- Promover a máxima autonomia no vestuário da ½ superior do corpo (camisa, casaco); na ½ inferior do corpo (calças) e no calçado (meias e sapatos).	- Treinar o vestuário da ½ superior, ½ inferior do corpo e calçado, duas vezes por dia, no cadeirão (após cuidados de higiene e antes de deitar). - Treinar a passagem da cabeça pela abertura da camisa e a passagem da manga de forma eficaz no cotovelo e ombro do braço afetado com ajuda da mão não afetada. - Treinar as diferentes fases do vestuário na ½ inferior do corpo, avaliando possíveis estratégias adaptativas de forma a promover a sua máxima autonomia. - Treinar a cruzar a perna afetada sobre a não afetada para iniciar o vestuário das calças; - Treinar o assumir a posição de pé de forma a poder elevar/baixar as calças com a mão não afetada. - Treinar o calçar as meias e os sapatos no pé afetado e o pé não afetado.	25/10/2021 - Necessita de ajuda total (MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo. Apresenta dificuldade em vestir o braço afetado. - Necessita de ajuda máxima (MIF) para o vestuário ½ inferior do corpo e calçado; apresenta dificuldade assumir a posição de pé para puxar as calças e na flexão de tronco para calçar meias e sapatos em ambos os pés, quando realizada tentativa de realizar ensinamentos, utente não participa. 30/10/2021 - Mantém exatamente as mesmas dependências anteriores;

4) Risco de queda, relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por diminuição da força e equilíbrio dinâmico em pé instável	- Prevenir quedas.	- Avaliação periódica do risco de queda, através da utilização da escala de <i>Morse</i>. - Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé). - Realização de exercícios de equilíbrio dinâmico em pé (alternância de cargas nos membros inferiores) - Utilização de dispositivos de segurança no leito (grades elevadas, campainha junto do doente). - Realização de ensinios aos outros elementos da equipa: levantar de forma correta, travar a CR/ cadeirão se estiver parado; uso de vestuário adequado; transferências de forma segura.	25/10/2021 - Avaliação do risco de queda (escala de <i>Morse</i>) – alto risco de queda; - Colocar mesa de trabalho à frente do doente quando este estiver sentado; - Ensinios à equipa eficazes nomeadamente travando a CR sempre que parada, evitando efetuar transferências sozinho, quando sentado na Cadeira de rodas, colocados pés no chão para evitar risco de queda. - Sem ocorrência de quedas até ao momento.
5) Alteração da motricidade facial, relacionada com parésia facial central, manifestada por assimetria facial.	Reeducar os músculos da face.	- Realização de exercícios de reeducação dos músculos da face (unir/elevar sobrancelhas, enrugar a testa, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar dentes, assobiar, encher a boca de ar, deprimir o lábio inferior) – sem colaboração do Sr. A.S.	25/10/2021 - Realizados exercícios de reeducação dos músculos da face diariamente. Má adesão.

APÊNDICE 1 – Avaliação dos défices neurológicos (escala de NIHSS)

Instruções	Definição	Resultado
1a) Nível de Consciência	Sonolento	1
1b) Responde a questões	Responde a uma questão corretamente	1
1c) Responde a ordens	Realiza uma tarefa corretamente	1
2) Melhor olhar conjugado	Paralisia facial do olhar conjugado	1
3) Campos visuais	Hemianopsia completa	2
4) Paresia Facial	Paralisia facial central	2
5a) Membro Superior direito	Queda parcial antes de completar 10 segundos	1
5b) Membro Superior esquerdo	Nenhum esforço contra a gravidade	3
6a) Membro Inferior direito	Sem queda	0
6b) Membro Inferior esquerdo	Algum esforço contra a gravidade	2
7) Ataxia de membros	Ausente	0
8) Sensibilidade	Perda de sensibilidade moderada	1
9) Melhor linguagem	Afasia moderada	2
10) Disartria	Disartria moderada	2
11) Extinção e Desatenção	Orienta-se apenas para um lado do espaço	2
Total = 21		

Adaptado: <https://www.passeidireto.com/arquivo/76298321/escala-de-avc-do-national-institute-of-health-nihss>

APÊNDICE 2 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0
	Inclinação lateral	0
	Rotação	0
Membro Superior Esquerdo		
Escapulo-umeral	Elevação/depressão	1
	Adução/abdução	1
	Rotação Interna/externa	1
Cotovelo	Flexão/extensão	1
Antebraço	Pronação/supinação	1
Punho	Flexão/extensão	1
	Desvio radial/cubital	1
	Circundação	1
Dedos	Flexão/extensão	0
	Adução/Abdução	0
	Circundação	0
	Oponência do polegar	0
Membro Inferior Esquerdo		
Coxo-Femoral	Flexão/extensão	1
	Adução/abdução	1
	Rotação Externa/interna	1
Joelho	Flexão/extensão	1
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	1
	Inversão/eversão	1
Dedos	Flexão/extensão	0
	Adução/abdução	0

APÊNDICE 3 – Avaliação da Força Muscular Escala Medical Research Council)

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	5
	Extensão	5
	Flexão lateral esquerda	5
	Flexão lateral direita	5
	Rotação	5
Membro Superior Esquerdo		
Escapulo-umeral	Flexão	1
	Extensão	1
	Adução	1
	Abdução	1
	Rotação Interna	1
	Rotação Externa	1
Cotovelo	Flexão	1
	Extensão	1
Antebraço	Pronação	1
	Supinação	1
Punho	Flexão palmar	1
	Dorsi-flexão	1
	Desvio radial	1
	Desvio cubital	1
	Circundação	1
Dedos	Flexão	1
	Extensão	1
	Adução	0
	Abdução	0
	Circundação	0
	Oponência do polegar	0

Membro Inferior Esquerdo		
Coxo-Femoral	Flexão	3
	Extensão	4
	Adução	3
	Abdução	3
	Rotação Interna	3

	Rotação Externa	3
Joelho	Flexão	3
	Extensão	4
Tíbio – Tarsica	Flexão plantar	1
	Flexão dorsal	1
	Eversão	1
	Inversão	1
Dedos	Flexão	1
	Extensão	1
	Adução	1
	Abdução	1

APÊNDICE 4 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/vserIVn2/serIVn2a02.pdf>

APÊNDICE 5 – Avaliação da dependência, segundo a Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo: para cortar alimentos)	5
Dependente	0
2. Transferências	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
3. Toalete	
Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4. Utilização do WC	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda	5
Dependente	0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo	5
Imóvel	0
7. Subir e descer escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
8. Vestir	
Independente	10
Com ajuda	5
Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório	10
Acidente ocasional	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Total	15

APÊNDICE 6 – Avaliação da dependência nos Autocuidados, segundo a medida de independência funcional (MIF)

		Indep. Comple.	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (50%-74%)	Ajuda máxima (25%- 49%)	Ajuda total (0%- 25%)
Higiene	Higiene oral						X	
	Higiene Facial						X	
	Barbear							X
Vestir Sup.	Camisa Casacos							X
Vestir Inf.	Calças							X
Calçado	Meias							X
	Sapatos							X

Auto-cuidados	A - Alimentação	1
	B – Higiene Pessoal	1
	C - Banho	1
	D – Vestir Metade Superior	1
	E – Vestir Metade Inferior	1
	F – Utilização da Sanita	1
Controlo de Esfincteres	G - Bexiga	1
	H - Intestino	1
Mobilidade	I – Transf. de cama, cadeira, CR	1
	J - Sanita	1
	K - Duche	1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	Marcha – 2 CR - 1
	M - Escadas	1
Comunicação	N – Compreensão (auditiva, visual)	Auditiva – 3 Visual - 3
	O – Expressão Vocal/ Não Vocal	Vocal – 3 Não Vocal - 2
Cognição Social	P – Interação Social	1
	Q – Resolução Problemas	1
	R - Memória	1
Total		29

APÊNDICE 7 – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (UP), segundo a Escala de Braden

PERCEPÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Completamente limitado	1
Muito limitado	2
Ligeiramente limitado	3
Nenhuma limitação	4
HUMIDADE	
Constantemente húmida	1
Muito húmida	2
Ocasionalmente húmida	3
Raramente húmida	4
ATIVIDADE	
Acamado	1
Sentado	2
Anda ocasionalmente	3
Anda frequentemente	4
MOBILIDADE	
Completamente Imovél	1
Muito limitado	2
Significativamente limitado	3
Não limitado	4
NUTRIÇÃO	
Muito pobre (ou soro + de 5 dias)	1
Provavelmente inadequada	2
Adequado	3
Excelente	4
Fricção e forças de deslizamento	
Problema	1
Problema potencial	2
Não aparenta nenhum problema	3

Adaptado de: <https://www.medivaris.pt/escala-de-braden/>

APENDICE X
PLANO DE CUIDADOS - DOENTE COM SEQUELAS COVID

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: F.S

Género: Masculino

Idade: 62

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Residência: Própria

Escolaridade: Ensino básico

Profissão: Segurança

1.2. História da Doença Atual

Admitido no dia 11/10/2021, na Enfermaria de isolamento com o diagnóstico de Pneumonia por SARS-Cov-2 (PCR a 28/09), com quadro de dispneia há 6 dias, tosse seca e febre com 1 semana de evolução, sem toracalgia ou cansaço. Referiu também quadro de diarreias, nega anosmia ou disgeusia. Já teria sido vacinado para SARS-Cov-2, com a vacina Astrazeneca, última dose 02/06/2021. À entrada fez exames complementares de diagnóstico que estão apresentados no ponto abaixo.

1.2.1 Exames complementares de diagnóstico

1.2.1.1 Gasometria em ar ambiente (11/10/2021)

PH	pCO2	pO2	SO2	HCO3
7,35-7,45	35-45 mmHg	80-100 mmHg	96-98%	22-26 mEq/l
7.30	24	78	94	11.8

1.2.1.2 Análises Laboratoriais (11/10/2021)

Hemoglobina	Linfócitos	Ureia	Creatinina	PCR	Sódio	Potássio	Glucose
115-180 g/L	19.0 – 48.0 %	16-40 mg/dL	0,6 – 1,2 mg/dL	<0,2	135-145 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	60-110 mg/dL
129	4.1	261	2.6	11.35	135	4.7	504

1.2.1.3 TAC – Tórax (11/10/2021)

Pequenos gânglios mediastínicos, sem critérios de adenomegalias. Sem evidentes adenomegalias hilares, bilateralmente, sem derrame pleural ou pericárdico. Em janela de pulmão, referimos áreas de densificação em vidro despolido de limites imprecisos em localização sub-pleural, periférica predominante, praticamente a toda a altura dos pulmões, mais expressivas nos lobos superiores e à esquerda, associando-se a esboço de reticulação intralobular e algumas zonas mais consolidativas no pulmão esquerdo, em relação com a informação clínica fornecida de pneumonia por SARS- CoV-2.

1.2.1.4 RX-Tórax (11/10/2021)



1.3. História Clínica Pregressa

Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Melitus tipo II (DM II) não insulina-tratado, dislipidemia, doença renal crônica (DRC), Hepatite B, hemicolectomia direita por neoplasia do colon em 2009, sigmoidectomia em 2012 por adenoma com displasia de alto grau, colescistectomia.

1.4. Terapêutica Atual

- Losartan;
- Metformina + Vildagliptina;
- Pantoprazol;
- Finasterida;
- Cyclo 3;
- Febuxostato.

1.5. Evolução da doença/motivo de internamento

Internado a 11/10 na Enfermaria de Isolamento apresentando-se estável da parte respiratória com oxigénio por cânulas nasais a 2l/m, no dia 13/10 existe um agravamento respiratório grave, com necessidade de aumento de oxigénio até máscara de alto débito a 15l/m, sem reversão do quadro, utente é conectado a Ventilação Não Invasiva (VNI), sem melhoria, com persistência de acidose metabólica não compensada e baixa de saturações periféricas de oxigénio (SpO₂)

Neste dia é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde é ventilado mecanicamente com recuperação lenta das SpO₂.

Por falência respiratória, utente fica conectado a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em decúbito ventral até dia 30/10, durante este período foram realizadas duas tentativas de desmame ventilatório sem sucesso, no dia 29/10 por decisão médica foi traqueostomizado (com cânula nº8 com cuff sem fenestra).

Mantém VMI, com progressiva melhoria dos parâmetros ventilatório até dia 05/11, dia em que se consegue iniciar desmame ventilatório e conexão a Oxigénio por MV60%. Por melhoria, utente é transferido para unidade de cuidados intermédios até ao dia 09/11 para maior vigilância e 10/11 é transferido para Enfermaria, ficando internado no Serviço de Medicina 2 com os diagnósticos de Pneumonia por Sars-Cov2 com insuficiência respiratória e necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e consequente, Lesão renal aguda (LRA) em Doença Renal Crónica (DRC) e polimioneuropatia do doente crítico (retirado do processo clínico).

1.6. Condição sociofamiliar e económica

Utente previamente independente nas AVD, vivia com a esposa com quem mantinha uma relação de casamento à cerca de 40 anos. Segundo a esposa, o Sr. F.S. sempre foi uma pessoa bastante trabalhadora, partilha as tarefas com a esposa e mantém uma ótima relação. Não têm filhos, segundo a esposa “porque nunca aconteceu” – SIC, mas têm um suporte familiar forte.

Do ponto de vista económico, ambas apresentam ordenados, não apresentando problemas económicos.

2. APRECIACÃO

Observação Física

O Sr.^a F.S. apresenta pele descorada e desidratada. Pupilas isocóricas e isoreactivas. Eupneico, com respiração superficial, sem utilização de musculatura acessória, aporte de O² por traqueostomia a 4l/m. Apresentando dispneia de grau 5, segundo avaliação da dispneia pela Escala de Dispneia Medical Research Council (Apêndice 1). Apresenta tosse com expetoração que utente não consegue expelir. Não apresenta peças dentárias. Tem Sonda Nasogastrica nº16 na narina direita, onde profunde alimentação entérica por bomba de alimentação a 80cc/h. Realizada avaliação da deglutição com a administração de água com espessante com a consistência de pudim, porém Sr. F.S. não deglutiui, mesmo após várias tentativas, manteve água na boca. (Avaliado reflexo de deglutição - Apêndice 2). Encontra-se bastante emagrecido.

Apresenta pele integra, sem sinais de Ulcera de Pressão.

Encontra-se algaliado para controlo de diurese, evacua na fralda. Apresenta incontinência de esfínteres.

Avaliação do estado cognitivo

Utente vígil. Parcialmente colaborante, pelo facto de não conseguir comunicar pela traqueostomia, torna-se difícil perceber estado de orientação. Com alteração nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração). Encontra-se sonolento. Não demonstrando capacidade de atenção às perguntas que lhe são colocadas. Foi perguntado o nome e não conseguiu responder.

Avaliação da Dor: Segundo Escala gráfica da Dor

Não apresenta faces de dor.

Avaliação do Tônus Muscular dos Segmentos Corporais: Verificam-se sinais de hipotonia de grau 1, à realização de mobilização passiva, excepto nos segmentos da cabeça e pescoço, segundo Escala Modificada de Ashworth (Escala Modificada de Asworth no Apêndice 3).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Apresenta alterações de todos os segmentos dos Membros Superiores e Inferiores, segundo a *Escala Medical Research Council* (Apêndice 4) .

Avaliação do Equilíbrio: Apresenta equilíbrio estático quando sentado, mas equilíbrio dinâmico comprometido. Em pé equilíbrio estático e dinâmico instável. Assume posição ortostática. Anda com apoio bilateral (apenas pequenos passos), assumindo-se Equilíbrio diminuído segundo *Escala de Berg* (Apêndice 5).

Avaliação da Coordenação: Não foi possível implementar nenhum teste para avaliar a coordenação motora por Sr. não cumprir ordens complexas ordens.

Avaliação da Sensibilidade: Sensibilidade superficial - tátil, térmica e dolorosa. Sem alterações. Sensibilidade profunda - relativamente ao sentido de pressão, a sensibilidade a estímulos vibratórios (uso de diapasão nas saliências ósseas) ou sensibilidade postural, encontra-se mantida.

Avaliação do Risco de Queda: Alto risco de queda (score 85), segundo a Escala de Morse (Apêndice 6).

Avaliação do Grau de Dependência: Score 15, equivalência a Dependência Total segundo a Escala de *Barthel*, a pontuação varia entre 0-100, sendo que 0 corresponde a uma dependência total e 100 corresponde a independência (Apêndice 7).

Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (UP): Baixo Risco de UP (score 8), segundo a Escala de Braden (Apêndice 8).

Avaliação das sequelas funcionais Pós-COVID-19: Para avaliar a gravidade das sequelas funcionais que o Sr. F.S. ficou após infecção por Sars-COV-2, foi utilizada a *Escala de Status Pós-COVID-19* (Apêndice 9) onde o Sr. obteve uma pontuação de 4 pontos – atribuindo Limitações Funcionais Severas.

3. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Autocuidado	Défice Autocuidado/Sistema de enfermagem
Manutenção de inspiração de ar suficiente	- TA: 147-93 mmHg. - FC: 87 bpm, pulso cheio, rítmico. - Temperatura: 36,8 °C (temperatura timpânica). - Dor: ausência de dor em repouso (grau 0: em repouso). - FR: 19 ciclos/min, padrão respiratório com predomínio toraco-abdominal, ritmo regular, superficial, expansão torácica simétrica, sem utilização de músculos acessórios. A - Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Com farfalheira. - Circulação: sem sinais de insuficiência venosa periférica. Sem edemas.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	Administração de 1,5l de água pela sonda Nasogástrica.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	Alimentado por SNG, segundo prescrição diatéctica da nutricionista hospitalar.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Apresenta incontinência de esfíncteres. Urina clara, sem sedimento. Algaliado até ao dia 11/11/2021 Evacua diariamente, fezes castanhas, moldadas, em moderada quantidade, tendencialmente no período da manhã.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Limitação da manutenção da atividade por polimioneuropatia do doente crítico. Atualmente necessita de apoio de outra pessoa para satisfazer em todas as suas atividades de autocuidados.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.

	Utente dorme a noite toda, sem necessidade de terapêutica.	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Com alteração do padrão habitual. Não interage adequadamente com os profissionais de saúde nem com os familiares pelo compromisso da comunicação.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.
Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	Alto risco de queda. Pele e mucosas: Coradas e hidratadas. Pele integra. Com alteração no equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, com alterações da marcha por diminuição da força por polineuropatia do doente crítico.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.
Promoção do Funcionamento e desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais, conforme o potencial humano, as limitações e o desejo de ser normal	Não tem consciência das suas imitações.	Défice no Autocuidado Sistema totalmente compensatório.

4. PLANO DE CUIDADOS (Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.)

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1) Autocuidado ventilação alterado relacionado com tosse ineficaz	- Manter permeabilidade da via aérea: a) promover o ensino da tosse b) melhorar a ventilação c) descanulação da traqueostomia	- Observar [radiografia ao] tórax. - Auscultar tórax [antes e após sessão de reeducação funcional respiratória] do Sr. F.S. - Executar Drenagem Postural Modificada com o Sr. F.S.: - [Sr.F.S. em decúbito dorsal, no leito em semifowler, com almofada na região popliteia – segmentos anteriores dos lobos inferiores] - [Sr.F.S. em decúbito semidorsal esquerdo, no leito em semifowler – lobo médio] - [Sr.F.S. em decúbito lateral direito e esquerdo, em semifowler – segmentos internos e externos dos lobos inferiores] - Ensinar o Sr.F.S. sobre [Reeducação Diafragmática] - Ensinar sobre [Reeducação diafragmática da Porção posterior] - Ensinar sobre [hemicúpula direita e esquerda] - Executar [Reeducação Diafragmática – com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória] com o Sr.F.S. - Ensinar o Sr.M. sobre [Reeducação Costal] - Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva inferior] - Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva do hemitórax esquerdo e direito - porção Ântero-inferior]	11/11/2021 - Avaliação do Raio-X torax AP, onde se observa um tubo de traqueostomia, bem posicionado, alterações fibróticas difusas bilaterais, diminuição dos espaços intercostais mais acentuado à esquerda . - Realizada sessão de reabilitação. Executa os exercícios com facilidade e tolerância, mantendo ênfase na expiração. Sr.F.S. Após drenagem postural modificada - expelindo secreções mucopurulentas, espessas em moderada quantidade. Sr. F.S. executa com tolerância a ponte, e o rolar na cama. Não apresenta dificuldade nos exercícios de fortalecimento muscular, dissociação dos tempos respiratórios.

		- Ensinar sobre [Reeducação costal seletiva do hemitórax esquerdo e direito - porção lateral com abertura costal] - Ensinar sobre [Reeducação costal global com bastão] - Executar [Reeducação Costal – com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória] com o Sr. M. - Ensinar o Sr. A. sobre Tosse [dirigida]. - Supervisionar a Tosse [dirigida]	
2) Mobilidade alterada, relacionada com polineuropatia do doente crítico	- Restabelecer a força Muscular - Restabelecer o mecanismo de controlo postura - Restabelecer o equilíbrio	- Avaliar equilíbrio [estático e dinâmico] - Executar treino de equilíbrio [dinâmico] com o Sr. F.S. - [Com o Sr. F.S. em posição ortostática, balancear o tronco] - Avaliar treino de equilíbrio. - Executar movimentos articulares ativos [livres: flexão/extensão, inclinação, rotação da cabeça e pescoço; flexão/extensão, abdução/adução, oposição dos dedos das mãos; flexão/extensão, desvio radial/ cubital, circundução dos punhos, pronação/supinação dos antebraços; flexão/extensão do cotovelo; elevação/depressão, adução/abdução, rotação interna/externa da escapulo-umeral; flexão/extensão, adução/abdução dos dedos dos pés; dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão das tibiotársicas; flexão/extensão dos joelhos; flexão/extensão, adução/abdução,	11/11/2021 Avaliação do equilíbrio, o Sr. F.S. mantém equilíbrio sentado estático. Não apresenta equilíbrio dinâmico sentado nem ortostático estático e dinâmico. Avaliada força muscular, grau 3/5, a nível dos membros superiores e entre 3/5 e 4/5 nos membros inferiores. Restantes segmentos sem alterações. Realizado treino de equilíbrio e de marcha, com O2 a 4l/m (no quarto), anda com apoio bilateral de duas pessoas, apenas 3 passos.

		rotação interna/externa e da coxofemoral à direita e esquerda]. - Executar Técnicas de Exercício muscular com o Sr. F.S. - Executar Movimentos articular ativos [com resistência: dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão da tibiotársica; flexão/extensão dos joelhos, flexão/extensão, abdução/adução, rotação externa/interna das coxofemoral; - Avaliar treino de exercício muscular [através da avaliação força muscular dos segmentos corporais]. - Executar treino de marcha, em todas as sessões.	
4) Comunicação alterada	- Restabelecer a comunicação	Treino de exercícios para resistência muscular: - Exercícios para aumentar a força dos lábios (estalar os lábios, protuir os lábios, retrain os lábios, lateralizar os lábios, segurar uma espátula entre os lábios protuidos, segurar uma espátula entre os lábios em repouso, beber pela palhinha). Repetição 5 vezes. - Exercícios para aumentar a resistência da língua: (lateralizar a língua, elevar a língua, retrain a língua, “varrer” com a língua o palate ântero-posteriormente, vibrar a língua, empurrar as bochechas com a ponta de língua). Repetição 5 vezes. - Exercícios para o palato mole: (soprar, sugar, emitir sons como “aaaaa, ãããããã”.	15/11/2021 Iniciado protocolo de descanulação para cânula 6 fenestrada. Utente com a movimentos involuntários com a língua, e colocação da língua para fora. No final da sessão utente emite sons e consegue manter boca fechada.

		- Exercícios de mobilidade laríngea: Execução de escalas musicais, emitir sons graves e agudas intercalados, emitir curvas melódicas, bocejar, emitir “uuuuuuhhh” com a língua retraída.	
--	--	--	--

APÊNDICE 1 – Avaliação da dispneia, segundo Escala de Dispneia Medical Research Council

Graus	Descrição	11/11/2021
Grau 1	Sem Problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.	
Grau 2	Falta de fôlego em caso de pressão ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado	
Grau 3	Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.	
Grau 4	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.	
Grau 5	Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	X

APÊNDICE 2 – Avaliação da deglutição

Informação clínica relevante	11/11/2021	
Estado mental/funções cognitivas: - Estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção, funções executivas	Glasgow 14, alerta, calmo, cumpre ordens simples.	
Linguagem	Não comunica por apresentar cânula não fenesturada	
Postura/controlo da cabeça na posição sentado	Apresenta uma boa postura da cabeça na posição sentado	
Aparência da mucosa oral	Mucosa descorada e desidratada	
Estado nutricional	Entubado nasogastricamente, cumpre dieta prescrita	
Peças dentárias presentes	Não apresenta peças dentárias	
Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação	-	
Padrão respiratório	Eupneico, com respiração toraco-abdominal, simétrica, superficial, sem utilização de músculos acessórios.	
Capacidade de fazer apneia voluntária	Não	
Eficácia da tosse	Aparentemente eficaz	
Observar se existe movimento faríngeo quando deglute a saliva	Com movimento faríngeo	
Observar se consegue deglutir a saliva	Deglute a saliva	
Avaliação dos pares cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII)	V – Trigêmeo	Sensibilidade mantida em ambas as hemifaces, nas três divisões do trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular.
	VII - Facial	Reconheceu sabores como doce, amargo e salgado.
	IX – Glossofaríngeo	Não foi possível sabores (doce, amargo e salgado) no 1/3 posterior da língua.
	X - Vago	Não verbaliza nem emite sons. Reflexo de vômito presente.
	XI - Espinhal	Lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência.

	XII – Grande Hipoglosso	Com alterações dos movimentos da língua, não consegue fazer movimentos com a língua. Sem acumulação de saliva ou alimentos na fossa piriforme.
Reflexos (deglutição, tosse, velopalatino, faríngeo)	Mantém reflexos	
Auscultação cervical	Utente não chegou a deglutir	
Oximetria de pulso	Saturações sempre na ordem dos 97%	

Apêndice 3 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0
	Inclinação lateral	0
	Rotação	0
Membros Superiores		
Escapulo-umeral	Elevação/depressão	1
	Adução/abdução	1
	Rotação Interna/externa	1
Cotovelo	Flexão/extensão	1
Antebraço	Pronação/supinação	1
Punho	Flexão/extensão	1
	Desvio radial/cubital	1
	Circundação	1
Dedos	Flexão/extensão	1
	Adução/Abdução	1
	Circundação	1
	Oponência do polegar	1
Membros Inferiores		
Coxo-Femoral	Flexão/extensão	1
	Adução/abdução	1
	Rotação Externa/interna	1
Joelho	Flexão/extensão	1
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	1
	Inversão/eversão	1
Dedos	Flexão/extensão	1
	Adução/abdução	1

Apêndice 4 – Avaliação da Força Muscular Escala Medical Research Council

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5	
	Inclinação lateral	5	
	Rotação	5	
Membros Superiores		Esquerdo	Direito
Escapulo-umeral	Elevação/depressão	3	3
	Adução/abdução	3	3
	Rotação Interna/externa	3	3
Cotovelo	Flexão/extensão	3	3
Antebraço	Pronação/supinação	3	3
Punho	Flexão/extensão	3	3
	Desvio radial/cubital	3	3
	Circundação	3	3
Dedos	Flexão/extensão	3	3
	Adução/Abdução	3	3
	Circundação	3	3
	Oponência do polegar	3	3
Membros Inferiores		Esquerdo	Direito
Coxo-Femoral	Flexão/extensão	4	4
	Adução/abdução	3	3
	Rotação Externa/interna	3	3
Joelho	Flexão/extensão	4	4
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	3	3
	Inversão/eversão	3	3
Dedos	Flexão/extensão	4	4
	Adução/abdução	3	3

Apêndice 5 – Avaliação do Equilíbrio, segundo Escala de Berg

Descrição dos itens	Pontuação	Total 11/11/2021	
1. Da posição de sentado para a posição de pé Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos para se apoiar.	4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	0	
	3. Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos.		
	2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.		
	1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
	0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.		
2. Ficar em pé sem apoio Instruções: Por favor, fique em pé 2 minutos sem se apoiar.	4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	0	
	3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.		
	2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
	1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio.		
	0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
1. Sentado sem apoio Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados 2 minutos.	4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos	1	
	3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão.		
	2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.		
	1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.		
	0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos.		
2. Da posição de pé para a posição de sentado Instruções: Por favor, sente-se.	4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	
	3. Controla a descida utilizando as mãos		
	2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.		
	1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.		

	0. Necessita de ajuda para sentar-se.		
3. Transferências Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra. Peça à pessoa para se transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio e vice-versa. Pode utilizar-se uma duas cadeiras (uma com apoio de braço e uma sem, ou uma cama e uma cadeira).	4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos	0	
	3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.		
	2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.		
	1. Necessita de uma pessoa para ajudar.		
	0. Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança.		
4. Ficar em pé com os olhos fechados Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos durante 10 segundos.	4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	1	
	3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.		
	2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.		
	1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.		
	0. Necessita de ajuda para não cair.		
5. Ficar em pé com os pés juntos Instruções: Por favor, junte os pés e fique em pé sem se apoiar.	4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	
	3. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão.		
	2. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos.		
	1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.		
	0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.		

6. Inclinar-se para a frente com o braço esticado Instruções: Levante o braço 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 a frente, os dedos não devem tocar na régua. A medida a ser registada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando os pacientes se inclinam para a frente o máximo que ele conseguem. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).	4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança	0	
	3. Pode avançar a frente >12,5 cm com segurança.		
	2. Pode avançar a frente >5 cm com segurança.		
	1. Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão.		
	0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.		
7. Apanhar um objeto do chão Instruções: Por favor, apanha o sapato que está à frente dos seus pés.	4. Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança	0	
	3. Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
	2. Incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		
	1. Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.		
	0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		

8. Virar-se para olhar para trás Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de si por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Repita o mesmo processo para o ombro direito. (O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento).	4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso	0	
	3. Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.		
	2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.		
	1. Necessita de supervisão para virar.		
	0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		
9. Dar uma volta de 360 graus Instruções: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	4. Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos.	0	
	3. Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 seg. ou menos.		
	2. Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente.		
	1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
	0. Necessita de ajuda enquanto gira		
10. Colocar os pés alternadamente num degrau Instruções: Toque em cada pé alternadamente no degrau. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau 4 vezes.	4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	0	
	3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos.		
	2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		
	1. Capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda.		
	0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
11. Ficar em pé com um pé à frente do outro Instruções: (demonstrar para o paciente)	4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
	3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado,		

Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	independentemente, e permanecer por 30 segundos	1	
	2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos		
	1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.		
	0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.		
12. Ficar em pé sobre uma perna Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar	4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 seg	0	
	3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 seg.		
	2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 seg.		
	1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente.		
	0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.		
Considerações: 41 – 56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom 21 - 40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído		11/11/2021 3 Alto risco de queda	

Apêndice 6 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Apêndice 7 – Avaliação da Dependência (Escala de Barthel)

4. Alimentação	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo: para cortar alimentos)	5
Dependente	0
5. Transferências	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
6. Toalete	
Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4. Utilização do WC	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda	5
Dependente	0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo	5
Imóvel	0
7. Subir e descer escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
8. Vestir	
Independente	10
Com ajuda	5
Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório	10
Acidente ocasional	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Total	15

Apêndice 8 – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden)

PERCEPÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Completamente limitado	1
Muito limitado	2
Ligeiramente limitado	3
Nenhuma limitação	4
HUMIDADE	
Constantemente húmida	1
Muito húmida	2
Ocasionalmente húmida	3
Raramente húmida	4
ATIVIDADE	
Acamado	1
Sentado	2
Anda ocasionalmente	3
Anda frequentemente	4
MOBILIDADE	
Completamente Imóvel	1
Muito limitado	2
Significativamente limitado	3
Não limitado	4
NUTRIÇÃO	
Muito pobre (ou soro + de 5 dias)	1
Provavelmente inadequada	2
Adequado	3
Excelente	4
Fricção e forças de deslizamento	
Problema	1
Problema potencial	2
Não aparenta nenhum problema	3

Adaptado de: <https://www.medivaris.pt/escala-de-braden/>

Apêndice 9 - Escala de Status pós-covid

Consegue viver sozinho sem ajuda de outra pessoa? (tem capacidade para comer, andar, usar a casa de banho de forma independente e realizar a sua higiene diária).

SIM

NÃO

Existem funções/atividades em casa ou no trabalho que já não seja capaz de desempenhar sozinho?

NÃO

SIM

Sofre de algum destes sintomas: dor, depressão ou ansiedade?

NÃO

SIM

Precisa evitar ou reduzir tarefas/atividades ou distribuí-las ao longo do tempo?

NÃO

SIM

Pontuação 0 Sem limitações Funcionais	Pontuação 1 Limitações Funcionais imperceptíveis	Pontuação 2 Poucas limitações Funcionais	Pontuação 3 Limitações Funcionais Moderadas	Pontuação 4 Limitações Funcionais Severas 11/11/2021
--	--	---	---	--

Fonte: Nogueira, I., Fountoura, F., Carvalho, C. (2021). RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19. Comunicação Oficial – Ossobrafir

APENDICE XI
PLANO DE CUIDADO A DOENTE COM NECESSIDADE
ORTOPÉDICA

1.1 Identificação da Pessoa

Nome: A.O

Género: Feminino

Idade: 90

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Viúva

Residência: Própria

Escolaridade: Ensino básico

Profissão: Reformada de doméstica

1.2. Motivo de Referenciação

- Dependência nas AVD;
- Necessidade de vigilância e/ou tratamentos complexos pós-cirúrgicos;
- Necessidade de ensinamentos à utente e cuidadora;
- Gestão do regime terapêutico;
- Reabilitação.

1.3. História da Doença Atual

02/11/2021: Fratura intertrocanterica direita por queda da própria altura à entrada da sua casa;

22/11/2021: Submetida, sob raquianestesia, a redução incruenta e osteossíntese com cavilha;

25/11/2021: Realizou radiografia de controlo, apresentando fratura alinhada. Foi observada por Medicina Física e Reabilitação que realizou ensinamentos à utente sobre reeducação funcional motora, treino de marcha, produtos de apoio e datas para realizar levante com carga progressiva.

Neste dia é realizado levante com andarilho, sem carga no MID, com ajuda de fisioterapeuta.

26/11/2021: Por apresentar evolução favorável durante o internamento tem alta clínica para o domicílio com referenciação para ECCI;

Durante o período em que utente aguardava admissão na ECCI, iniciou levante com carga parcial nos primeiros dias de Dezembro (SIC), e progressivamente foi aumentada a carga no MID.

12/01/2022: Admissão na ECCI.

1.4. História Clínica Pgressa

Fratura do fémur esquerdo proximal em 2018 (operada), tireoidectomia parcial em 2021, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, hipertensão pulmonar, tromboembolismo pulmonar em 2017, gastropatia, osteoporose.

1.5. Terapêutica Atual

- Bisoprolol 2,5mg – 1cp/dia;
- Amiodarona 200mg – 1cp/dia;
- Levotiroxina 0,050mg – 1cp/dia;
- Lorazepam 1mg – 1cp/dia;

- Sertralina 50mg – 1cp/dia;
- Lasix 40mg – 1cp/dia;
- Pradaxa 110mg – 1cp/dia.

1.6. Condição sociofamiliar e económica

Utente previamente independente nas AVD, vivia sozinha, atualmente está em casa da filha, pela sua casa ter degraus até à entrada do elevador. A filha encontra-se reformada pelo que dá apoio total à mãe, apresentando uma atitude favorável face ao papel de cuidadora.

Do ponto de vista económico, ambas apresentam reforma e a dona A.O. além da reforma recebe pensão de viuvez.

Desde a alta hospitalar tem permanecido na casa da filha e é lá que em consenso com a filha pretende ficar até estar totalmente independente, a residência situa-se no 5º andar de prédio com elevador e boa acessibilidade. Não foram identificadas barreiras arquitetónicas.

2. APRECIÇÃO

Observação Física

A Sr.^a A.O. apresenta pele corada e hidratada, tem prótese dentária superior e inferior.

Apresenta pele íntegra ao nível dos membros superiores.

Apresenta cicatriz de ferida operatória no trocânter direito com bordos unidos e sem sinais inflamatórios.

Refere controlo de esfíncteres, utiliza sanitário com alteador para eliminação.

Avaliação do estado cognitivo

A Sr.^a A.O. encontra-se consciente e orientada nas três vertentes.

Avaliação da Dor: Segundo Escala Quantitativa da Dor

Utente refere dor de grau 3 no Membro Inferior Direito (MID) quando realiza levante, toma paracetamol para alívio, com efeito. Em repouso, refere dor 0.

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Utente apresenta força de grau 5 em todos os segmentos corporais, excluindo no MID onde apresenta força de grau 3 em todos os segmentos, segundo a *Escala Medical Research Council* (Apêndice 1) .

Dada a diminuição da força no MID, utente apresenta ligeiro desequilíbrio na marcha com andarilho.

Avaliação do Grau de Dependência: Para avaliação do grau de dependência recorri ao índice de Barthel (Apêndice 2) que avaliou o nível de dependência da utente em dez Atividades Básicas da Vida Diária: alimentação, higiene pessoal, controlo da bexiga, controlo dos intestinos, transferência, mobilidade, uso do sanitário, capacidade para vestir, realização de banho, e capacidade de utilizar as escadas. A pontuação da escala varia entre os 0-100 pontos, onde a Sr.^a obteve uma pontuação de 70,

que corresponde a um grau de dependência moderado. Sendo que a pontuação mínima é zero e corresponde à dependência máxima para todas as AVD, e a pontuação máxima de 100 corresponde à independência total.

Avaliação do Risco de Queda: Utente apresenta alto risco de queda (score 65), segundo a Escala de Morse (Apêndice 3).

Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (UP): Baixo Risco de UP (score 19), segundo a Escala de Braden (Apêndice 4).

5. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Autocuidado	Défi ce Autocuidado/Sistema de enfermagem
Manutenção de inspiração de ar suficiente	- TA: 126-73 mmHg. - FC: 87 bpm, pulso cheio, rítmico. - Temperatura: 36,8 °C (temperatura timpânica). - Dor: ausência de dor em repouso (grau 0: em repouso). - FR: 16 ciclos/min, padrão respiratório com predomínio toraco-abdominal, ritmo regular, amplitude média, expansão torácica simétrica. - Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios. - Circulação: sem sinais de insuficiência venosa periférica. Apresenta pulso pedioso e tibial posterior em ambos os membros inferiores. Sem edemas	Sem défi ces no AC
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	- Ingere líquidos sem dificuldade; - Utente e cuidadora conscientes para o risco de desidratação.	Sem défi ces no AC
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	- Utente alimenta-se sozinha, faz cerca de 5/6 refeições por dia. A filha/cuidadora providencia todas as refeições.	Sem défi ces no AC
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Apresenta continência de esfínteres. Mantém padrão urinário e intestinal mantido. Evacua diariamente, fezes castanhas, moldadas, em moderada quantidade.	Sem défi ces no AC
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Utente realiza pouca atividade durante o dia, realizando apenas as AVD, permanecendo posteriormente no cadeirão/cama alternamente durante o dia todo. Sem alteração do padrão habitual de sono.	Sistema parcialmente compensatório

Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Utente com medo de cair, pelo que não sai de casa, apresenta assim ausência de estímulos e interação de outras pessoas. Tem visitas de neta e bisneta.	Sistema parcialmente compensatório
Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	- Alterações do equilíbrio dinâmico em pé; - Alto do Risco de Queda;	Sistema parcialmente compensatório.
Promoção do Funcionamento e desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais, conforme o potencial humano, as limitações e o desejo de ser normal	Utente consciente das suas dificuldades.	Sem Défices no AC

6. PLANO DE CUIDADOS (Segue plano de cuidados, elaborado a partir da CIPE Versão 2.)

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2) Padrão de Mobilidade diminuído	Que a Srª. A.O apresenta padrão de mobilidade melhorada.	1. Avaliar força muscular dos [segmentos, através da Escala Medical Research Council] 2. Ensinar Técnicas de Exercício articular à Srª. A.O.: - Executar movimentos articulares ativos [livres]: flexão/extensão, inclinação, rotação da cabeça e pescoço; flexão/extensão, abdução/adução, oposição dos dedos das mãos; flexão/extensão, desvio radial/cubital, circundução dos punhos, pronação/supinação dos antebraços; flexão/extensão do cotovelo; elevação/depressão, adução/abdução, rotação interna/externa da escapulo-umeral; flexão/extensão, adução/abdução dos dedos dos pés; dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão das tibiotársicas; flexão/extensão dos joelhos; flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa e da coxofemoral à direita e esquerda]. 3. Executar Técnicas de Exercício muscular com a Srª. A.O: - Executar Movimentos articular ativos [com resistência: dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão da tibiotársica; flexão/extensão dos joelhos (inicialmente com menos força à direita); flexão/extensão, abdução/adução, rotação externa/interna da coxofemoral (inicialmente com menos força à direita com progressão da força)]	12/01 Avaliada força muscular dos segmentos: verificou-se alteração ao nível da tibiotársica, do joelho, da coxofemoral à direita (grau 3). Restantes segmentos sem alterações da força muscular. Utente já fazia levantar e andava com andador, embora com marcha não segura e utilização do andador de forma deficitária; 17/01 Executado treino de marcha com andador, utente corrigiu a postura de marcha com andador; realizado treino de subida e descida de escadas com canadiana com apoio unilateral, utente com medo de cair, sem conhecimento sobre utilização de canadiana, realizado ensino e treino.. Filha realiza treinos diários com a mãe. Utente com aumento do grau de força ao nível do joelho para grau 4. 19/01 Utente demonstrou iniciativa no treino de subida e descida de escadas, com utilização correta da canadiana. 19/01- Utente autónoma no andar com apoio de andador. Realizado novo treino de subida e descida de escadas, com utilização correta da canadiana. Avaliada

		- [Orientar Sr^a. A.O na realização de movimentos ativos com resistência dos segmentos dos membros superiores] 4. Avaliar treino de exercício muscular [através da avaliação força muscular dos segmentos corporais]. 5. Realizar ensinios à utente e filha sobre treino de marcha com andarilho. 6. Executar treino de marcha com andarilho à Sr^a. A.O. 7. Incentivar filha a executar treino de marcha diariamente. 8. Executar treino de subida e descida de escadas com apoio de canadiana unilateral;	novamente força do MID, com subida para grau 4 de força de todos os segmentos do MID.
2) Risco de Queda [alto]	- Que a Sr ^a . A.O. tenha potencial para risco de queda diminuído [score <26 da Escala de Morse]	1. Avaliar risco de queda [através da Escala de Morse]; 2. Executar [Programa de intervenção na comunidade] com a filha e com a Sr^a. A.O.: - Ensinar [sobre fatores intrínsecos: condição/idade], adesão ao regime medicamentoso [por parte da filha], treino de equilíbrio, técnicas de exercício muscular; - Ensinar [sobre fatores extrínsecos: ambientais (modificação da habitação – pouco espaço para marcha)] - Ensinar a filha o que fazer perante uma queda]	12/01 - Valor de alto risco de queda (score 65 na Escala de Morse). 17/01 Realizado ensino à filha sobre necessidade de alteração dos móveis/obstáculos. 19/01 Filha já tinha alterado disposição dos móveis.

Apêndice 1 – Avaliação da Força Muscular Escala Medical Research Council)

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5	
	Inclinação lateral	5	
	Rotação	5	
Membros Superiores		Esquerdo	Direito
Escapulo-umeral	Elevação/depressão	5	5
	Adução/abdução	5	5
	Rotação Interna/externa	5	5
Cotovelo	Flexão/extensão	5	5
Antebraço	Pronação/supinação	5	5
Punho	Flexão/extensão	5	5
	Desvio radial/cubital	5	5
	Circundação	5	5
Dedos	Flexão/extensão	5	5
	Adução/Abdução	5	5
	Circundação	5	5
	Oponência do polegar	5	5
Membros Inferiores		Esquerdo	Direito
Coxo-Femoral	Flexão/extensão	5	3
	Adução/abdução	5	3
	Rotação Externa/interna	5	3
Joelho	Flexão/extensão	5	3
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	5	3
	Inversão/eversão	5	3
Dedos	Flexão/extensão	5	3
	Adução/abdução	5	3

Apêndice 2 – Avaliação da Dependência (Escala de Barthel)

7. Alimentação	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo: para cortar alimentos)	5
Dependente	0
8. Transferências	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
9. Toalete	
Independente a fazer barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4. Utilização do WC	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda	5
Dependente	0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo	5
Imóvel	0
7. Subir e descer escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
8. Vestir	
Independente	10
Com ajuda	5

Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório	10
Acidente ocasional	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Total	70

Apêndice 3 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Adaptado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>

Apêndice 4 – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden)

PERCEPÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Completamente limitado	1
Muito limitado	2
Ligeiramente limitado	3
Nenhuma limitação	4
HUMIDADE	
Constantemente húmida	1
Muito húmida	2
Ocasionalmente húmida	3
Raramente húmida	4
ATIVIDADE	
Acamado	1
Sentado	2
Anda ocasionalmente	3
Anda frequentemente	4
MOBILIDADE	
Completamente Imóvel	1
Muito limitado	2
Significativamente limitado	3
Não limitado	4
NUTRIÇÃO	
Muito pobre (ou soro + de 5 dias)	1
Provavelmente inadequada	2
Adequado	3
Excelente	4
Fricção e forças de deslizamento	
Problema	1
Problema potencial	2
Não aparenta nenhum problema	3

Adaptado de: <https://www.medivaris.pt/escala-de-braden/>