



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

Relatório de Estágio

**Treino de Exercício na Reabilitação da Pessoa após
COVID-19: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

João Daniel Ribeiro dos Santos



**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Treino de Exercício na Reabilitação da Pessoa após
COVID-19: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

João Daniel Ribeiro dos Santos

Orientador: Professor José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Num mundo cada vez mais agitado e sufocante, torna-se fundamental acalmar... Nesse
sossego a morte sussura aos ouvidos. Por isso, para viver...
É preciso mexer mais, para respirar melhor!*

RESUMO

Nestes últimos dois anos, assistiu-se a uma grande mudança a nível mundial, devido à descoberta do SARS-CoV-2 e do impacto da sua doença – a COVID-19.

Estudos revelam que 50 a 70% dos indivíduos hospitalizados por COVID-19 mantém sintomatologia até 3 meses após a alta e que 25 a 50% dos indivíduos sem internamento hospitalar apresenta sintomas passado um mês do diagnóstico. Adicionalmente, foi demonstrada uma relação direta entre a severidade e quantidade dos sintomas na fase aguda e as limitações funcionais após a infeção, demonstrando que 20 a 30% das pessoas refere limitação nas AVD oito meses depois da infeção.

Tem sido crescente a evidência da reabilitação respiratória e motora, da pessoa após COVID-19 devido ao seu impacto no desempenho das AVD e consequentemente na qualidade de vida. Os cuidados de reabilitação à pessoa após COVID-19 têm como objetivo aliviar da sintomatologia, melhorar a função motora e respiratória e o ensino de estratégias de conservação de energia. A gestão da fadiga e da intolerância à atividade podem ser alcançados através de treino de exercício gradual, estruturado, individualizado e doseado. O treino de exercício deve contemplar, numa primeira fase, atividades como exercícios respiratórios, treino de AVD (higiene, vestuário, mobilidade), treino de flexibilidade, treino de equilíbrio e/ou a caminhada ligeira, como preparação para o retorno ao exercício. Numa segunda fase, promove-se a atividade física (AF) de baixa intensidade, através da realização de tarefas domésticas leves ou de caminhadas. Posteriormente, desenvolve-se AF moderada e o treino de resistência muscular pela inclusão de atividades prolongadas, rítmicas, utilizando os grandes grupos musculares e de exercícios de resistência muscular. Por fim, integra-se o treino funcional e do treino de coordenação. As intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nas funções motora e respiratória junto da pessoa após COVID-19 têm uma evidência escassa, havendo a necessidade da sua demarcação e a afirmação da sua pertinência.

Pretende-se com este relatório demonstrar de forma descritiva, analítica e reflexiva as atividades realizadas no estágio, a fim de desenvolver as competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEER.

Palavras-chave: COVID-19, Reabilitação, Treino de Exercício, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

The last two years have seen a major change worldwide, due to the discovery of SARS-CoV-2 and the impact of its disease – COVID-19.

Studies reveal that 50 to 70% of individuals hospitalized for COVID-19 maintain symptoms for up to 3 months after discharge and that 25 to 50% of individuals without hospital admission have symptoms within a month of diagnosis. Additionally, a direct relationship was demonstrated between the severity and quantity of symptoms in the acute phase and functional limitations after infection, demonstrating that 20 to 30% of people report limitation in ADL eight months after infection.

There has been increasing evidence of respiratory and motor rehabilitation of the person after COVID-19 due to its impact on the performance of ADL and consequently on the quality of life. Rehabilitation care for the person after COVID-19 aims to relieve symptoms, improve motor and respiratory function, and teach energy conservation strategies. The management of fatigue and activity intolerance can be achieved through gradual, structured, individualized, and dosed exercise training. Exercise training should initially include activities such as breathing exercises, ADL training (personal care, dressing, mobility), flexibility training, balance training and/or light walking, in preparation for returning to exercise. In a second phase, low-intensity PA is promoted through light household tasks or walking. Subsequently, moderate PA and muscular resistance training are developed through the inclusion of prolonged, rhythmic activities, using the large muscle groups and muscular resistance exercises. Finally, functional training and coordination training are integrated. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing independent interventions in motor and respiratory functions with the person after COVID-19 have little evidence, and there is a need for their distinction and the statement of their relevance.

The aim of this report is to demonstrate in a descriptive, analytical, and reflective approach the activities developed in the internship, to improve the common skills of a Specialist Nurse and specific skills to Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Keywords: COVID-19, Rehabilitation, Exercise Training, Rehabilitation Nursing

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a algumas pessoas que tornaram o *caminho* mais fácil...

... À minha família pelo apoio incondicional!

... À Catarina pela *loucura* em partilhar a aventura comigo!

... À Telma que entre trabalhos, desafios de uma vida atribulada como enfermeira e mãe entrou na *viagem* connosco, tornando-me mais rico!

... Aos colegas de grupo, que entre altos e baixos, vivemos juntos o percurso, sentimos as dores e as desaventuras, mas *subimos o Everest* e assobiámos para o lado quando chegámos ao topo!

... À Tânia, à Patrícia e à Marta pelas gargalhadas, pelos abraços, pelo apoio e ajuda, mas acima de tudo, por me *limparem as lágrimas*!

... Aos colegas de serviço e à Enfermeira Chefe que tornaram a *viagem mais leve*!

... Ao Nuno, por tudo!

... Ao Miguel pela preocupação constante com a minha saúde mental!

... Aos meus amigos que não identifiquei, mas que sem dúvida tornaram leves e menos dolorosos alguns momentos pesados!

... Ao Professor Pinto Magalhães pela orientação descontraída e descomplicada, tornando as reuniões, *sessões de café*!

... Aos enfermeiros orientadores que me mostraram o caminho para ser melhor enfermeiro e mostraram que vale a pena, SEMPRE!

... Às pessoas cuidadas que sem elas nada disto era possível e que também por elas se fez o caminho!

... Aos demais esquecidos neste momento de escrita!

... Muito Obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO.....	a
ABSTRACT	b
AGRADECIMENTOS	c
INTRODUÇÃO	1
1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	10
1.1. <i>COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</i>	10
1.2. <i>COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</i>	13
1.3. <i>COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS</i>	16
1.4. <i>COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</i>	18
2. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	22
2.1. <i>CUIDAR DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS</i>	23
2.2. <i>CAPACITAR A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA</i>	31
2.3. <i>MAXIMIZAR A FUNCIONALIDADE, DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA</i>	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO (VERTENTE COMUNITÁRIA)	i
APÊNDICE II – BROCHURA “POSICIONAMENTOS NA CAMA: COMO FAZER MELHOR!”	xxxii
APÊNDICE III – BROCHURA “QUEDAS: QUAL A GRAVIDADE?”	xxxv
APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO (VERTENTE HOSPITALAR).....	xxxviii
APÊNDICE V – PLANO ORIENTADOR DE TREINO DE EXERCÍCIO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM COVID-19	lxiv
ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: CUSTOMIZING EXERCISE PRESCRIPTION RELATIVE TO COVID	lxvii
ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 3º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – REABILITAR PARA A VIDA	lxix
ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA ONLINE “O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA, PELA VOZ DOS SEUS AUTORES”	lxxi

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo demonstrar o caminho realizado para a obtenção do título de EEER¹. Este percurso de três semestres, terminou com a realização do estágio curricular e a implementação do projeto formativo, desenvolvido na UC² *Opção II*, cujo cerne é a intervenção do EEER junto da pessoa após COVID-19³, em especial a prescrição do treino de exercício no processo de reabilitação. Neste sentido, foram definidos como objetivos gerais do projeto o desenvolvimento do treino de AVD⁴ na pessoa após COVID-19, desenvolvendo a funcionalidade e independência; e a implementação do treino de exercício na pessoa após COVID-19, melhorando a qualidade de vida. A escolha do tema teve como base um cariz pessoal, mas também o seu carácter emergente e impactante na atualidade.

Nestes últimos dois anos, assistiu-se a uma grande mudança a nível mundial. Em Dezembro de 2019 surgiu na provincia de Wuhan, China, os primeiros relatos de uma pneumonia atípica de causa desconhecida, levando à descoberta de um novo coronavírus (He et al., 2020). Apesar dos esforços para conter este crescente problema de saúde, surgiram casos espalhados por todo o globo, levando a OMS⁵ a 11 de Março de 2020 a declarar a infecção pelo novo coronavirus como *pandemia*, dado o seu impacto global na saúde, sociedade e na economia (Ghebreyesus, 2020).

Estudos revelaram que 50 a 70% dos indivíduos hospitalizados pela infecção por SARS-CoV-2⁶ ou COVID-19 mantem sintomatologia até 3 meses após a alta e 25 a 50% dos indivíduos sem internamento hospitalar ainda apresentam sintomas passado um mês do diagnóstico (Fernández-de-las-Peñas et al., 2021). Também alinhado com esta evidência, FAIR Health (2021) demonstra que cerca de metade dos doentes hospitalizados por COVID-19 apresenta pelo menos um sintoma sugestivo de pós-COVID após um mês da infeção, sendo no caso dos indivíduos assintomáticos cerca de 19% e nos com sintomas cerca de 28%.

Mais recentemente, foi demonstrada uma relação direta entre a severidade e quantidade dos sintomas na fase aguda e as limitações funcionais após a infeção,

¹ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

² Unidade Curricular

³ *Coronavirus Disease 2019*

⁴ Atividades de Vida Diária

⁵ Organização Mundial de Saúde

⁶ *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

demonstrando que 20 a 30% das pessoas refere limitação na realização das AVD oito meses depois da infecção (Fernández-de-las-Peñas, Martín-Guerrero, et al., 2022; Fernández-de-las-Peñas, Varol, et al., 2022; Guo et al., 2022a).

Por outro lado, a persistência dos sintomas após a fase aguda da doença pode estar associada à idade (Goërtz et al., 2020; Jacobs et al., 2020; Sudre et al., 2021; Tenforde et al., 2020), comorbilidades prévias, como a obesidade, asma ou patologia cardíaca (Goërtz et al., 2020; Tenforde et al., 2020), com a necessidade de hospitalização (Sudre et al., 2021) e com o sexo feminino (Jacobs et al., 2020; Sudre et al., 2021).

Alguns mecanismos potencialmente envolvidos no desenvolvimento da sintomatologia pós-COVID incluem: consequências de lesão aguda por SARS-CoV-2 em um ou vários órgãos; reservatórios persistentes de SARS-CoV-2 em certos tecidos; reativação de patógenos neurotróficos, como herpesvírus, sob condições de desregulação imunológica do COVID-19; interações do vírus com comunidades de microbioma/viroma do hospedeiro; problemas de coagulação; sinalização disfuncional do tronco cerebral/nervo vago; atividade contínua de células imunes preparadas; e autoimunidade devido ao mimetismo molecular entre patógeno e proteínas do hospedeiro (Proal & VanElzakker, 2021).

Fernández-De-las-peñas et al. (2021) definiu temporalmente as seguintes fases para os síndromes pós-COVID:

- Fase Transitória, desde o diagnóstico (se assintomático ou sem internamento hospitalar) ou da alta hospitalar até 5 semanas, cujos sintomas estão potencialmente associados com COVID-19;
- Fase I – Síndrome Pós-aguda COVID-19, desde 5 semanas até 12 semanas;
- Fase II – Síndrome Longa COVID-19, desde 12 semanas até 24 semanas;
- Fase III – Síndrome Persistente COVID-19, após as 24 semanas.

A sintomatologia após a infecção por SARS-CoV-2 tem repercussões funcionais potencialmente graves, as quais interferem com a qualidade de vida e com a capacidade laboral das pessoas afetadas (Augustin et al., 2021; Rajan et al., 2021). Esta encontra-se agrupada nos sistemas: neurológico (tontura, alterações na memória e atenção, confusão), autonómico (dor no peito, taquicardia, palpitações),

gastrointestinal (diarreia, dor abdominal, vômitos), respiratório (fadiga, dispneia, tosse, odinofagia), musculoesquelético (mialgias, artralguas), psiquiátrico (stress pós-traumático, ansiedade, depressão, insônia) e outras manifestações (alterações no paladar ou olfacto, rash cutâneo) (Bouza et al., 2021; Fernández-de-las-Peñas et al., 2021; Iwua et al., 2021; Nalbandian et al., 2021; Shah et al., 2021). Lopez-Leon et al. (2021) referem que os sintomas mais frequentes a longo prazo de COVID-19 são a fadiga, cefaleias, alterações da atenção/concentração, alopecia e a dispneia.

Mais recentemente, Xie et al., (2022) evidenciaram que, além dos primeiros 30 dias após a infecção, os indivíduos após COVID-19 apresentam risco aumentado de doença cardiovascular, incluindo distúrbios cerebrovasculares, arritmias, doença cardíaca, pericardite, miocardite, insuficiência cardíaca e doença tromboembólica. Este risco aumentado foi evidente entre os indivíduos que não foram hospitalizados e aumentaram de forma gradativa de acordo com a necessidade de cuidados durante a fase aguda.

Adicionalmente, os indivíduos após COVID-19 apresentam risco aumentado de alterações na saúde/doença mental, tais como, ansiedade, síndromes depressivas, stress e mal-adaptação, abuso de substâncias, declínio neurocognitivo e alterações no sono. O risco de problemas do foro mental foi evidente mesmo entre os que sujeitos com formas mais ligeiras de COVID-19, i.e., não internados, e foi maior naqueles que foram internados durante a fase aguda (Xie, Xu, & Al-Aly, 2022).

Relativamente às alterações cognitivas pós-COVID, foi demonstrado uma relação com os sintomas neurológicos/psiquiátricos e a fadiga durante a fase aguda, e com a sintomatologia neurológica, gastrointestinal e cardiopulmonar/fadiga se presente após a fase aguda (Guo et al., 2022a). Complementarmente, foram encontradas alterações de memória nas pessoas após COVID-19, com significado crescente associado à gravidade dos sintomas (Guo et al., 2022b).

Segundo Davis et al. (2021) indivíduos com COVID Longo relataram um envolvimento prolongado e multissistémico, assim como, incapacidade significativa. Passados sete meses, muitos ainda não recuperaram, em especial de sintomas sistémicos e de queixas neurológicas/cognitivas, nem retornaram aos níveis anteriores de trabalho e/ou continuaram a apresentar sintomatologia significativa.

Tem sido crescente a evidência na área da reabilitação, em especial respiratória e motora, da pessoa após COVID-19 devido ao seu impacto no desempenho das AVD e consequentemente na qualidade de vida (Antoniou et al., 2022; Wade, 2020). No caso de Barker-Davies et al. (2020), a reabilitação da pessoa após COVID-19 deve ter como objetivo aliviar a sintomatologia e melhorar a função motora e a qualidade de vida. Para Novak et al. (2022), os indivíduos que desenvolvem neuropatia ou miopatia dos cuidados intensivos após insuficiência respiratória por COVID-19 têm benefício com um programa de reabilitação hospitalar no seu estado funcional e nutricional.

Para Demeco et al. (2020), Vancea & Spiru (2020) e Ogundunmade (2022), devido ao impacto funcional da COVID-19, a intervenção em reabilitação deverá promover as funções pulmonar e motora. Já Bharati & Sahu (2022) referem a importância das estratégias de conservação de energia, a simplificação do trabalho e das AVD, assim como, o uso de produtos de apoio para a gestão da fadiga crónica associada ao pós-COVID.

Segundo Herrera et al. (2021) para a gestão da fadiga pós-COVID dever-se-á iniciar um programa de retorno à atividade individualizado, estruturado e doseado, com inclusão de estratégias de conservação de energia. Neste consenso multidisciplinar, existe a referência adicional a um padrão alimentar saudável e hidratação, assim como, a articulação com especialistas apropriados, para a resolução dos problemas médicos subjacentes, tais como a dor, insónia/distúrbios do sono ou problemas de humor, os quais podem contribuir para a gestão da fadiga.

Daynes et al. (2021) mostraram ganhos no controlo da fadiga, dispneia, aptidão física e cognição através de um programa de reabilitação de 6 semanas, com 2 sessões semanais, que incluía exercícios aeróbios, exercícios de força e sessões de educação para a saúde sobre diversos sintomas pós-COVID. Também Abodonya et al. (2021) mostraram benefícios na função respiratória, dispneia, funcionalidade e qualidade de vida com treino da musculatura inspiratória em doentes pós-COVID após internamento em cuidados intensivos com suporte ventilatório. Mais recentemente, Nopp et al. (2022) no seu estudo também mostraram ganhos na gestão da dispneia, fadiga, com melhoria da qualidade de vida, funcionalidade e da aptidão física, através de um programa multidisciplinar de Reabilitação Respiratória.

No estudo de Rodríguez-Blanco et al. (2022) os indivíduos sujeitos a treino de força e a exercícios respiratórios obtiveram melhorias significativas na fadiga, dispneia, percepção de esforço e do estado físico, em comparação ao grupo controlo. Os mesmos autores salientam que os benefícios maiores foram encontrados para dispneia e capacidade aeróbica no grupo de exercícios respiratórios.

Estudos demonstram que a função imunológica melhora com AF⁷ regular, e aqueles que são regularmente ativos têm menor incidência, intensidade de sintomas e mortalidade por várias infecções virais (da Silveira et al., 2021). Adicionalmente, a AF regular reduz o risco de inflamação sistémica, causa principal dos danos pulmonares provocados pela COVID-19 (J. F. Sallis et al., 2020).

Relativamente à COVID-19, estudos revelam que o aumento da capacidade aeróbia tem potencial de melhorar as funções imunológicas e respiratórias, com efeito positivo no combate à infeção (Mohamed & Alawna, 2020). Adicionalmente, indivíduos com COVID-19 devem realizar exercício aeróbio de intensidade moderada, para ganhos imunológicos (Alawna et al., 2020).

Mais recentemente, estudos demonstram uma relação inversa entre a aptidão física e a hospitalização por COVID-19 (Brawner et al., 2021), assim como, uma relação entre a inatividade física⁸ e formas mais significativas da doença, i.e., maior número de sintomas, maior severidade e/ou maior mortalidade (Gualano, 2022; R. Sallis et al., 2021).

No trabalho de Salman et al. (2021) sobre o retorno à AF após infeção por SARS-CoV-2 tem-se na Fase 1, a preparação do indivíduo para o retorno ao exercício com exercícios respiratórios, treino de flexibilidade, treino de equilíbrio e caminhada ligeira (PSE⁹ 6-8). Na Fase 2, espera-se desenvolver a actividade de baixa intensidade, como a caminhada, yoga ou tarefas domésticas leves, através de incrementos de 10-15 minutos por dia (PSE 6-11). Poder-se-á progredir para a Fase 3 após 7 dias e cumprindo caminhada durante 30 minutos a PSE 11. A Fase 3, foca o treino aeróbio

⁷ Atividade Física

⁸ *Inatividade Física* considera-se o não cumprimento das recomendações de atividade física da OMS para adultos, sendo 150-300 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Bull et al., 2020); ou, no caso americano, de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Piercy et al., 2018).

⁹ Percepção Subjetiva de Esforço

de intensidade moderada e o treino de resistência, através de dois blocos de treino de 5 minutos, com descanso de 5 minutos entre eles, aumentando um intervalo diariamente e progredindo até aos 30 minutos diários (PSE 12-14). A pessoa poderá progredir para a fase seguinte após 7 dias e quando atingir os 30 minutos de treino por sessão e se sentir recuperado após uma hora. Referente à Fase 4, desenvolve-se a atividade aeróbia moderada e a resistência muscular através de treino de coordenação e treino funcional. Por cada dois dias de treino (PSE 12-14), a pessoa descansará um dia, progredindo para a ultima fase após 7 dias e quando o cansaço/fadiga regressar ao normal. Por último, na Fase 5, recomenda-se o treino regular prévio à infeção (PSE >15).

No contexto do treino de exercício da pessoa após COVID-19, com sintomas leves, deve ser considerado limitar a atividade a leve (≤ 3 METs ou equivalente), mas limitar os períodos sedentários. Caso haja um agravamento da sintomatologia, dever-se-á aumentar os períodos de descanso. Também se deve evitar treinos prolongados, exaustivos ou de alta intensidade (Barker-Davies et al., 2020). Contrariamente, Foged et al. (2021) mostraram que indivíduos com sintomas severos de COVID-19 consideraram agradável e tolerável o treino intervalado de alta intensidade (HIIT), tendo cumprido o mesmo de forma segura.

No caso de doentes que necessitem de oxigenoterapia, devem ser considerados inicialmente exercícios de baixa intensidade (≤ 3 MET¹⁰ ou equivalente), enquanto simultaneamente monitoram os parâmetros vitais (pulso, respiração, tensão arterial e oximetria de pulso). O aumento gradual do exercício deve ser baseado nos sintomas (Barker-Davies et al., 2020).

A Reabilitação “compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, cabendo ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de ER¹¹, a fim de assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento n.º 392/2019). Para a OMS, é parte integrante dos cuidados de saúde, juntamente com a promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos e paliativos, sendo um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a

¹⁰ *Metabolic Equivalent of Task* ou Equivalente Metabólico da Tarefa (1 MET = 3,5ml O₂.kg⁻¹.min⁻¹).

¹¹ Enfermagem de Reabilitação

funcionalidade e a reduzir a incapacidade em indivíduos, através de trabalho multidisciplinar, incluindo educação para a saúde, exercícios terapêuticos, medicação, produtos de apoio e adaptações do ambiente doméstico ou laboral. A prestação de serviços de reabilitação ocorre ao longo da continuidade dos cuidados, em todos os contextos de saúde (World Health Organization, 2021).

Sendo uma área prioritária de investigação, as intervenções autónomas do EEER nas funções motora e respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), em especial junto da pessoa após COVID-19, tem uma evidência escassa, havendo a necessidade da sua demarcação e a afirmação da sua pertinência.

Neste contexto e pelo facto de a COVID-19 interferir com a realização das AV¹² da pessoa, utilizou-se para a conceção dos cuidados de Enfermagem o modelo R-L-T¹³. Para Pepin et al. (2017), o modelo R-L-T enquadra-se na Escola das Necessidades, cujo foco são as situações de dependência em que a Enfermagem suplementa ou complementa a pessoa para satisfazer as necessidades fundamentais, promovendo a independência.

Para as autoras, a Enfermagem é uma forma de ajudar as pessoas a prevenir que problemas potenciais relacionados com as suas AV se tornem problemas reais; ou aliviar/resolver problemas reais; prevenir o reaparecimento de problemas tratados; e lidar de forma positiva com quaisquer problemas que não possam ser solucionados, incluindo a perda e a morte (Roper et al., 2000). Neste sentido, sendo a Saúde um continuum entre saúde e doença, podendo uma pessoa sentir-se saudável mesmo quando possui uma incapacidade física ou mental significativa na realização de uma, ou mais, das 12 AV, torna-se impactante a compreensão da individualidade da existência humana (Roper et al., 2000).

No modelo R-L-T, a individualidade da existência é o produto da interação constante dos principais conceitos do modelo – 12 AV, o ciclo vital, o continuum dependência/independência – e os cinco grupos de fatores (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos). Adicionalmente, o Enfermeiro precisa deste conhecimento antes de poder planear, implementar e avaliar os cuidados de Enfermagem individualizados (Roper et al., 2000).

¹² Atividades de Vida

¹³ Modelo de Roper, Logan e Tierney.

Na teoria de médio-alcance dos CCP¹⁴, um dos aspetos fundamentais é o Processo Centrado na Pessoa, i.e., a prestação de cuidados através de atividades que operacionalizam e incluem trabalhar com as crenças e valores do cliente, a partilha de decisões, o envolvimento autêntico, a presença empática e a prestação de cuidados holísticos (McCormack & McCance, 2006, 2017). Além do foco na competência técnica é extremamente importante o desenvolvimento de práticas de cuidado humanistas e holísticas para abraçar todas as formas de conhecer e agir de forma a promover a escolha e parceria na tomada de decisão no cuidado (McCormack & McCance, 2006).

Os CCP desenvolvem-se a partir da comunicação entre a pessoa e o profissional. Assim, as intervenções do enfermeiro devem focar a escuta das narrativas das pessoas sobre a sua experiência de adoecer, o significado pessoal que atribui à doença e as restrições sociais causadas pelo sofrimento e dos sintomas. Através da compreensão destas experiências, o enfermeiro pode fortalecer o envolvimento da pessoa nas decisões de cuidados (Brink & Skott, 2013).

Este modelo realça a interação significativa entre o enfermeiro e a pessoa. Nesse sentido, os autores ao descreverem os processos centrados na pessoa enunciam o *Envolvimento Autêntico*¹⁵ como a conexão do Enfermeiro com o doente/pessoa e família (ou outras pessoas significativas), determinada pelo conhecimento da pessoa, clareza de crenças e valores, conhecimento de si mesmo e experiência profissional. Esta interação entre enfermeiro e pessoa é única, quer pelos indivíduos que a compõem, quer pelo momento em que é estabelecida (McCormack & McCance, 2017).

A UC *Estágio com Relatório* foi desenvolvida em dois contextos – comunitário e hospitalar. A vertente comunitária foi desenvolvida numa UCC-ECCI¹⁶, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta Unidade tem por missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.” Relativamente à vertente hospitalar foi desenvolvida num serviço de internamento de um hospital central da Região de Lisboa e Vale do Tejo que recebeu doentes com COVID-19 durante a fase

¹⁴ Cuidados Centrados na Pessoa ou Enfermagem Centrada na Pessoa

¹⁵ Tradução livre do termo *Engagement Authentically* descrito por McCormack & McCance (2017).

¹⁶ Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

pandémica. Sendo um “estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade.”

Apesar da relação íntima entre o estágio e a especificidade do projeto, o estágio curricular visou o desenvolvimento das competências – comuns e específicas – do EEER. Para demonstrar a concretização dessas atividades este documento encontra-se dividido em três grandes partes. Na primeira, faz-se uma breve revisão dos conceitos inerentes ao projeto assim como atualiza-se o quadro conceptual com as evidências mais recentes. A segunda parte, i.e., segundo e terceiro capítulos, remete para a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências como EE¹⁷. Embora a concretização de determinadas atividades tenha possibilitado o desenvolvimento de mais do que uma competência, assim como a operacionalização de objetivos do projeto, numa tentativa de facilitar a leitura, optou-se por organizar o documento segundo as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER, definidas pela OE¹⁸. Por fim, nas *Considerações Finais*, avalia-se o percurso, permitindo a reflexão sobre o mesmo e a identificação de oportunidades futuras.

¹⁷ Enfermeiro Especialista

¹⁸ Ordem dos Enfermeiros

1. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, as competências comuns

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019).

Os cursos de mestrado e de doutoramento em Enfermagem vêm aprofundar o conhecimento das respostas humanas aos cuidados prestados, mas também desenvolver as competências dos enfermeiros para a prestação efetiva de cuidados (Decreto-Lei n.º 107/2008). No contexto do EE, a OE definiu quatro domínios das competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Seguidamente, elabora-se uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências comuns como EE.

1.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Os Enfermeiros têm uma orientação ética, moral e deontológica, dado que devem adotar todas medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de acordo com os conhecimentos científicos e técnicos mais adequados e atualizados, o respeito pela vida, saúde e dignidade humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Como EE esta orientação torna-se central para a satisfação dos clientes, pois na procura da excelência do exercício profissional, dever-se-á respeitar as crenças, os valores, vulnerabilidades e capacidades da pessoa alvo dos cuidados especializados (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Refletindo sobre os princípios éticos que norteiam a atuação do enfermeiro, a prática de cuidados deverá ir de encontro à independência da pessoa, manifestando a sua autodeterminação e o respeito pelas suas escolhas e decisões no processo de saúde/doença. Para tal, será necessário fornecer todas as informações da intervenção (benefícios, interações, complicações, riscos, ...) à pessoa para que possa tomar uma atitude/consentimento informado. Adicionalmente, os princípios de beneficência/não-maleficência orientam para uma prática promotora do bem-estar e de ganhos em saúde, mas também que nessa prática, o dano infligido seja o menor possível. Outros aspetos éticos a ter em consideração prendem-se com a veracidade, confidencialidade, justiça e fidelidade. Assim, promovendo uma comunicação aberta e uma responsabilidade partilhada entre o enfermeiro e a pessoa/cliente/doente, com base na necessidade de cuidados (equidade/igualdade), garante à pessoa e à sociedade em geral que o enfermeiro mantém o compromisso profissional.

De acordo com a teoria dos CCP, a prestação de cuidados tem como ponto de partida as crenças e valores do cliente, assim como, a partilha de decisão (McCormack & McCance, 2017). Para a sua operacionalização durante o estágio, foi fundamental a aplicação do processo de enfermagem, em especial da avaliação inicial da pessoa, de forma a colher dados adequados e relevantes para os cuidados, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a readaptação e reeducação funcionais. Neste sentido, foi permitido recolher informações pormenorizadas sobre a pessoa, a sua família (ou pessoas significativas), o contexto e as suas necessidades de cuidados para a promoção da independência nas AVD, para que, de forma partilhada e consentida pudesse adequar os cuidados.

Para uma maior envolvimento no processo de tomada de decisão, dever-se-á estabelecer uma comunicação eficaz, onde se mostra interesse pelo outro, dando espaço para a partilha sobre as suas preocupações e à compreensão da pessoa na sua globalidade (Brink & Skott, 2013). No contexto da prática clínica, pode-se afirmar que estas características vão de encontro à relação de parceria estabelecida com a pessoa cuidada. Através destes momentos singulares, o indivíduo percebe a presença do EEER como uma *ferramenta* para a resolução conjunta das adversidades e problemas, mas também para a maximização das suas capacidades e funcionalidade.

Na vertente comunitária, a Sra. D. C.¹⁹, cozinheira reformada, tinha expressado numa das visitas domiciliárias a saudade pelas rotinas ligadas às lides domésticas e laborais. Em conversa com o filho, preparou-se, para a visita seguinte, os alimentos necessários para realizar sopa, para que a C. pudesse preparar e fazer. Desta forma, o treino de motricidade fina e de reforço muscular dos membros superiores foi realizado através de uma atividade de vida doméstica significativa para a utente, a qual lhe trouxe satisfação, sentimento de autonomia e de autorrealização.

Em ambas as vertentes do estágio, pela presença de outros profissionais de saúde, foi significativa a interação e articulação para a continuidade de cuidados e trabalho de equipa. Alguns desses momentos foram formais, como as reuniões de passagem de turno, as reuniões de equipa e as discussões de caso, enquanto outros, mais informais, se discutiu de forma mais presente, junto do cliente, o sentido do processo de cuidados e a estratégia da equipa multidisciplinar.

Segundo Tanner (2006), o julgamento clínico implica um conhecimento aprofundado da realidade de cuidados, da pessoa além da situação de saúde/doença, mas também da perceção sobre a doença e do impacto e significado desta na sua expressão de vida. Ao longo do estágio, foram diversas as oportunidades de tomada de decisão, assim como múltiplas as situações com necessidade de gestão destes mesmos processos, sendo fundamental a presença dos enfermeiros orientadores para a promoção de práticas reflexivas e promotoras dos princípios éticos e deontológicos.

As boas práticas não devem ser separadas das formas imprevisíveis como cada indivíduo responde aos conceitos de saúde e doença. Torna-se importante integrar o conhecimento proveniente das experiências prévias de cuidados do cliente e o seu conhecimento dele próprio, do seu corpo e da sua vida social. As preferências da pessoa devem ser incorporadas nos cuidados, através da escolha do cliente baseada na evidência, análise da decisão e consideração pelos valores da pessoa na avaliação das necessidades (Rycroft-Malone et al., 2004).

O EEER, como EE, no seio da equipa de saúde assume também um papel de consultor, dentro da área de reabilitação, em situações de cuidado diferenciado ou complexo. No contexto hospitalar, durante a refeição de um senhor de 60 anos com deglutição comprometida relacionada com AVC isquémico e ventilação comprometida

¹⁹ Vide APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO (VERTENTE COMUNITÁRIA)

relacionada com pneumonia COVID-19, a enfermeira de cuidados gerais teve dificuldade na administração da refeição por episódios de engasgos sucessivos. Ao partilhar esta dificuldade, foi realizada a avaliação da deglutição, através da escala de GUSS, para a adaptação da textura dos alimentos e a adequação da dieta. Adicionalmente, foram instruídas estratégias para uma deglutição segura (posicionamento correto; flexão do pescoço aquando da deglutição; pequenas porções de alimento ou utilização de talheres de sobremesa; limpeza da cavidade oral antes da introdução de mais alimentos; não mistura de sólidos e líquidos na boca; em caso de episódios de disfagia, validar a resolução dos mesmo pela ausência da “voz molhada” e pigarreio; colocação de espessante nos líquidos; administração de líquidos por palhinha ou por garrafa para controlar a quantidade de líquido ingerida) assim como a técnica da tosse assistida, a fim de auxiliar na limpeza das vias aéreas em caso de engasgo (Braga, 2016).

1.2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A OMS entende Qualidade nos cuidados de saúde como um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, resultados de saúde positivos para os utentes e com eficiência na utilização dos recursos disponíveis (World Health Organization, 2020). Adicionalmente, considera-se a qualidade em saúde como uma relação entre os profissionais e os utentes/populações que visa os melhores resultados em saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento presente (Kohn et al., 2000).

O conceito de segurança em saúde é mais do que “a prevenção de danos aos pacientes” (Kohn et al., 2000, p. 18). A segurança do paciente ou *patient safety* significa a ausência de danos evitáveis a um utente e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, tendo como base conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto onde o cuidado foi prestado, em comparação com o risco de não tratamento ou de outro tratamento (Mitchell, 2008).

O conceito de *patient safety* foi desenvolvido a partir da necessidade de melhorar a qualidade em saúde, tornando-os assim dependentes. Neste sentido de melhoria constante, a pressão é colocada sobre os sistemas saúde para que evitem erros e

aprendam com os cometidos, construindo uma cultura de segurança para profissionais, utentes e organizações (Mitchell, 2008).

De acordo com o Modelo R-L-T, a AVD *Manter o ambiente seguro* é uma tarefa de vida significativa do indivíduo. Neste sentido, a intervenção do EEER, torna-se central no ensino de *estratégias* promotoras de segurança, como a adequação dos produtos de apoio prescritos e validação da sua correta utilização; a adequação do calçado; ou as condições do piso/espço para a realização de treino de AVD ou de exercício.

Igualmente, os cuidadores informais são alvo dos cuidados prestados para garantir um cuidado seguro para ambos. O ensino e treino das técnicas de transferência, posicionamento do leito ou de mobilização, com recurso a uma mecânica corporal correta, desenvolvem habilidades seguras nos cuidadores informais. Também, o treino de AVD (vestuário, higiene, mobilidade) junto da pessoa, ajuda a reduzir a carga de trabalho do cuidador informal, além da compreensível promoção da independência do indivíduo, traduzindo-se numa redução do stress e da fadiga.

No contexto comunitário, foram elaborados dois folhetos informativos para reforçar o ensino realizado aquando das visitas domiciliárias, relativos aos cuidados para posicionamentos corretos²⁰ e cuidados relativos à prevenção das quedas²¹. Estes folhetos foram elaborados de acordo com as necessidades encontradas no contexto e validadas com os enfermeiros orientadores. A sua construção permitiu fornecer aos cuidadores informais um suporte escrito da informação transmitida durante a visita domiciliária, que poderia ser consultada posteriormente.

Devido às restrições associadas à pandemia por COVID-19, a ausência de familiares ou outras pessoas significativas foi uma das dificuldades encontradas na vertente hospitalar. Por este motivo, o envolvimento nos cuidados e a capacitação destas pessoas e o ensino de cuidados após a alta ficaram aquém do desejado. No capítulo referente às competências específicas do EEER, em especial no subcapítulo da capacitação, serão desenvolvidos os cuidados referentes a este domínio.

No seio da equipa multidisciplinar, em especial de Enfermagem, o EEER desempenha um papel de consultor para o desenvolvimento de práticas de cuidados seguras, não só no que concerne da segurança ambiental e da mecânica corporal, mas também na

²⁰ Vide APÊNDICE II – BROCHURA “POSICIONAMENTOS NA CAMA: COMO FAZER MELHOR!”

²¹ Vide APÊNDICE III – BROCHURA “QUEDAS: QUAL A GRAVIDADE?”

continuidade de cuidados e relativos a outras AVD. Pode-se salientar, a AVD *Comer e Beber*, com o ensino aos enfermeiros de cuidados gerais das estratégias para uma deglutição segura (posicionamento da pessoa, adequação da textura da comida e dos utensílios); a AVD *Respirar*, para a gestão de posicionamento adequados à reabsorção do derrame pleural ou à drenagem de secreções, ou o ensino de técnicas de limpeza das vias aéreas como a tosse assistida; e a AVD *Mover-se*, com o ensino da técnica do levantar da pessoa com AVC pelo “lado são”.

Em ambos os contextos de prática clínica, iniciou-se os estágios por conhecer o espaço físico, a equipa de saúde e os respetivos recursos humanos, os recursos materiais e técnicos disponíveis, assim como as dinâmicas institucionais. Neste processo de integração, foram indagados os procedimentos, normas e processos de articulação do EEER com a restante equipa, assim como, explorados os sistemas de informação de enfermagem. Neste âmbito, desenvolveu-se a utilização de instrumentos de avaliação e de registos dos cuidados de ER.

Ainda sobre a continuidade de cuidados, os registos são uma ferramenta primordial. Foi intenção pessoal a utilização de uma linguagem técnica, científica, clara e objetiva, de forma a documentar os cuidados prestados, dando-lhes visibilidade e garantido a sua continuidade. Em ambos as vertentes do estágio, era utilizado um sistema informático para a documentação do processo clínico e de enfermagem. Foi sentido que era simples introduzir as informações/intervenções/cuidados, porém a demonstração da evolução da pessoa com os cuidados prestados não era de fácil acesso/compreensão no sistema. Esta dificuldade era ultrapassada pela transmissão da informação não só nas passagens de turno, mas também em conversa informal com os enfermeiros orientadores antes da prestação de cuidados.

Ao longo deste percurso, foi de significativa importância a fundamentação das práticas com a informação mais atualizada, quer através de guias orientadores, quer através da pesquisa da melhor evidência científica que orientasse os cuidados prestados. Também a observação da atuação dos enfermeiros orientadores e o aperfeiçoamento progressivo dos aspetos técnicos e instrumentais dos cuidados, permitiram um aumento da confiança e da autonomia no desempenho enquanto EEER, resultando numa integração perfeita nas equipas e completa autonomia aquando do fim do estágio.

Resultado do trabalho de revisão elaborado para a construção do projeto foi elaborado um plano orientador²² para a prescrição de treino de exercício na reabilitação da pessoa com COVID-19. Em ambos os contextos, foi fornecido este documento, sendo feita uma explicação dos cuidados/intervenções associados em cada fase em linha com a evidência.

1.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O Enfermeiro, especialmente o EE, é um gestor de cuidados. Já no enunciado dos padrões de qualidade dos cuidados gerais, que o Enfermeiro “contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Sendo competências cumulativas, também o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018), designou como elemento importante face à organização dos cuidados de ER, o EEER, em especial, como gestor de caso ou enfermeiro de referência no processo de reabilitação.

A gestão de cuidados de forma mais lata, implica não só a gestão no tempo (organização, planeamento, duração), mas também a sua articulação com as capacidades, necessidades e expectativas das pessoas cuidadas e os recursos disponíveis, sejam materiais ou humanos. Neste sentido, a gestão do processo de reabilitação, com o delineamento de objetivos exequíveis e alcançáveis em períodos razoáveis, em comunhão com a família e outros significativos, torna-se fulcral na atuação do EEER.

Na UCC-ECCL, a gestão dos recursos humanos era da responsabilidade do EEER. Após a referenciação para a unidade, era realizada uma avaliação das necessidades por parte dos enfermeiros e, de acordo com os problemas identificados, eram articulados os demais profissionais (fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional) dado a sua disponibilidade ser reduzida. Em algumas situações, a inclusão dos terapeutas no processo de reabilitação, era realizada em fases que a sua intervenção era específica, não estando sobreposta com o EEER.

²² Vide APÊNDICE V – PLANO ORIENTADOR DE TREINO DE EXERCÍCIO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM COVID-19

Como em todas as equipas, o EEER, elemento da equipa de saúde, não se encontra sozinho no processo de reabilitação. A articulação com os demais profissionais é pedra basilar para a persecução dos objetivos definidos em conjunto com a pessoa. Sendo um conjunto de profissionais com competências e áreas de atuação definidas, existem áreas/competências sobrepostas, as quais, em alguns contextos, podem surgir como atrito entre os demais elementos. Neste sentido, torna-se importante a comunicação e articulação entre os elementos da equipa.

No contexto comunitário foi evidente esta articulação entre os elementos da equipa. O trabalho em UCC-ECCI, a maioria das vezes *solitário*, no domicílio do utente, afasta os profissionais de uma articulação no contexto. Para contornar esta dificuldade, a UCC-ECCI tinha reuniões quinzenais com todos os profissionais (assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiros) para a apresentação e/ou discussão de casos, de forma a todos os elementos tivessem uma voz ativa no processo de reabilitação, contribuindo positivamente para o mesmo.

Nesta vertente do estágio, foi notório o papel de gestor de caso a articulação do EEER com a restante equipa de saúde. Houve situações em que houve articulação com o médico para ajustar a medicação analgésica da pessoa com dor crónica relacionada com patologia oncológica; prescrever análises clínicas numa utente com queixas de disúria e com urina com cheiro fétido e a respetiva antibioterapia. Noutra situação articulou-se com a assistente social na resolução de problemas com a aquisição de produtos de apoio. Com a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional eram discutidas as intervenções de forma a diversificar e otimizar os cuidados prestados.

No contexto hospitalar, a articulação entre os profissionais de saúde era realizada, na maioria das vezes, de modo informal. Entre o EEER e o médico, a discussão dos casos era frequente, também devido à volatilidade das situações clínicas e das necessidades de cuidados existentes. A articulação e envolvimento dos terapeutas era feita apenas após requisição médica.

Em relação aos equipamentos e recursos materiais, ambos os contextos foram fonte de diferentes experiências. Na vertente hospitalar, os equipamentos encontram-se mais disponíveis, estando as pessoas deslocadas do seu contexto. Neste sentido, tentou-se reproduzir a realidade que a pessoa reportou ter no domicílio, realizando um ensino com uma significativa componente imaginativa e especulativa. Devido às restrições impostas pela pandemia COVID-19, não foi possível incluir a

família/cuidadores informais no ensino realizado no contexto hospitalar. Na componente comunitária, as pessoas cuidadas encontram-se no meio ambiente, expressando as suas limitações funcionais e restrições à participação. De forma transversal no contexto domiciliário os recursos são limitados, a exposição ambiental a fatores de risco significativa e a presença de barreiras arquitetónicas diversificada, obrigando o EEER a uma criatividade e flexibilidade na implementação dos cuidados. Assim, foi utilizado o parapeito da janela para realizar a posição terapêutica de pé, as escadas do prédio para treino de subir/descer escadas com recurso a canadiana, as molas da roupa e abrir/fechar botões/recipientes para treinar a motricidade fina, garrafas de água para o treino de resistência muscular, pacote de resguardos para compensar a altura ao chão aquando do posicionamento no cadeirão, entre outros.

Todos estes cuidados têm um sucesso limitado, se não existir um envolvimento da família, como elemento fundamental da equipa de reabilitação. Neste sentido, o EEER é responsável pelo ensino, treino e supervisão dos cuidados delegados. Na vertente comunitária, pela invasão do contexto domiciliário – espaço de conforto, intimidade e individualidade – torna-se fundamental a negociação com a pessoa e família e a colaboração dos cuidadores informais, a fim de uma integração comunitária bem sucedida (Hoeman, 2008).

1.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O EEER deve fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, para o processo de saúde/doença do indivíduo, mobilizando os recursos disponíveis (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, pode-se afirmar que a prática do EEER é uma PBE²³, dado que tem como fundamentos a investigação, a informação do contexto, as experiências e preferências da pessoa, assim como, a experiência clínica e o conhecimento profissional (Rycroft-Malone et al., 2004).

Na PBE, a experiência clínica e o conhecimento profissional estão expressos e imbuídos na prática e são muitas vezes tácitos e intuitivos e os profissionais usam não só o seu próprio conhecimento profissional, mas também o de outros na sua prática. Para que este conhecimento profissional seja integrado na prática clínica deve ser

²³ Prática Baseada na Evidência

tornado explícito para que possa ser disseminado, criticado e desenvolvido. Esta forma de conhecimento é persuasiva e tem o efeito de reforço na relação com a evidência proveniente de investigação (Rycroft-Malone et al., 2004).

No processo de tomada de decisão e nas intervenções desenvolvidas foi contemplado o conhecimento mais atual, pertinente e válido. Para este efeito, foi realizada inicialmente uma pesquisa, como referido anteriormente, sobre a problemática da infecção por SARS-CoV-2, a reabilitação motora e respiratória e o treino de exercício, em resposta ao tema do projeto. Ao longo do estágio, esta pesquisa foi alargada para outros aspetos da reabilitação, de acordo com os problemas encontrados nas pessoas cuidadas, mobilizando os conhecimentos adquiridos para a realidade de cuidados. Salienta-se, também, a importância do conhecimento e experiência dos enfermeiros orientadores, recurso importante no esclarecimento de dúvidas.

Também Benner (1982) valoriza a experiência clínica e o conhecimento profissional para o desenvolvimento das competências do enfermeiro. No seu modelo teórico, nos níveis mais elevados de proficiência, existe uma apreensão e compreensão das situações de cuidados como parte de um processo de vida, tomando-se decisões baseadas no modelo holístico e modelando a tomada de decisão com a experiência.

Durante o estágio curricular a atuação junto das pessoas cuidadas foi orientada com consciência das capacidades pessoais e profissionais, mas com conhecimento dos próprios limites, evoluindo de acordo com a aquisição de confiança nos cuidados prestados, supervisionados pelos enfermeiros orientadores, e adquirindo progressivamente autonomia na sua realização. Perante as situações mais complexas e potencialmente geradoras de conflitos, tentou-se agir de forma emocionalmente inteligente, priorizando os interesses e necessidades da pessoa e família, mostrando flexibilidade, criatividade e adaptabilidade.

Adicionalmente, pode-se afirmar que a PBE alia o CCP, dado que, como fundo o contexto do cuidado e a interação entre o enfermeiro e a pessoa/cliente, o profissional, em conjunto com a pessoa, tenta obter os melhores resultados/cuidados com base na evidência científica, evidência clínica e no contexto e as experiências/preferências da pessoa/cliente. A dificuldade deste processo prende-se com a conjugação de toda a evidência, requerendo ao enfermeiro apreciação crítica, sincronicidade, equilíbrio e interação, definidos como “arte profissional” (Rycroft-Malone et al., 2004).

Em linha com a divulgação das boas práticas, a elaboração do plano orientador²⁴ para a prescrição de treino de exercício na reabilitação da pessoa com COVID-19 permitiu desenvolver o conhecimento e fundamentar os cuidados prestados. Foi sentida em ambos os contextos uma lacuna no conhecimento sobre a prescrição de treino de exercício, sendo esta uma oportunidade de divulgar a investigação realizada.

O percurso de desenvolvimento de competências, para a aquisição do título de EE, inicia-se a partir de um conjunto de experiências profissionais e pessoais, as quais podem ser consideradas facilitadores. A prática de cuidados desde o término do curso de licenciatura no contexto de internamento de um centro de reabilitação foi, sem dúvida, a pedra basilar para a tomada de decisão no sentido da especialização em ER. Apesar da experiência e do conhecimento na área da reabilitação a mudança de contexto tornou-se um desafio.

A vertente comunitária, foi sentida como uma continuação do trabalho desenvolvido, dado que a prática profissional sempre foi orientada para o regresso a casa e para a capacitação da pessoa e cuidadores. Tornaram-se reais as dificuldades que a maioria das pessoas têm no regresso ao seu contexto familiar e domiciliário, sendo, por um lado, facilitador, a visualização e constatação das dificuldades e barreiras, porém, foi também sentido como constrangedor a sua existência, dado que após a visita as algumas perduravam, nomeadamente a ausência de produtos de apoio.

O contexto hospitalar, inicialmente foi um maior desafio, dado o tempo de internamento muito mais curto, em comparação com a prática profissional, mas também pela condição de saúde/doença em que a pessoa cuidada se encontrava. Estando acostumado a situações de cuidados a pessoas com deficiência e/ou limitação da atividade, a mudança para uma realidade em situação de doença aguda, com implicações, em especial, na função respiratória, originou insegurança, obrigando a uma documentação e raciocínio clínico mais robustos. Por outro lado, o fato das respostas aos cuidados de enfermagem serem evidentes nos momentos seguintes, foi um aspeto tranquilizador neste processo.

No decurso de ambas as vertentes do estágio foram diversas as situações que a partir de pequenos momentos informais de conversa e troca de ideias entre colegas,

²⁴ Vide APÊNDICE V – PLANO ORIENTADOR DE TREINO DE EXERCÍCIO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM COVID-19

surgiram momentos de aprendizagem para práticas mais robustas e seguras. De entre alguns conteúdos discutidos, salientam-se os princípios de mecânica corporal durante a prestação de cuidados para a evicção de más posturas e redução de lombalgias; cuidados para o posicionamento correto na cama da pessoa dependente, assim como, os princípios de mobilização da pessoa no leito e as técnicas de transferência entre a cama e o cadeirão. Também surgiram no contexto da prestação de cuidados dificuldades por parte dos colegas as quais se tentou ultrapassar pela instrução da técnica da tosse assistida, controlo e dissociação dos tempos respiratórios para gestão da ansiedade e cuidados na alimentação da pessoa com risco de disfagia.

2. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo Hesbeen (2003), a Reabilitação é muito mais que uma disciplina, sendo um interesse pelo trajeto/percurso futuro do outro, mesmo quando o regresso à *normalidade* deixa de ser alcançável. Este olhar para o outro, mais focado na pessoa que na doença, permite a análise, a prevenção e a gestão dos obstáculos que dão ou podem dar origem a desvantagem, preparando o indivíduo, em termos físicos, psicológicos, sociofamiliares e profissionais, para o melhor estilo de vida, compatível com as suas capacidades.

Para Stryker (1977), a ER é a *enfermagem das pequenas coisas*, um processo criativo que permite a adaptação da pessoa a uma nova fase da vida. Este processo passa pela definição de objetivos para os níveis máximos; promoção do autocuidado; prevenção de complicações; adaptação positiva; manutenção da acessibilidade; defesa da qualidade de vida; e pela organização das reformas.

A Reabilitação permite assim “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 392/2019). Neste sentido, torna-se acessível a compreensão das competências específicas como

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

Como competências específicas o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Seguidamente, elabora-se uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências específicas como EEER. Salienta-se que diversas atividades desenvolvidas deram resposta a diferentes competências, mostrando a fluidez do processo de reabilitação, assim como, a sua multiplicidade.

2.1. CUIDAR DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Segundo o descritivo da competência, o EEER

identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da ER em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária (Regulamento n.º 392/2019).

Consiste, portanto, na avaliação sistematizada das AVD e do nível de independência/dependência da pessoa, de forma a identificar as reais necessidades de cuidados, elaborando diagnósticos e implementando intervenções de enfermagem, a fim de atingir os objetivos/resultados esperados, sensíveis aos cuidados de ER.

A apreciação inicial da pessoa, nos diversos contextos de prática clínica teve como ponto de partida o processo clínico, com a informação registada pelos colegas (enfermeiros generalistas e/ou especialistas) e pela equipa multidisciplinar; a informação transmitida nas reuniões de passagens de turno; a entrevista à própria pessoa e família; e pela avaliação em termos físicos, neuro-motores e funcionais.

Relativamente à informação recolhida no processo clínico, esta permitia acesso a informação relevante para a intervenção do EEER, como o diagnóstico médico, antecedentes pessoais (médicos e cirúrgicos), medicação e exames complementares de diagnóstico (como a telerradiografia do tórax, análises laboratoriais, tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outros). Por outro lado, as informações transmitidas nas reuniões de passagens de turno, forneciam informação atual sobre a pessoa e os resultados obtidos do processo terapêutico. Com esta informação pôde-se estabelecer prioridades na prestação de cuidados, de forma a relevar as necessidades em cuidados especializados de ER de acordo com a restante equipa.

A entrevista à pessoa e família para a colheita de dados, de uma forma transversal, era guiada pelos instrumentos de avaliação inicial das instituições onde foi realizado os estágios. Apesar deste referencial, a experiência profissional permitiu organizar clusters de informação pertinente nesta fase inicial do processo de enfermagem: dados biográficos (nome, idade, estado civil, agregado familiar, profissão, escolaridade, ocupação/interesses/*hobbies*, condições habitacionais e barreiras

arquitetónicas); história da doença pregressa (antecedentes pessoais e familiares, alergias e medicação habitual); e história da doença atual.

Na vertente hospitalar, a entrevista, embora extensa, nem sempre era realizada na íntegra no primeiro contacto, mas sim ao longo da prestação de cuidados, para potenciar o desenvolvimento da relação entre a pessoa cuidada e o EEER. Ultrapassado o primeiro contacto entre dois desconhecidos, com a construção da relação terapêutica, durante a prestação de cuidados tornava-se mais fácil para o outro a elaboração de questões sobre o seu processo de saúde/doença, assim como, a verbalização de preocupações e emoções. Deste modo, a intervenção junto da pessoa inclui trabalhar com as crenças e valores do cliente, a partilha de decisões, o envolvimento autêntico e a presença empática, como descritos pela teoria dos cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006, 2017).

Um dos cuidados após a reunião da passagem de turno, no contexto hospitalar, foi a observação e interpretação da telerradiografia de tórax dos clientes a quem iria prestar cuidados. A sua avaliação permitiu esclarecer alguns sinais e sintomas reportados pelo indivíduo, mas também ajudar no planeamento e avaliação dos cuidados, nomeadamente da RFR²⁵. De seguida e junto da pessoa, a avaliação da função respiratória, não só a avaliação da respiração (frequência, amplitude, simetria, predomínio), mas também a observação do tórax, a postura corporal, a presença de sinais de dificuldade respiratória e a auscultação pulmonar, eram o ponto de partida para a sessão de RFR. Esta última técnica exige treino e intenção na sua realização para que possa haver uma correta identificação dos ruídos adventícios e articulação com a situação clínica da pessoa, servindo também como ferramenta de avaliação dos cuidados prestados. Por exemplo, um cliente de cerca de 70 anos com derrame pleural à direita evidenciado na telerradiografia do tórax e com pneumonia por COVID-19 com secreções em ambos os campos pulmonares, tornou-se fundamental a integração da auscultação pulmonar para localização das secreções e dirigir os exercícios de RFR para a mobilização e eliminação das mesmas em conjunto com a terapêutica de posição e outras estratégias para a redução/reabsorção do derrame pleural.

Na vertente comunitária, além dos aspetos descritos anteriormente, a apreciação inicial foi complementada com a observação/avaliação das condições habitacionais,

²⁵ Reabilitação Funcional Respiratória

das barreiras arquitetônicas e das dinâmicas e interações familiares. Assim, a avaliação das situações assentava na observação *in loco*, com a possibilidade de desenvolver estratégias adequadas às reais necessidades, sejam a adaptação do domicílio em termos de acessibilidades e barreiras arquitetônicas (remover tapetes, desviar móveis, adaptação da casa de banho, entre outros), prescrição/adequação de produtos de apoio (cadeira de banho, almofada, entre outros) ou as adaptações dos cuidados prestados pelos cuidadores informais de forma a garantir a segurança para ambos.

Na apreciação inicial, uma das ferramentas utilizadas para avaliar o indivíduo foram escalas e instrumentos de medida, de forma a identificar as necessidades alvo de cuidados especializados, definir um plano de cuidados, monitorizar a evolução e avaliar os resultados obtidos (Regulamento n.º 392/2019). Segundo Hoeman (2008), estas ferramentas devem ser capazes de avaliar a incapacidade, monitorizar os progressos, otimizar a comunicação na equipa, medir os resultados obtidos, assim como, documentar os ganhos obtidos no processo de reabilitação e consequentemente em saúde.

Em ambos os contextos, o sistema de informação em enfermagem utilizava o Índice de Barthel para avaliar o nível de independência da pessoa na realização de atividades básicas de vida como comer, higiene pessoal e vestuário, eliminação e a mobilidade (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Apesar desta ferramenta, nos estudos de caso elaborados optou-se pela Medida de Independência Funcional que avalia o grau de capacidade funcional do indivíduo, através do seu desempenho e da necessidade de cuidados para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. São avaliados 18 itens, estruturados em duas sub-escalas – motora (Autocuidados, Controlo dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção) e cognitiva (Comunicação e Cognição social) (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

Também em ambos os contextos, para avaliar a força muscular foi utilizada a *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC), que gradua a força muscular entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível) e 5 (força normal) (Jellinger, 2001). Relativamente ao equilíbrio, utilizou-se a Escala de equilíbrio de Berg que avalia o equilíbrio funcional, em termos estáticos e dinâmicos, predizendo o risco de queda (Berg et al., 1992).

Na vertente hospitalar, um utente com AVC²⁶ apresentava na história a referência a engasgos frequentes. Para a avaliação da deglutição desta pessoa utilizou-se a Escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen*). Este instrumento avalia a deglutição, despista o risco de disfagia, fornecendo indicações sobre a dieta recomendada e texturas adequadas dos alimentos. Numa primeira fase da avaliação (avaliação indireta da deglutição), tem-se em consideração o estado de consciência, a eficácia da tosse e a deglutição de saliva. Num segundo momento (avaliação direta) avalia-se a deglutição de acordo com a textura dos alimentos (pudim, néctar, líquidos finos e alimentos sólidos) (Trapl et al., 2007). Deste modo, conseguiu-se adequar a dieta, assim como, tornou-se segura a ingestão de líquidos com a adição de espessante.

Para a concretização do estudo de caso da vertente hospitalar foram utilizadas escalas para a intolerância à atividade e ventilação, nomeadamente o *Sit to Stand test* (STS), que avalia o comprometimento das trocas gasosas induzidas pelo exercício (Briand et al., 2018; Holland et al., 2020); a Escala de Borg modificada para avaliação da dispneia e da PSE, permitindo avaliar em tempo real o grau de dispneia percebida e determinar os limites seguros para o treino e atividades a desenvolver (Borg, 1982); e a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) para avaliar o impacto da dispneia nas AVD e o resultado das intervenções farmacológicas ou de reabilitação (Kovelis et al., 2008). Relativamente ao impacto da COVID-19 e monitorização dos sintomas foi utilizada a *Post-COVID-19 Functional Status* (PCFS) (Liska & Andreansky, 2021).

Em relação ao planeamento dos cuidados, este diferiu significativamente nos dois contextos de prática clínica. A sua conceção e implementação foi validada com o enfermeiro orientador, de forma a potenciar a reeducação e/ou readaptação funcional no processo de recuperação, prevenindo as complicações e promovendo a melhoria da qualidade de vida.

Na vertente hospitalar, pelo internamento ter duração significativamente inferior, o planeamento era ajustado de acordo com a avaliação situacional da pessoa, tendo em consideração a sua evolução. Tome-se o exemplo de uma senhora de 70 anos, com pneumonia COVID-19, sem esquema vacinal. No dia da admissão, os problemas de enfermagem identificados foram o padrão ventilatório comprometido e a intolerância à atividade, tendo sido feita cinesiterapia respiratória, nomeadamente o

²⁶ Acidente Vascular Cerebral

controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios respiratórios diafragmáticos e costais globais e exercícios de abertura costal (Abodonya et al., 2021; Alawna et al., 2020; Novak et al., 2022); e ensino de estratégias de conservação de energia (Bharati & Sahu, 2022). A evidência sugere uma intervenção precoce de reabilitação para promover a recuperação da pessoa com COVID-19 (Goodwin et al., 2021) para normalizar o padrão respiratório e aumentar a eficiência dos músculos respiratórios, assim como, para diminuir o gasto de energia, a irritação das vias aéreas, a fadiga e diminuir e melhorar a falta de ar (Ogundunmade, 2022). Devido ao agravamento da sua situação clínica no dia seguinte, a senhora necessitou de internamento em UCI para suporte ventilatório.

Por outro lado, um senhor com 71 anos também com os mesmos problemas médicos e de enfermagem, mas com vacinação COVID-19 completa, apresentou uma evolução de forma geral positiva durante o internamento. Houve sessões de reabilitação que o utente em questão referiu mais cansaço e dispneia manifestada por maior intolerância à atividade. Porém, apesar destes episódios de sintomatologia mais significativa, o seu processo de reabilitação, como descrito²⁷, foi positivo.

Após a avaliação da pessoa, as sessões de RFR eram iniciadas com o controlo e dissociação dos tempos respiratórios seguidos de exercícios respiratórios de acordo com a tolerância e a participação – abdomino-diafragmáticos (global e seletivos), costais globais com recurso a bastão e costais seletivos (Heitor et al., 1998). De acordo com a evolução individual e a avaliação inicial em cada sessão, os exercícios respiratórios poderiam ser realizados com resistência manual, de forma a cumprir a complexidade crescente entre sessões (Heitor et al., 1998). Devido aos seus benefícios nos parâmetros ventilatórios e gasométricos, assim como, na redução da dispneia (Bigaran et al., 2021; Mota et al., 2020), os utentes eram incentivados a realizar decúbito ventral de acordo com a sua tolerância e com evidente melhoria da saturação periférica de oxigénio. Com recurso aos diversos posicionamentos, foram realizados os exercícios respiratórios seletivos, nomeadamente da porção posterior (decúbito dorsal) e porção anterior (decúbito ventral) do diafragma e costais seletivos (decúbitos lateral, semi-dorsal e semi-ventral) (Heitor et al., 1998).

Também durante as sessões de Reabilitação Respiratória, os utentes eram instruídos para o Treino de AVD, nomeadamente de higiene, vestuário e mobilidade, com

²⁷ Vide APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO (VERTENTE HOSPITALAR)

recurso a estratégias de conservação de energia, em especial a fragmentação das atividades/tarefas de forma a reduzir a fadiga e a aumentar a tolerância a atividade (Bharati & Sahu, 2022). Gradativamente, as intervenções foram estruturadas com uma complexidade crescente, em que numa fase inicial havia a auxílio da pessoa por parte do EEER no desempenho das tarefas, progredindo para uma supervisão com ensino, instrução e treino das estratégias, até à independência da pessoa em AVD.

Adicionalmente aos exercícios respiratórios, o posicionamento do utente no leito era realizado de acordo com a localização das secreções, informação obtida pela auscultação pulmonar e pela telerradiografia do tórax, de forma a cumprir a drenagem postural modificada. De forma acessória, recorria-se à compressão, vibração e/ou percussão, caso não se constatasse contraindicações. Finalmente, era incentivada a tosse, para a expulsão das secreções mobilizadas pelos exercícios respiratórios. Quando a tosse era ineficaz era instruída a tosse dirigida, realizada a tosse assistida ou utilizada a técnica da expiração forçada ou “huff” englobada no ciclo ativo das técnicas respiratórias (Cordeiro & Menoita, 2012). Em algumas situações, pela ineficácia destas estratégias, era necessário, a aspiração de secreções.

Os resultados das sessões de RFR eram expressos de forma significativa e imediata através do alívio da dispneia; melhoria do padrão ventilatório e dos valores gasométricos, assim como da oximetria periférica; e eliminação das secreções com evidência radiológica e na auscultação. Para este efeito, a otimização da terapêutica inalatória prescrita, nomeadamente broncodilatadores e corticosteroides inalados, assim como, os fluidificantes de secreções, associados a reforço hídrico, tiveram um contributo positivo (Cordeiro & Menoita, 2012).

No contexto hospitalar houve oportunidade de prestar cuidados de ER junto da pessoa com alterações do padrão ventilatório relacionado com a presença de derrame pleural. De forma a prevenir a formação de aderências limitantes da mobilidade toracopulmonar e diafragmática; impedir posições antiálgicas defeituosas e as suas consequências a nível da retração do hemitórax, limitação da mobilidade do ombro e coluna e atrofia musculares; e a promover a mobilidade e expansão toracodiafragmática e a reabsorção do líquido; foi realizada o mais precocemente possível a terapêutica de posição (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Através do posicionamento para o “lado são”, com alternância entre o semi-dorsal, lateral e semi-ventral, de acordo com a tolerância; dos exercícios respiratórios com foco na abertura costal; e o

ensino da importância das inspirações profundas, quer a pessoa quer os enfermeiros de cuidados gerais eram instruídos no sentido da continuidade de cuidados iniciados na sessão de reabilitação.

No contexto comunitário, a intervenção como EEER visa minimizar as limitações funcionais decorrentes dos problemas de saúde e capacitar a pessoa/família para a reinserção sociofamiliar. Esta intervenção decorre num espectro de tempo mais alargado, mas com janela de oportunidade de intervenção relativamente mais curta, dado que as visitas domiciliárias ocorriam em média duas vezes por semana. Os instrumentos de avaliação e de monitorização da pessoa não eram tão diferenciados como no hospital, no entanto eram os necessários para uma correta avaliação e adequação dos cuidados especializados a uma pessoa com padrão ventilatório comprometido e limpeza das vias aéreas ineficaz relacionados com a imobilidade. Após a avaliação, com as devidas condições de segurança validadas e com um ambiente tranquilo, promotor da privacidade, eram desenvolvidas atividades no sentido do controlo e dissociação dos tempos respiratórios e exercícios respiratórios abdomino-diafragmáticos globais, costais globais com recurso a uma toalha, costais seletivos e exercícios de abertura costal.

Decorrente da condição física da pessoa ou da situação clínica resultante de diversos problemas de saúde (médicos, cirúrgicos, ortopédicos, entre outros), poderá ser recomendado repouso, que em pequena dose, tem efeito benéfico no processo de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Se prolongado no tempo, este princípio terapêutico, incorre em consequências em diversos sistemas orgânicos pela imobilidade associada, nomeadamente no sistema musculoesquelético (Guedes et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Entre os efeitos deletérios da imobilidade no sistema musculoesquelético evidencia-se a perda de 14 a 17% das fibras musculares ao fim de 3 dias e, conseqüentemente, uma diminuição da força muscular entre 10 e 40% ao fim de uma semana de imobilidade no leito (Guedes et al., 2018). Associado a este processo de atrofia muscular, pode ocorrer também a formação de aderências e de contraturas que podem levar a anquilose (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Como EEER, a intervenção junto destas pessoas foca a prevenção de complicações e a minimização da incapacidade a nível motor, através da reabilitação funcional motora, o treino de AVD e o treino motor (Colégio da Especialidade de Enfermagem

de Reabilitação, 2018). Neste sentido, os dois contextos de estágio contribuíram de formas diferentes para a aquisição destas competências.

Na vertente hospitalar, a intervenção precoce e a prevenção das complicações foram os principais objetivos dos cuidados prestados. Pelos motivos anteriormente descritos, o plano de cuidados de reabilitação implementado incluía a mobilização articular precoce através de técnicas passivas ou ativas assistidas, de acordo com o grau de força avaliado; o posicionamento correto, de forma a garantir não só o conforto e o alinhamento corporal, mas também a prevenir contraturas musculares, rigidez articular, úlceras de pressão e posições viciosas; exercícios de fortalecimento muscular, quer no leito, quer sentado à beira da cama, ou em pé; treino de equilíbrio sentado e em pé; treino de transferência para o cadeirão/cadeira; e o treino de marcha. Também com os mesmos objetivos, o treino de AVD, seja no concerne da higiene ou de vestuário, foi intencional para a obtenção de ganhos em termos de mobilidade.

Na vertente comunitária, a intervenção junto da pessoa com alteração da mobilidade incluiu a realização de mobilizações passivas, mobilizações ativas assistidas, assim como exercícios de fortalecimento muscular, em especial dos membros inferiores, quer no leito, quer na posição de sentado. Também nestes clientes, em especial junto das pessoas com AVC, desenvolveram-se atividades terapêuticas como a ponte, o rolar, a carga sobre o cotovelo e a facilitação cruzada. As atividades terapêuticas visam estimular a integração do lado afetado, desenvolver a força, promover a mobilidade no leito e a funcionalidade em AVD (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Também neste sentido, o treino de AVD foi intencional para a promoção da mobilidade.

Adicionalmente e de forma progressiva, foi realizado treino de equilíbrio sentado e posteriormente em pé, para potenciar e preparar o treino de marcha. Em algumas situações e de forma a integrar a estimulação cognitiva e a diversificação dos estímulos, a posição terapêutica de pé foi realizada à janela com recurso à identificação de locais na vizinhança, nomeação de objetos, entre outros.

A imobilidade, além das evidentes alterações e repercussões no sistema musculoesquelético, também acarreta alterações urinárias. Consequência do enfraquecimento de toda a musculatura abdominal e pélvica, pode ocorrer um esvaziamento incompleto da bexiga ou retenção urinária (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Recorrendo ao estudo de caso²⁸ desenvolvido no contexto comunitário, a cliente apresentava um padrão de eliminação urinária comprometido, relacionado com algaliação permanente por episódio de retenção urinária. Após avaliação pela urologia, iniciou medicação específica para a retenção urinária com o objetivo de retorno ao treino miccional após 2 semanas de terapêutica. Como fase preparatória, o cuidador informal foi instruído para realizar o treino vesical com interrupção (“clampagem”) da drenagem vesical até 4 horas, caso não houvesse sensação de plenitude vesical. Desta forma, mimetizou-se o preenchimento da bexiga com urina e a normal sensação de plenitude vesical (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Após este treino, foi retirada a algália e feita a tentativa de treino miccional. Como não houve sucesso, a utente voltou a ser algaliada. Porém, no dia seguinte, referiu sensação de plenitude vesical e iniciou micção, em simultâneo com a exteriorização da drenagem continua, segundo o descrito pelo cuidador informal.

As intervenções como o treino de AVD, ensino e treino de cuidadores informais, prescrição, adaptação e treino de produtos de apoio, assim como, o treino de exercício, serão abordadas nos próximos capítulos referentes à capacitação da pessoa e à maximização da funcionalidade.

2.2. CAPACITAR A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINserÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Segundo Reis & Bule (2016), capacitar é visto como um processo multidimensional envolvendo conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos constituem-se como os saberes baseados em valores individuais, influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos, modificando-se ao longo da vida. A reconstrução contínua do conhecimento condiciona a ação em função da decisão tomada, do seu potencial e dos recursos para a executar, num processo que envolve os domínios cognitivo, físico e material.

As pessoas, fora do ambiente de aprendizagem formal, procuram conhecimentos e competências de acordo com as suas necessidades. Nesta perspetiva, capacitar relaciona-se com criar condições em que as expectativas e as motivações pessoais

²⁸ Vide APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO (VERTENTE COMUNITÁRIA)

são alcançadas, orientado por necessidades percebidas ou identificadas. Para tal, a pessoa é central no processo em que lhe é requerido que percecione os ganhos que pode obter e desenvolva a convicção de que é capaz de concretizar as ações necessárias para atingir os resultados possíveis (Reis & Bule, 2016).

Em linha com os descritivos elaborados pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018), os conceitos de pessoa com deficiência e de pessoa com necessidades especiais encontram-se intimamente ligadas às noções de vulnerabilidade e fragilidade. Ao considerar-se a *vulnerabilidade* como uma interação entre o sujeito e o ambiente que expressa desvantagem ou dificuldade da pessoa no desempenho da sua completa e total funcionalidade, pode-se afirmar que a pessoa com deficiência, de acordo com a definição dos conceitos da área especializada, é um indivíduo em vulnerabilidade. Esta articulação de conceitos, manifesta-se pela dificuldade ou limitação da atividade/participação em condições de igualdade com a restante população. Por outro lado, a pessoa com necessidades especiais, pode ser considerada um indivíduo com *fragilidade*, dado ter limitação da execução das suas atividades diárias, resultante da sua condição de saúde e/ou deficiência, remetendo para um domínio mais interno de incapacidade para lidar com stress (Royal College of Nursing, 2007; Sellman, 2005).

A intervenção do EEER, centra-se não só na pessoa, alvo primordial dos cuidados especializados, mas também no contexto onde esta se insere, i.e. ambiente, e na interação entre eles. Assim, o EEER tem uma atuação fundamental na redução da fragilidade da pessoa, maximizando as suas capacidades, promovendo a sua capacitação e empoderamento. Por outro lado, ao intervir no ambiente, i.e., contexto físico, familiar e social, o EEER promove a minimização da vulnerabilidade do cliente, potenciando a interação positiva e recursiva entre os dois.

Segundo o Regulamento n.º 392/2019 é expectável ao EEER uma análise da problemática da deficiência, restrição da atividade e da participação na sociedade, numa perspetiva de desenvolvimento e implementação de intervenções, tendo em conta o enquadramento social, político e económico, e que permitam uma consciência social inclusiva. No sentido do desenvolvimento desta competência e de acordo com os conceitos acima descritos, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram de encontro ao treino de AVD; avaliação, prescrição e treino com produtos de apoio;

ensino e treino de cuidadores informais; educação para a saúde e gestão da doença crónica; e identificação e resolução participativa das barreiras arquitetónicas.

O treino de AVD consiste na progressão de tarefas e de exercícios em complexidade e exigência, em termos neurológicos, motores e cardiorrespiratórios. De acordo com a capacidade individual, avaliada pela capacidade funcional e pela tolerância ao esforço, foi realizado o treino de AVD, sejam atividades básicas de vida diária ou de cuidado pessoal e as atividades instrumentais de vida diária ou atividades domésticas e comunitárias (Hoeman, 2008).

Em ambos os contextos de prática clínica, foi possível realizar treino de higiene pessoal, de vestir/despir, de transferências, da locomoção e de alimentação. Segundo Hesbeen (2003, p. 54) o objetivo “é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou irão encontrar no quotidiano.”

Hoeman (2008) refere alguns princípios fundamentais para o desenvolvimento do treino de AVD, em especial, conhecer as capacidades e limitações do cliente, de forma a adaptar o nível de exigência; encorajar sem criar pressão; ser paciente e repetir as instruções e procedimentos as vezes necessárias; ser flexível às sugestões do cliente e/ou família e tentar métodos diferentes, sempre que necessário; dominar a técnica antes de ensinar; e tentar assegurar que todos os profissionais têm a mesma prática.

Relativamente ao treino de higiene pessoal, este foi realizado na casa de banho com recurso a cadeira de banho ou cadeira sanitária. Durante a atividade o indivíduo foi estimulado para a sua máxima funcionalidade, mas também instruído para estratégias de conservação de energia e comportamentos de segurança.

O treino de vestir/despir foi realizado na posição de sentado (à beira da cama ou numa cadeira) pela diminuição da força e da amplitude de movimentos ou pelas alterações no equilíbrio (Vigia et al., 2016). Na maioria das situações, o vestuário escolhido já estava adaptado ou era facilitador da tarefa, sendo largo, com elásticos e o calçado com velcro.

Em relação ao treino de transferências, estas foram realizadas entre a cama e cadeira de rodas, o cadeirão/sofá e vice-versa, permitindo a deslocação da pessoa de uma superfície para outra (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Recorreu-se à técnica de

transferência pela posição de pé, sempre que a pessoa tinha força nos membros inferiores e com capacidade de participação na tarefa. Por outro lado, nas situações de maior dependência recorreu-se a tábua de transferência como superfície de continuidade entre a cama e a cadeira de rodas.

O treino de locomoção consiste *no treino da utilização de auxiliares de marcha de modo a alcançar uma maior independência* (Vigia et al., 2016). Em ambos os contextos de prática clínica, foi possível desenvolver esta atividade com recurso a andarilho. O andarilho permite uma maior estabilidade, estando indicados nos casos de fraqueza muscular generalizada, artrite, fratura da anca, doenças neuromusculares, reduzir a carga sobre estruturas traumatizadas/inflamadas, melhorar o equilíbrio e/ou reduzir a dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Na fase inicial do treino, eram dadas instruções sobre a postura corporal, incluindo alguns exercícios de treino de equilíbrio, as fases da passada e a utilização do andarilho. Durante a tarefa, era dado reforço positivo e, sempre que necessário, corrigida a postura.

Na vertente comunitária, foi admitida uma utente de 70 anos com intolerância à atividade relacionada com COVID-19. A senhora tinha antecedentes pessoais de asma e obesidade mórbida. Durante a primeira visita domiciliária foi instruída para exercícios de RFR (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios respiratórios [abdominais, costais globais e seletivos] e exercícios de abertura costal) e participação em AVD de forma a realizar as tarefas o mais independente possível. A filha, cuidadora informal, foi instruída para a promoção da funcionalidade e autonomia da mãe, evitando a substituição nas AVD. Na visita domiciliária seguinte, foram realizados exercícios respiratórios e de seguida feito treino de marcha com andarilho, percorrendo 2 metros. Cada percurso iniciava e terminava com agachamento para a cadeira, cumprindo 5 voltas.

Recorrendo ao estudo de caso elaborado na vertente hospitalar²⁹ e acordo com o descrito anteriormente, durante o treino de AVD foi importante o estabelecimento de prioridades, em conjunto com a pessoa; o planeamento das atividades, de forma a distribuí-las ao longo do dia/período de tempo e formas de as realizar mais facilmente; e o desenvolvimento de estratégias de conservação de energia, assim como, períodos de repouso durante a realização das AVD (Bharati & Sahu, 2022).

²⁹ Vide APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO (VERTENTE HOSPITALAR)

Também no contexto hospitalar, houve oportunidade de realizar treino de alimentação. No caso de um senhor de 60 anos com deglutição comprometida relacionada com AVC isquémico e ventilação comprometida relacionada com pneumonia COVID-19, após avaliação da deglutição pela escala de GUSS foi sugerida a adaptação correta da textura dos alimentos, assim como a adequação da dieta. Adicionalmente, foram instruídas estratégias para uma deglutição segura como o posicionamento correto; flexão do pescoço aquando da deglutição; pequenas porções de alimento ou utilização de talheres de sobremesa; limpeza da cavidade oral antes da introdução de mais alimentos; não mistura de sólidos e líquidos na boca; em caso de episódios de disfagia, validar a resolução dos mesmo pela ausência da “voz molhada” e pigarreio; colocação de espessante nos líquidos; administração de líquidos por palhinha ou por garrafa para controlar a quantidade de líquido ingerida, assim como, a técnica da tosse assistida, para auxiliar na limpeza das vias aéreas em caso de engasgo (Braga, 2016).

Na vertente comunitária, o treino de AVD tem mais vantagens por ser realizado no domicílio da pessoa, compreendendo as potencialidades e as dificuldades do ambiente, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos no processo (Vigia et al., 2016). Salienta-se, assim, o treino de atividades instrumentais de vida diária, nomeadamente preparar refeições, como a preparação dos alimentos para a sua confeção; e fazer tarefas domésticas, como dobrar roupa ou colocar a mesa. Adicionalmente, com o objetivo de treino da coordenação motora fina, foram utilizados alguns objetos de uso doméstico, tais como botões da roupa (apertar e desapertar), frascos e embalagens (abrir e fechar) e molas da roupa.

Durante as visitas domiciliárias foi possível apreciar o contexto real da pessoa, em particular as barreiras físicas e arquitetónicas existentes. As barreiras arquitetónicas estão presentes em diversos contextos do nosso dia-a-dia, sendo consideradas obstáculos edificados no meio urbano ou nos edifícios, que impedem ou dificultam a livre circulação das pessoas com incapacidade, transitória ou permanente (Pereira et al., 2018). Por um lado, foram sugeridas alterações à disposição do mobiliário, remoção de tapetes, modificação do poliban para base de chuveiro, colocação de compensação de altura, rampa para o poliban, de forma a promover a mobilidade e a acessibilidade. Por outro, foi possível durante o estágio a recomendação de diversos produtos de apoio e o treino da sua utilização tais como cadeira de rodas, almofada pneumática, tábua de transferência, andarilho, canadiana, varão de chuveiro e cadeira de banho.

Pela observação durante o estágio e também pela experiência profissional, frequentemente o cuidador informal substitui o indivíduo pela falta de conhecimento relativo às suas capacidades funcionais; pelo receio de lesão associado a esforços ou movimentos; ou como *prova de amor* e dedicação. Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção do EEER no ensino e treino do cuidador informal. O cuidador informal é

o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019).

Neste sentido, o EEER tem a responsabilidade de ensino, instrução e treino de técnicas corretas para a realização dos cuidados, mas também no desenvolvimento de estratégias de segurança e a adoção de comportamentos positivos em saúde, por parte dos cuidadores informais. Esta prática de fomento da autonomia e da competência vai de encontro ao conceito de *empowerment* ou empoderamento.

O termo *empowerment* remete para um processo contínuo, no qual os indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, conscientes que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas (World Health Organization, 2002). Assim, o EEER, enquanto detentor de conhecimento e experiência, interfere no processo de capacitação das pessoas, quer daqueles que vivem alguma dificuldade, quer na adaptação a mudanças, com vista a transições eficientes e seguras (Almeida et al., 2022).

A evidência demonstra que os cuidados de enfermagem contribuem para uma capacitação da pessoa/cuidador informal, mas também demonstra ganhos em saúde na condição de saúde das pessoas dependentes, mas também na saúde dos cuidadores informais, sejam estes aos níveis físico, psicológico, do bem-estar social e ainda na satisfação com os cuidados (Martins & Santos, 2020).

Retomando o estudo de caso elaborado na vertente comunitária³⁰, o cuidador informal era o filho da utente, que apesar da sua experiência profissional como animador num

³⁰ Vide APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO (VERTENTE COMUNITÁRIA)

lar no Reino Unido, não tinha prática de prestação de cuidados efetiva. Deste modo, durante a visita domiciliária, foi frequente a validação das técnicas usadas, não só para a segurança de ambos, mas também se os princípios da mecânica corporal estavam a ser respeitados. Salienta-se a técnica da transferência, que na primeira visita o filho refere lombalgia aquando da transferência da mãe. Ao validar a execução da técnica, o filho “*puxa*” a mãe para a beira da cama, sendo prontamente interrompido. Foi demonstrada a técnica correta (rolar a pessoa para a beira da cama, colocar os membros inferiores fora da cama, sentar à beira da cama, assumir a posição de pé, rodar para a cadeira de rodas e sentar na cadeira de rodas) e validada com a prática, havendo a ausência de queixas com a técnica demonstrada. Também este caso ilustra o treino de AVD e de atividades instrumentais de vida, em que o filho refere fazer com a mãe exercícios/atividades de mobilidade e coordenação (“brincar com balão”, arrumar peças, alcançar objetos na mesa, rolar a bola na mesa) e promove a participação nas diversas AV (diárias e domésticas), sempre que tolerada.

A evidência demonstra que a informação veiculada aos cuidadores informais de pessoas dependentes na sua maioria remete para a doença e para a medicação. Apesar da grande parte destas pessoas serem dependentes na gestão da medicação e na área dos cuidados de higiene e conforto (Dixe et al., 2019). Outro estudo demonstra que os cuidadores informais apresentam dificuldades na assistência e supervisão das AVD da pessoa cuidada e na dimensão do autocuidado (Almeida et al., 2022).

Após a avaliação das necessidades, definem-se as áreas temáticas de autocuidado a abordar no processo de capacitação, recorrendo-se a informação verbal, observação, demonstração, execução com supervisão e o suporte à informação através de folhetos (Dixe et al., 2020). Neste sentido, no contexto comunitário, foram elaborados dois folhetos informativos para reforçar o ensino realizado aquando das visitas domiciliárias, relativos aos cuidados para o posicionamento correto³¹ e cuidados relativos à prevenção das quedas³². Estes folhetos foram elaborados de acordo com as necessidades encontradas no contexto e validadas com os enfermeiros orientadores.

³¹ Vide APÊNDICE II – BROCHURA “POSICIONAMENTOS NA CAMA: COMO FAZER MELHOR!”

³² Vide APÊNDICE III – BROCHURA “QUEDAS: QUAL A GRAVIDADE?”

No próximo capítulo desenvolver-se-ão as intervenções subjacentes ao treino de exercício para a maximização da funcionalidade, assim como o quadro teórico que serviu de referência para as mesmas.

2.3. MAXIMIZAR A FUNCIONALIDADE, DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA

Segundo a OE, o EEER desenvolve atividades que permitam maximizar as capacidades funcionais dos indivíduos e, assim, permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, o termo *maximizar* remete para dar o mais alto valor possível ou levar ao mais alto grau (Porto Editora, n.d.) da capacidade funcional da pessoa cuidada. Por sua vez, a *capacidade funcional* ou *funcionalidade*, refere-se à autonomia na execução de tarefas diárias e fundamentais que permitem ao indivíduo viver sozinho no seu próprio domicílio (Fillenbaum & World Health Organization, 1986). Assim, na sua essência, pode-se considerar que o EEER tem como missão a promoção do movimento de forma terapêutica para que a pessoa obtenha a sua máxima independência nas diversas AVD.

Segundo Caspersen et al. (1985) e Shephard & Balady (1999), considera-se AF qualquer movimento corporal, produzido pelo sistema músculo-esquelético, que resulte no aumento do dispêndio energético. Na perspetiva de Johnson & Ballin (1996), a AF compreende qualquer movimento corporal com gasto energético acima dos níveis de repouso, incluindo as atividades diárias (como tomar banho, vestir), as atividades de trabalho (como andar, deslocar cargas) e as atividades de lazer (como exercício, desporto).

Os benefícios da AF encontram-se bem fundamentados na literatura, suportando que adultos fisicamente ativos têm uma redução de 30% no risco de morte prematura para todas as causas de morte, independente do género, faixa etária, etnia e IMC³³. No caso que não se consiga cumprir com as recomendações, alguma AF diária tem benefícios para a saúde. Também se verifica a partir dos 90 minutos semanais de

³³ IMC – Índice de Massa Corporal

AFMV³⁴ uma redução no risco de morte prematura para todas as causas de 20%. De forma a obter uma redução de 40% no risco, seria necessário acumular 420 minutos semanais de AFMV. A salientar que acumular períodos de AF, mesmo que inferior a 10 minutos, parece ser benéfico tanto para questões de saúde, como motivacionais, sendo um bom ponto de partida e tendo impacto nas alterações do estilo de vida (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

Relativamente aos benefícios da AF na saúde dos idosos, salienta-se que os indivíduos que cumprem as recomendações têm menos risco de queda e lesões consequentes, como fraturas ou traumatismo crânio-encefálico. Também nos idosos a AFMV e as atividades de reforço muscular reduzem o risco de limitações físicas. A evidência sugere que indivíduos fisicamente ativos têm uma melhoria na sua condição física mesmo com doença crónica, nomeadamente de doença cardiovascular, DPOC³⁵, declínio cognitivo, Parkinson, fratura da anca, osteopenia e osteoporose (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

A OMS recomenda que adultos e idosos devem acumular pelo menos 150 a 300 minutos de AFMV por semana e incorporar atividades de reforço muscular pelo menos 2 vezes por semana. Salienta ainda que realizar alguma AF é melhor que nenhuma e que no caso dos idosos deve ser incluído trabalho de equilíbrio e prevenção de quedas três vezes por semana (Bull et al., 2020).

No concerne do treino de exercício, o EEER desenvolve junto da pessoa cuidada AF planeada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de aumentar ou manter a aptidão física, i.e., exercício físico (Caspersen et al., 1985; Shephard & Balady, 1999). Assim, pode-se afirmar que ao intervir na aptidão física da pessoa, o EEER manipula a capacidade individual do sujeito para praticar AF (Caspersen et al., 1985).

A aptidão física, por um lado, apresenta componentes relacionadas com a saúde como a força muscular (capacidade do músculo para ultrapassar uma resistência); resistência muscular (capacidade do músculo para continuar a exercer força sem fadiga); endurance e capacidade cardiorrespiratória (capacidade dos sistemas circulatório e respiratório para fornecer oxigénio durante AF); flexibilidade (amplitude de movimento de uma articulação) e a composição corporal (quantidades relativas de

³⁴ AFMV – Atividade Física de intensidade Moderada a Vigorosa. Considera-se AF de intensidade >3 MET (Equivalentes Metabólicos da Tarefa) ou >5 na CR10 (Liguori, 2021).

³⁵ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

músculo, gordura, osso e outras partes vitais). Por outro lado, a aptidão física tem componentes relacionadas com a habilidade motora, sendo a agilidade (capacidade de alterar a posição do corpo no espaço com velocidade e precisão); a coordenação (capacidade de usar os sentidos, juntamente com partes do corpo na realização de tarefas sem problemas e com precisão); o equilíbrio (capacidade para manter o equilíbrio enquanto parado ou em movimento); a potência (quantidade de trabalho/energia/força efetuado por unidade de tempo); o tempo de reação (tempo decorrido entre o estímulo e o início da reação); e com a velocidade (capacidade de executar um movimento dentro de um curto período de tempo) (Caspersen et al., 1985).

Na planificação e prescrição de treino de exercício deve-se ter em consideração os princípios do treino, i.e., as *regras* de prescrição do treino, assim como, as variáveis de treino, que quando combinadas entre si de forma adequada resulta na eficiência do treino (Bompa & Buzzichelli, 2015).

Os princípios do treino prendem-se com a (Bompa & Buzzichelli, 2015):

- Sobrecarga, no qual o exercício de treino só promove modificações no organismo, se for executado com duração e intensidades suficientes para despoletar os consequentes processos de adaptação no organismo, recorrendo a cargas de treino superiores à homeostasia;
- Especificidade, pois as modificações que se produzem no organismo através do treino, têm um carácter perfeitamente dirigido para objetivos concretos e específicos da modalidade em particular;
- Reversibilidade, dado que os efeitos do treino são transitórios e que logicamente existem adaptações que permanecem mais tempo que outras, sendo que as aquisições que levam mais tempo a ser obtidas, mantêm-se durante mais tempo. O decréscimo dos efeitos da adaptação da carga, será tanto maior quanto mais recente e menos consolidado forem os níveis de adaptação;
- Progressão, pois devem ser aplicados estímulos cada vez mais complexos e exigentes, uma vez que aqueles exercícios imutáveis, poderão causar uma melhoria durante um certo tempo, mas o seu efeito diminui se o organismo se adaptar ao mesmo, alcançando um estado estacionário de adaptação;

- Recuperação que decorre da alternância que deve existir entre a aplicação da carga (esforço) e o descanso (recuperação);
- Individualidade visto que existem reações e adaptações diferentes e individualizadas a estímulos iguais, devido à individualização biológica e psicológica.

Os princípios de treino organizam-se de forma a obter o efeito da supercompensação. A supercompensação, ou *síndrome geral de adaptação*, é o fenómeno biológico que permite elaborar um modelo explicativo para todos os princípios do treino. Após um estímulo, entenda-se como sessão de treino, ocorre fadiga, sendo necessário tempo de recuperação para que ocorra supercompensação, i.e., a relação entre o trabalho e a regeneração que leva a uma adaptação física superior. Quando não se permitem tempos de recuperação ideais e se aplicam constantemente estímulos de intensidade máxima, pode ocorrer exaustão e diminuição da *performance* (Bompa & Buzzichelli, 2015).

De acordo com o ACSM³⁶, as variáveis do treino para a prescrição de exercício podem ser reduzidas ao acrónimo FITT onde F – Frequência (com que regularidade); I – Intensidade (com que intensidade ou esforço/carga); T – Tempo (duração ou quanto tempo); T – Tipo (modo ou tipo de exercícios). Além disso, as componentes como Volume (V) (quantidade total de exercícios) e Progressão (P) (complexidade do exercício) também devem ser considerados na prescrição de exercício individualizado (FITT-VP) (Liguori, 2021).

Para a quantificação da intensidade de AF pode-se recorrer a diversas ferramentas. Associado à tarefa/exercício, pode-se medir a intensidade através dos MET e pelo Dispendio energético ($\text{kcal}\cdot\text{min}^{-1}$), i.e., por inferência da intensidade da tarefa e do tempo realizada. Por outro lado, focando no indivíduo e na sua resposta individual ao exercício pode-se recorrer à percentagem da Capacidade aeróbia máxima ($\text{VO}_{2\text{max}}$), percentagem da frequência cardíaca máxima ou percentagem da frequência cardíaca de reserva. Estas últimas diferem na medida que a frequência cardíaca de reserva tem em consideração a adaptação fisiológica ao exercício em termos do sistema cardiovascular, por abaixamento da frequência cardíaca em repouso. Por último,

³⁶ American College of Sports Medicine

pode-se recorrer à Escala de Borg, quer na sua versão original (PSE 6-20), quer na versão modificada (CR 0-10) (Liguori, 2021).

Relativamente à quantificação da intensidade na prescrição de exercício em pessoas com problemas pulmonares ou respiratórios, a evidência sugere cautela ao usar intensidades alvo de frequência cardíaca com base na previsão de frequência cardíaca máxima. Devido à variabilidade da capacidade pulmonar e os potenciais efeitos na frequência cardíaca da medicação para o controlo dos sintomas respiratórios, em especial a dispneia, poder-se-á recorrer à escala de Borg (American College of Sports Medicine, 2016; Liguori, 2021).

A sessão de treino pode ser dividida em três fases – aquecimento, fase fundamental e retorno à calma. O aquecimento é considerado uma fase de transição que permite a adaptação do corpo às exigências fisiológicas, biomecânicas e bioenergéticas da sessão de exercício, devendo incluir atividades de intensidade leve a moderada com correspondência motora para exercícios a realizar durante a fase fundamental. Este período também melhora a amplitude de movimento e pode reduzir o risco de lesão durante o treino. O tempo do aquecimento pode variar de acordo com as necessidades metabólicas do treino, porém recomenda-se duração inferior a 15 minutos. Durante a fase fundamental, os exercícios de treino podem incluir atividades aeróbicas, resistidas, de flexibilidade e/ou desportivas, dependendo dos objetivos específicos da sessão de exercício. A fase fundamental da sessão pode durar entre 10 e 60 minutos, dependendo da intensidade. Por fim, o retorno à calma permite que o corpo regresse aos níveis quase de repouso após a sessão de treino. Podem ser incluídos exercícios de flexibilidade de baixa a moderada intensidade, como alongamento estático, para facilitar o relaxamento (Liguori, 2021).

Segundo o ACSM (2016), nenhuma barreira deve impedir alguém de fazer AF de intensidade leve, visto que a vida independente requer uma capacidade mínima para realizar atividades que envolvam trabalho aeróbico de intensidade leve, combinado com força, flexibilidade e equilíbrio e coordenação.

Neste sentido, recomenda-se para o treino aeróbio, 4 a 5 dias por semana, exercícios que recrutem grandes grupos musculares com atividades acessíveis (e.g. caminhar, andar de bicicleta, jardinagem) e no caso de pessoas com problemas musculoesqueléticos o recurso ao meio aquático durante atividades com carga. Deve-se iniciar com qualquer duração, de acordo com a tolerância, tendo em vista 40

minutos por sessão ou 20 minutos, se sessão combinada com exercícios de força. Inicialmente, começar na velocidade de caminhada autolimitada, numa intensidade que permita a fala (*talk test*) e aumentar gradualmente para CR10 3-5. Progressivamente, a partir do ritmo autolimitado, ao longo de 4 semanas, pode-se aumentar gradualmente o tempo para 40 minutos cada sessão, assim como, incrementar a intensidade conforme tolerado (American College of Sports Medicine, 2016).

Relativamente ao treino de resistência muscular, o ACSM recomenda 2 a 3 dias por semana, exercícios funcionais, calisténicos (com o peso do corpo) ou musculação, se a pessoa tiver interesse e/ou motivação. No concerne do tempo e no caso de exercícios com o peso corporal ou exercícios funcionais dever-se-á realizar uma série durante o intervalo da TV. Caso se utilize uma carga externa, poder-se-á realizar uma série de 8 a 12 repetições ou até à fadiga. Para regular a intensidade, inicialmente, e.g., no *Sit-to-Stand* realizar 8 repetições, na flexão de cotovelo (*arm curl*) realizar 8 repetições com 4 kg, ou 50-70% de 1RM³⁷. Progressivamente, aumentar até quantas séries por dia forem toleradas. No caso de treino com pesos, aumentar para 2 séries em aproximadamente 8 semanas (American College of Sports Medicine, 2016).

O treino de flexibilidade, dever-se-á focar nas articulações da anca, joelho, ombro, pescoço, cerca de 3 dias por semana. O alongamento deve ser mantido cerca de 20 segundos e até sentir um ligeiro desconforto, sem que haja instabilidade pela amplitude a ser usada (American College of Sports Medicine, 2016).

Retomando os conceitos abordados inicialmente neste capítulo de maximizar a funcionalidade e enquadrando na prescrição de treino de exercício, surge o conceito de treino funcional. Neste sentido, o *treino funcional* pode ser considerado como um conjunto de exercícios, métodos e estratégias de treino, que visam a melhoria da funcionalidade nas tarefas diárias, laborais ou desportivas (Raposo, 2015).

Para Liu et al. (2014) existem mais ganhos de funcionalidade quando se verifica uma correspondência motora entre o treino e a tarefa/função, considerando o treino funcional uma melhor opção para a redução da incapacidade em AVD em idosos em comparação ao treino de força. Os mesmos autores identificaram três padrões de

³⁷ 1RM – Uma Repetição Máxima, que traduz o potencial de carga máxima a ser *movida* numa única repetição.

treino funcional: baseado em elementos/exercícios, baseado em tarefas específicas ou misto (Liu et al., 2014).

Retoma-se o trabalho de Salman et al. (2021) sobre o retorno à AF após COVID-19. Na Fase 1, fase preparatória para o indivíduo com recurso a exercícios respiratórios, treino de flexibilidade, treino de equilíbrio e caminhada ligeira (PSE 6-8). Na Fase 2, espera-se desenvolver a actividade de baixa intensidade, como a caminhada, yoga ou tarefas domésticas leves, através de incrementos de 10-15 minutos por dia (PSE 6-11). Poder-se-á progredir para a Fase 3 após 7 dias e cumprindo caminhada durante 30 minutos a PSE 11. Na Fase 3, foca-se o treino aeróbio de intensidade moderada e o treino de resistência, através de dois blocos de treino de 5 minutos, com descanso de 5 minutos entre eles, aumentando um intervalo diariamente e progredindo até aos 30 minutos diários (PSE 12-14). A pessoa poderá progredir para a fase seguinte após 7 dias e quando atingir os 30 minutos de treino por sessão e se sentir recuperado após uma hora. Referente à Fase 4, desenvolve-se a atividade aeróbia moderada e a resistência muscular através de treino de coordenação e treino funcional. Por cada dois dias de treino (PSE 12-14), a pessoa descansará um dia, progredindo para a ultima fase após 7 dias e quando o cansaço/fadiga regressar ao normal. Por último, na Fase 5, recomenda-se o treino regular prévio à infeção (PSE >15).

Durante o estágio hospitalar³⁸ foi possível aplicar os princípios anteriormente descritos. Na primeira sessão de RFR foram realizados controlo e dissociação da respiração e exercícios respiratórios (diafragmáticos e costais) e de expansão torácica. Adicionalmente, realizou treino de mobilidade no leito com ensino de estratégias de conservação de energia, de forma a promover a independência nesta atividade. Por fim, cumpriu 15 minutos de decúbito semi-ventral direito. Na sessão seguinte, além dos exercícios respiratórios, foi realizado treino de AVD, nomeadamente higiene e de vestir, com o reforço das estratégias de conservação de energia. Posteriormente foram incluídas nas sessões as atividades terapêuticas, a posição terapêutica de pé (com alternância da carga nos membros inferiores), o treino de equilíbrio e o treino de marcha. Na sessão em que foi desenvolvido o treino de exercício, esta iniciou com os exercícios respiratórios e posteriormente o Aquecimento com 3 minutos na pedaleira a uma intensidade PSE 8-9. Na Fase Fundamental, que durou 10 minutos, foi realizado agachamento para a cadeira com apoio de braços no

³⁸ Vide APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO (VERTENTE HOSPITALAR)

corrimão em 2 séries de 10 a 15 repetições, sendo limitada pela subida da frequência cardíaca, aumento dos sintomas respiratórios ou aumento da PSE>11. O Retorno à Calma focou o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e exercícios respiratórios diafragmáticos.

Durante o internamento, foi possível verificar um aumento na tolerância à atividade, assim como, uma maior participação do utente nas atividades propostas. Salienta-se as variações na oxigenoterapia, em especial o decréscimo das necessidades suplementares de oxigénio durante e após as sessões de reabilitação. Adicionalmente, no *Sit to Stand test* (STS), que avalia o comprometimento das trocas gasosas induzidas pelo exercício (Briand et al., 2018; Holland et al., 2020), o utente na primeira avaliação realizou 4 repetições e na última cumpriu 10 repetições no mesmo intervalo de tempo.

Noutro utente com 55 anos com intolerância à atividade e ventilação comprometida relacionados com pneumonia COVID-19 e à presença de derrame pleural foi realizado treino de exercício. Pelas alterações gasométricas, necessitava de oxigenoterapia contínua. Como foi referido anteriormente, foram realizados exercícios respiratórios e terapêutica de posição direccionados para a reabsoção do derrame e prevenção de aderências. De acordo com a tolerância, foi estimulada a participação/treino de AVD com ensino de estratégias de conservação de energia. Durante a atividade, tinha indicação clínica para aumentar o aporte de oxigénio, garantindo uma saturação periférica de oxihemoglobina acima de 90%. No sentido de progressão e aumento do volume de treino, foi sendo solicitado ao utente a realização autónoma de mais atividades durante o treino de AVD. Numa fase posterior, foram introduzidas atividades em pé, não só para desafio da tolerância à atividade, mas também para treino de equilíbrio. Neste sentido foi realizada marcha no lugar, 20 repetições por duas séries, a PSE 8-10. Caso a saturação de oxihemoglobina descesse abaixo dos 90% ou a PSE ultrapassasse a referência, parava-se a atividade. O periodo de repouso era realizado até atingir uma PSE 6-8. Noutra sessão, foi realizado levantar da cama, contornar a cama (andar cerca de 5m), sentar no cadeirão e regressar. Este percurso foi realizado em duas séries de 4 repetições. A gestão da intensidade foi igual à sessão anterior. Em ambas as sessões, o aquecimento foi realizado com recurso a 5 minutos de pedaleira a PSE 6-8 e o retorno à calma focou a dissociação dos tempos respiratórios e exercícios respiratórios diafragmáticos. Em ambos os dias das sessões de treino descritas, no final do turno o utente referia sentir-se recuperado.

Noutra situação de cuidados a um utente de 60 anos com intolerância à atividade relacionada com pneumonia COVID-19, também foi realizado treino de exercício. A primeira sessão de reabilitação focou o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios respiratórios (abdominais, costais globais e seletivos) e exercícios de abertura costal, terminando a sessão em decúbito ventral, tendo sido instruído para a adopção deste posicionamento o mais frequentemente possível. Nas sessões seguintes foi realizado treino de exercício, recorrendo, para o aquecimento, ao ciclo-ergómetro de braços, durante 5 minutos a PSE 6-8; a fase fundamental focou o treino de força resistente de membros superiores através 2 séries de 15 repetições dos exercícios: flexão do ombro a 90° (*front raise*), abdução do ombro a 90° (*side raise*), extensão do cotovelo com flexão do ombro (*overhead tricep extension*) e flexão do cotovelo (*bicep curl*) com recurso a duas garrafas de água de 1,5L (cerca de 1,5kg). Os exercícios foram realizados em circuito, i.e., de forma contínua, havendo no final de cada volta 90 segundos de repouso. Durante a realização dos exercícios, o utente foi instruído para o controlo respiratório, promovendo na fase concêntrica do movimento a expiração e na fase excêntrica a inspiração. O retorno à calma foi realizado com recurso à pedaleira durante 5 minutos a PSE 6-8.

A evidência mostra que a pessoa com patologia respiratória tem dificuldade em realizar AVD envolvendo os membros superiores. Neste sentido, o treino da musculatura dos membros superiores e tronco deverá ser reforçado, incluindo treino aeróbio, através de ciclo-ergómetro de braços, e treino de resistência, com recurso a pesos livres e bandas elásticas (American College of Sports Medicine, 2016; Armstrong & Vogiatzis, 2019; Liguori, 2021).

Retoma-se o caso da utente de 70 anos com intolerância à atividade relacionada com COVID-19, admitida na UCC-ECCL, onde foi realizado treino de marcha com andador, percorrendo 2 metros, em que cada percurso iniciava e terminava com agachamento para a cadeira, cumprindo 5 voltas. Os exercícios eram executados enquanto permitiam a fala (*talk test*), havendo repouso, sempre que necessário. Esta sessão não só focou a utilização do andador como produto de apoio, mas também o treino de exercício, com vista à maximização da funcionalidade. No sentido de levar ao mais alto grau a funcionalidade da utente, de acordo com as suas capacidades, o treino de AVD proporcionou um momento de treino de exercício, que de acordo com a teoria geral de adaptação, trará mudanças fisiológicas e consequentemente ganhos na força, traduzindo-se possivelmente em funcionalidade.

Inerente à intervenção do EEER na maximização da funcionalidade, surge a motivação para a AF e a gestão de objetivos e/ou de expectativas. Inicialmente a motivação foi concebida como um produto das expectativas e dos valores que influenciavam as intenções para a prática, sendo estas implicitamente assumidas para diretamente levar à realização de AF. Numa visão ecológica, o processo é impactado por fatores *encaixados* dentro dos relacionamentos interpessoal, organizacional, comunitário e a nível das políticas de saúde. Na perspetiva temporal, a motivação não é linear nem constante, sendo flutuante ao longo do tempo e das experiências acumuladas. Mais recentemente, elaborou-se a motivação para a AF e para o desporto como a influência dos pensamentos e comportamentos através da ativação de associações na memória. Neste sentido, um indivíduo que costume andar de bicicleta de forma recreativa ao domingo, vai considerar benéfico a inclusão de *indoor cycling* no seu treino para o desenvolvimento da aptidão física. Por último, o modelo de controlo de ação descreve os processos que mediam ou moderam a tradução de intenções decisórias em ação (Rebar & Rhodes, 2020).

Howlett et al. (2019) identificaram a definição de metas/objetivos como a estratégia mais frequentemente usada na promoção da AF e na mudança de comportamentos sedentários. A definição de objetivos/metasp considera-se relevante para a promoção de AF a nível individual, dado serem prescritas pelos profissionais; os monitores de atividades (e.g. podómetros) baseiam-se no estabelecimento de metas; ou podem ser adotadas as diretrizes de AF como meta a ser alcançada (Swann et al., 2021).

A gestão de objetivos serve para potenciar o desenvolvimento, seja a longo prazo, no sentido de saber onde se quer chegar, mas também a curto prazo, de forma a saber o que fazer para atingir as metas propostas. Neste sentido, considera-se que os objetivos/metasp devem ser realistas, de forma a serem alcançáveis; desafiantes, que promovam a mudança; mensuráveis, para que se possa monitorizar a evolução; flexíveis, contemplando mudanças e adaptações ao longo do percurso; e específicos, estando relacionados com a meta a alcançar (Weinberg & Gould, 2019).

Retomando a Teoria CCP, um dos seus pilares fundamentais prende-se com os Processos Centrados na Pessoa. Estes focam-se na prestação de cuidados através de atividades como trabalhar com as crenças e valores do cliente; partilha de decisões; envolvimento autêntico; presença empática; e prestação de cuidados holísticos (McCormack & McCance, 2006, 2017). Estes cuidados desenvolvem-se a

partir da comunicação entre a pessoa e o profissional, devendo o EEER escutar as narrativas das pessoas sobre a sua experiência de saúde e doença, o significado que atribui ao processo e as restrições provocadas pelo sofrimento e pelos sintomas (Brink & Skott, 2013).

Através de cuidados centrados na pessoa, o EEER pode motivar e incrementar a participação nas atividades, estabelecendo em conjunto metas/objetivos sensíveis ao cliente. Estes objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e oportunos. Adicionalmente, espera-se que consiga promover mudanças comportamentais positivas para a saúde da pessoa cuidada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento e a implementação de um projeto de formação têm como objetivo, não só a aquisição de novos conhecimentos e competências, mas acima de tudo a mudança profissional e pessoal positivas. Neste sentido, torna-se fulcral a reflexão sobre o percurso realizado, identificando os aspetos positivos que contribuíram para a implementação do projeto, o desenvolvimento profissional e o aprofundamento de conhecimentos. Por outro lado, torna-se necessário identificar as dificuldades e os aspetos menos positivos, confrontado os objetivos inicialmente delineados e os resultados obtidos.

O projeto de formação foi a pedra de toque para o desenvolvimento das competências como EEER numa área específica – a reabilitação respiratória e motora à pessoa após COVID-19. Sabendo que o estágio se iria desenvolver em duas vertentes – comunitária e hospitalar – as atividades realizadas em ambos os contextos não esgotaram o espectro da intervenção do EEER. Durante a prática clínica e de acordo com a experiências vivenciadas, foi sendo desenvolvido e aprofundado conhecimento, no sentido da busca de melhores práticas, baseadas na evidência, de forma a obter intervenções atualizadas e seguras junto das pessoas cuidadas.

A elaboração do projeto implicou investigação, procurando a evidência mais recente e as boas práticas divulgadas quer nacional, quer internacionalmente. Neste percurso, deve-se salientar que a evidência acumulada *aclarou* caminhos que numa fase mais inicial se mostraram sinuosos e de difícil consecução. O perfil de uma doença e das suas complicações pouco conhecidas, assim como, as respostas humanas a este processo de doença, tornaram este projeto e o estágio, uma demanda pela atualidade.

O desenvolvimento do estágio assentou num processo recursivo entre a reflexão sobre os cuidados prestados e a integração da evidência, em conjunto com as equipas de saúde e os enfermeiros orientadores, para que os cuidados de reabilitação fossem os mais adequados e atualizados. Muitos destes momentos foram realizados de um modo informal na presença de outros enfermeiros no sentido de obter o seu contributo na discussão/reflexão, mas também para a sua sensibilização para os cuidados de Reabilitação. Esta reflexão crítica constante associada à implementação de cuidados segundo a evidência e as boas práticas, permitiu a consolidação não só de conhecimentos, mas também de competências humanas, técnicas e científicas.

Em ambas as vertentes do estágio, os registos de ER foram elaborados no sistema de informação informatizado e em papel para a RFR no contexto hospitalar. Todos os eixos de diagnóstico e de intervenções levantados pelo EEER podem ser respondidos por todos os enfermeiros, não havendo uma especificidade para os cuidados de reabilitação. Salienta-se que as respostas humanas aos cuidados de enfermagem serão tão diferenciadas quanto a diferenciação dos enfermeiros, havendo respostas humanas mais específicas e diferenciadas que são desenvolvidas pelo EEER. Muitas vezes, os registos foram elaborados em texto livre por não existir espaço próprio para o seu registo. Esta dificuldade no registo transparece uma *invisibilidade* dos cuidados de ER, tornando o seu processo de monitorização complexo, sendo difícil medir o impacto das intervenções específicas do EEER e dos respetivos ganhos em saúde, devido à forma heterogénea de registo e da desorganização dos dados apresentados.

A *invisibilidade* descrita pode remeter para uma realidade dualista. Por um lado, a ER, como sendo a *enfermagem das coisas pequenas* (Stryker, 1977), ganha contornos de pequenos gestos durante a prestação de cuidados e de aspetos mais filosóficos no cuidar, promovendo junto da pessoa cuidada intervenções de complemento da funcionalidade ao invés de substituição. Estas características podem ficar diluídas num contexto promotor de cuidados de reabilitação, dado as suas características essenciais e transversais destes cuidados não serem exclusivos dos enfermeiros/EEER, podendo resultar da intervenção de todos os profissionais envolvidos no processo de reabilitação (Feo et al., 2018).

Por outro lado, os registos de Enfermagem são a fonte documental dos cuidados prestados, dando visibilidade aos mesmos. Apesar da sua importância, são remetidos para segundo plano em situações mais complexas ou de sobrecarga de trabalho, traduzindo frequentemente tarefas realizadas pelos enfermeiros ao invés de cuidados personalizados (De Marinis et al., 2010; Kärkkäinen et al., 2005; Silva, 2001).

O modelo R-L-T, sobre o contínuo de dependência/independência das diversas AVD ao longo do ciclo de vida da pessoa, permitiu analisar as respostas humanas sensíveis aos cuidados de ER. Para Roper et al. (2000), a Saúde é um *continuum* entre saúde e doença, podendo uma pessoa sentir-se saudável mesmo quando possui uma incapacidade física ou mental significativa (*independência assistida*), sendo esperada a aquisição e a manutenção de um estado de saúde positivo. Apesar dos modelos teóricos adotados nos locais de estágio serem diferentes, a fluidez do modelo R-L-T

tornou simples a compreensão e apreensão dos conceitos centrais da Reabilitação e da Enfermagem.

Em conjunto com a teoria da CCP, foi possível dar sentido à conceção da ER por Stryker (1977). Deste modo, foram planeados e prestados cuidados de ER sensíveis às necessidades reais e potenciais da pessoa através dos aspetos fundamentais desta teoria: os Pré-requisitos, nomeadamente a competência profissional; o Ambiente de Cuidados, em especial nos sistemas facilitadores de decisão partilhada; os Processos Centrados na Pessoa, pela partilha de decisões a partir dos valores e crenças do cliente e do significado individual do processo de saúde/doença; e os Resultados Esperados, pelo sentimento de bem-estar (McCormack & McCance, 2006, 2017). Deste modo, pode-se afirmar que a abordagem centrada na pessoa torna-se uma prática de excelência de ER, visto abordar a pessoa de forma holística, para resolver as suas dificuldades do dia-a-dia, considerando-a como um especialista na sua experiência vivencial e colocar ênfase na participação e capacitação, respeitando a pessoa além da doença, deficiência ou limitação (Leplege et al., 2007).

A experiência profissional no contexto de reabilitação, tornou facilitador a aquisição de competências e a validação de conhecimentos ao longo do estágio. Se, no contexto comunitário, a transição foi sentida como uma continuidade da minha realidade profissional, dado o foco na reinserção sociofamiliar, a realidade hospitalar, foi sentida como sendo mais *desafiante*. Na minha realidade profissional, o internamento procura dar resposta às necessidades de reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico ou motor, enquanto na vertente hospitalar do estágio, os cuidados prestados dirigem-se à pessoa em fase aguda da doença. Esta diferença evidenciou, nas pessoas cuidadas, uma notória fragilidade que originou algum receio na prestação de cuidados.

Esta fragilidade decorre da instabilidade da sua situação clínica, com evidente repercussão nos parâmetros vitais e respetivas funções vitais. Como forma de contornar esta dificuldade, foi necessário reforçar a documentação e a fundamentação das intervenções planeadas e durante a sua execução estar sensível e desperto para os seus resultados. Neste sentido e no contexto hospitalar em que foram prestados cuidados de ER respiratória a pessoa com ventilação comprometida relacionada com pneumonia COVID-19, foi feita pesquisa sobre o racional teórico que fundamenta as intervenções de RFR dirigida a estas pessoas, assim como foram

avaliados os resultados dos cuidados prestados, i.e., as respostas humanas, que nestas situações são céleres e evidentes.

Também a diferença das realidades e do trabalho em equipa foram significativos em ambos os contextos. Com experiência profissional exclusiva em contexto hospitalar, torna-se fácil a partilha das dúvidas, a discussão e a tomada de decisão em equipa, aspeto constatado na vertente hospitalar do estágio. Por outro lado, o trabalho solitário das visitas domiciliárias deixa, por vezes, o enfermeiro, e em especial o EEER, sem *rede de suporte* para que possa confrontar ideias e esclarecer dúvidas no momento da prestação de cuidados. Como forma de contornar esta situação, além dos momentos formais das reuniões de equipa para discussão de casos, foram diversos os momentos que entre os enfermeiros orientadores se partilhou as incertezas para chegar à melhor prática.

Salienta-se que apesar das discussões entre pares para a tomada de decisão, esta foi sempre tida em linha com a vontade, os valores e as crenças da pessoa e família, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão. Numa perspetiva do melhor interesse da pessoa e família, a decisão clínica foi partilhada recorrendo a uma linguagem acessível e inteligível para o interlocutor, tendo como princípio o envolvimento autêntico descrito por McCormack & McCance (2006, 2017).

O desenvolvimento das competências técnicas específicas de reabilitação foi, sem dúvida, um aspeto central na prática clínica, tendo sido promotor do desempenho o apoio e a experiência dos enfermeiros orientadores. Por um lado, as técnicas relativas à reabilitação motora (mobilizações, posicionamentos, transferências, treino de AVD, adaptação e treino de produtos de apoio, treino de exercício) foram facilmente apreendidas pela realidade do contexto profissional. Relativamente às técnicas de reabilitação respiratória, estas exigiram mais intenção na tarefa para a aquisição de destreza e sensibilidade durante a realização das mesmas. Pode-se considerar que a evolução ao longo do estágio foi positiva, tendo adquirido um nível de competência técnica, humana e científica promotora da autonomia, em ambos os contextos.

As duas vertentes do estágio foram promotoras e facilitadoras da implementação de diversas intervenções de ER e ofereceram muitas oportunidades de aprendizagem. Os cuidados especializados foram prestados a pessoas em diversas fases do ciclo de vida, com doenças agudas, crónicas ou com limitações da atividade e/ou incapacidade, tendo em vista a prevenção de complicações, assim como, a otimização

e reeducação das funções motora, respiratória, cognitiva, sensorial, da sexualidade e da eliminação (Regulamento n.º 350/2015).

Pelas características das pessoas cuidadas e das necessidades de reabilitação identificadas, não foram desenvolvidas intervenções específicas à função cardíaca, cognitiva, sensorial e da sexualidade. Contudo, dada a natureza ampla das intervenções realizadas, pode-se afirmar que apesar do foco na função motora o treino de exercício também integra aspetos da função cardiorrespiratória; as atividades de desenvolvimento da função motora integram e estimulam a sensibilidade e a propriocepção; e a inclusão num programa de reabilitação implica uma estimulação cognitiva nas pessoas com alterações desta função.

Durante o percurso de estágio, foram diversos os momentos de reflexão das práticas profissionais e a sua otimização nas oportunidades seguintes. A minha realidade profissional num centro de reabilitação tornou-se um *universo de oportunidades* de desenvolvimento e melhoria das competências específicas de reabilitação adquiridas no contexto de estágio. Em conjunto com os pares do local de trabalho, foram promovidos momentos informais para o aprimoramento das intervenções realizadas em estágio. Estas intervenções foram *invadindo* paulatinamente a prática de cuidados no contexto profissional, iniciando um contínuo de desenvolvimento profissional promovido nos locais de estágio e dada continuidade no local de trabalho.

Ao longo deste relatório foram identificadas e fundamentadas as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio que concorreram para a aquisição das competências comuns de EE, mas também das potenciaram as competências específicas de EEER. Articulando com o projeto que norteou este processo, muitas das intervenções que foram descritas anteriormente dão resposta aos objetivos delineados no projeto. Identificam-se, assim, de forma sumária as atividades que deram resposta a ambos os objetivos do projeto:

- Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor e respiratório;
- Recolha de informação pertinente com recurso a escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções respiratória e motora (Escala de Dispneia [MRC modificada], Força muscular [Escala MRC], Escala de Equilíbrio de Berg, Sit to Stand [STS], Medida de Independência Funcional, Escala de estado funcional pós-COVID);

- Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD de forma independente;
- Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente;
- Discussão das práticas de risco e das alterações da função a nível motor e respiratório com a pessoa/cuidador e definição conjunta das estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia;
- Conceção de planos, seleção, prescrição e implementação das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaboração de programas de reeducação funcional motora e respiratória;
- Seleção e prescrição de produtos de apoio;
- Implementação de programas de reeducação funcional motora e RFR;
- Ensino, demonstração e treino de técnicas com vista à promoção da independência no âmbito dos programas motor e respiratório;
- Avaliação dos resultados das intervenções implementadas.

Relativamente ao objetivo *desenvolver o treino de AVD na pessoa após infeção por COVID-19, desenvolvendo a funcionalidade e independência* foram realizadas as seguintes atividades:

- Ensino à pessoa e/ou cuidador de técnicas específicas de autocuidado;
- Realização de treino de AVD (higiene, vestuário, mobilidade) com estratégias de conservação de energia, utilizando os produtos de apoio adequados;
- Promoção de ambientes seguros, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor e respiratório;
- Identificação e orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas.

Referente ao objetivo *implementar o treino de exercício na pessoa após COVID-19, melhorando a qualidade de vida* salienta-se as seguintes atividades:

- Conceção e implementação de programas de treino motor e respiratório;
- Ensino, instrução e treino de exercício físico para maximizar o desempenho a nível motor e respiratório;

- Conceção de sessões de treino de exercício com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à reabilitação, capacitação e à autogestão;
- Avaliação e reformulação dos programas de treino motor e respiratório em função dos resultados esperados.

A elaboração deste relatório serve como um dos passos finais para a conclusão do ciclo de estudos para a obtenção do grau de mestre. Em concordância com o definido para o grau de mestre no regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Decreto-Lei n.º 74/2006), espera-se ter-se demonstrado capacidade de aquisição, compreensão e aplicação de conhecimentos, articulando-os para a resolução de problemas em situações novas, não familiares e complexas; competência para desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as suas implicações e desafios éticos e deontológicos; aptidão na comunicação das conclusões obtidas e dos raciocínios, processos e procedimentos subjacentes de forma clara; e, por último, espera-se ter-se demonstrado competência na aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma.

Muitos colegas, durante este percurso, partilharam a fragilidade e insuficiência do seu conhecimento face à prescrição de treino de exercício, necessitando de bases mais robustas para a sua conceção e implementação. Neste sentido, este projeto servirá de pedra basilar para o desenvolvimento de formação em serviço para suplantar estas necessidades partilhadas pelos pares.

Em termos institucionais será feita a proposta de desenvolvimento do Programa Transdisciplinar de Treino de Exercício, com a participação dos diversos elementos da equipa de reabilitação, a fim de implementar sessões de treino de exercício com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à reabilitação e capacitação da pessoa e família. Este programa não se encerra em si mesmo, podendo ser articulado com as mostras de desporto adaptado que se realizam frequentemente na instituição.

A conclusão deste *desafio*, não só académico, mas também pessoal e profissional, não encerra o processo de mudança iniciado. Serve como ponto de partida para a reflexão das práticas individuais e coletivas como EE, do posicionamento e da importância do EEER na equipa de saúde e consequentemente da sua responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

- 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. *United States Department of Health & Human Services*, 779.
- Abodonya, A. M., Abdelbasset, W. K., Awad, E. A., Elalfy, I. E., Salem, H. A., & Elsayed, S. H. (2021). Inspiratory muscle training for recovered COVID-19 patients after weaning from mechanical ventilation. *Medicine*, 100(13), e25339. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025339>
- Alawna, M., Amro, M., & Mohamed, A. A. (2020). Aerobic exercises recommendations and specifications for patients with COVID-19: A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(24), 13049–13055. https://doi.org/10.26355/eurrev_202012_24211
- Almeida, F., Martins, R., & Martins, C. (2022). Capacitação do Cuidador Informal: estudo das dificuldades e das variáveis preditivas. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.ccie>
- American College of Sports Medicine. (2016). *ACSM's Exercise Management for Persons With Chronic Diseases and Disabilities* (4th ed.). Human Kinetics, Inc.
- Antoniou, K. M., Vasarmidi, E., Russell, A.-M., Andrejak, C., Crestani, B., Delcroix, M., Dinh-Xuan, A. T., Poletti, V., Sverzellati, N., Vitacca, M., Witzernath, M., Tonia, T., & Spanevello, A. (2022). European Respiratory Society Statement on Long COVID-19 Follow-Up. *European Respiratory Journal*, 2102174. <https://doi.org/10.1183/13993003.02174-2021>
- Armstrong, M., & Vogiatzis, I. (2019). Personalized exercise training in chronic lung diseases. *Respirology*, 24(9), 854–862. <https://doi.org/10.1111/resp.13639>
- Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., Horn, C., Vanshylla, K., Cristanziano, V. Di, Osebold, L., Roventa, M., Riaz, T., Tschernoster, N., Altmueller, J., Rose, L., Salomon, S., Priesner, V., Luers, J. C., Albus, C., ... Lehmann, C. (2021). Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 6, 100122.

<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100122>

- Barker-Davies, R. M., O'Sullivan, O., Senaratne, K. P. P., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., Ellis, H., Goodall, D., Gough, M., Lewis, S., Norman, J., Papadopoulou, T., Roscoe, D., Sherwood, D., Turner, P., Walker, T., Mistlin, A., Phillip, R., Nicol, A. M., ... Bahadur, S. (2020). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine*, 54(16), 949–959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407. <http://www.jstor.com/stable/3462928>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(SUPPL. 2).
- Bharati, B., & Sahu, K. S. (2022). Post-COVID-19 Chronic Fatigue and the Role of Energy Conservation and work Simplification Techniques: An Occupational Therapy Approach. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.37506/ijpot.v16i1.17740>
- Bigaran, L. T., Meira, L. D., Silva, J. V. A. da, Graça Rêgo, V., Barbosa, T. C., & Paula, E. C. de. (2021). Benefícios da posição de prona em pacientes com COVID-19 não-intubados. *Research, Society and Development*, 10(6), e38810615910. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15910>
- Bompa, T., & Buzzichelli, C. (2015). *Periodization Training for Sports* (3rd ed.). Human Kinetics, Inc.
- Borg, G. A. V. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5). https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx
- Bouza, E., Cantón Moreno, R., De Lucas Ramos, P., García-Botella, A., García-Lledó, A., Gómez-Pavón, J., González del Castillo, J., Hernández-Sampelayo, T., Martín-Delgado, M. C., Martín Sánchez, F. J., Martínez-Sellés, M., Molero García, J. M., Moreno Guillén, S., Rodríguez-Artalejo, F. J., Ruiz-Galiana, J., De Pablo

- Brühlmann, S., Porta Etessam, J., & Santos Sebastián, M. (2021). Post-COVID syndrome: A reflection and opinion paper. *Revista Española de Quimioterapia*, 34(4), 269–279. <https://doi.org/10.37201/req/023.2021>
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª). Lusodidacta.
- Brawner, C. A., Ehrman, J. K., Bole, S., Kerrigan, D. J., Parikh, S. S., Lewis, B. K., Gindi, R. M., Keteyian, C., Abdul-Nour, K., & Keteyian, S. J. (2021). Inverse Relationship of Maximal Exercise Capacity to Hospitalization Secondary to Coronavirus Disease 2019. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.10.003>
- Briand, J., Behal, H., Chenivesse, C., Wémeau-Stervinou, L., & Wallaert, B. (2018). The 1-minute sit-to-stand test to detect exercise-induced oxygen desaturation in patients with interstitial lung disease. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 12(6), 175346661879302. <https://doi.org/10.1177/1753466618793028>
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. In *Public health reports* (Vol. 100, Issue 2). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (pp. 1–19). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

- Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª). Lusociência.
- da Silveira, M. P., da Silva Fagundes, K. K., Bizuti, M. R., Starck, É., Rossi, R. C., & de Resende e Silva, D. T. (2021). Physical exercise as a tool to help the immune system against COVID-19: an integrative review of the current literature. *Clinical and Experimental Medicine*, 21(1), 15–28. <https://doi.org/10.1007/s10238-020-00650-3>
- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P., & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>
- Daynes, E., Gerlis, C., Chaplin, E., Gardiner, N., & Singh, S. J. (2021). Early experiences of rehabilitation for individuals post-COVID to improve fatigue, breathlessness exercise capacity and cognition – A cohort study. *Chronic Respiratory Disease*, 18. <https://doi.org/10.1177/14799731211015691>
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., Alvaro, R., & Matarese, M. (2010). “If it is not recorded, it has not been done!”? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11–12), 1544–1552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário Da República*, 1.ª Série (N.º 60 — 24 de Março de 2006), 2242–2257. <https://dre.pt/application/conteudo/456200>
- Demeco, A., Marotta, N., Barletta, M., Pino, I., Marinaro, C., Petraroli, A., Moggio, L., & Ammendolia, A. (2020). Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *Journal of International Medical Research*, 48(8), 030006052094838. <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>
- Dixe, M. dos A. C. R., da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., de Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

- Dixe, M. dos A. C. R., Soares, E. M., Martinho, R. F. G., Rijo, R. P. C. L., Carço, J. E. F., Gomes, N. M. M., & Querido, A. I. F. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência* (1E ed.).
- FAIR Health. (2021). *A Detailed Study of Patients with Long-Haul COVID: An Analysis of Private Healthcare Claims*.
- Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Muntlin Athlin, Å., Brovall, M., Parr, J., Blomberg, K., & Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2285–2299. <https://doi.org/10.1111/jocn.14247>
- Fernández-de-las-Peñas, C., Martín-Guerrero, J. D., Navarro-Pardo, E., Rodríguez-Jiménez, J., & Pellicer-Valero, O. J. (2022). Post-COVID functional limitations on daily living activities are associated with symptoms experienced at the acute phase of SARS-CoV-2 infection and internal care unit admission: A multicenter study. *Journal of Infection*, 84(2), 248–288. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.08.009>
- Fernández-de-las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Cuadrado, M. L., & Florencio, L. L. (2021). Defining Post-COVID Symptoms (Post-Acute COVID, Long COVID, Persistent Post-COVID): An Integrative Classification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2621. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052621>
- Fernández-de-las-Peñas, C., Varol, U., Fuensalida-Novo, S., Plaza-Canteli, S., & Valera-Calero, J. A. (2022). Is the number of long-term post-COVID symptoms relevant in hospitalized COVID-19 survivors? *European Journal of Internal Medicine*, February. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.02.013>
- Fillenbaum, G. G., & World Health Organization. (1986). *Troisième âge et bien-être: approches d'une évaluation multidimensionnelle*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39713/WHO_OFFSET_84_fre.pdf?sequen%0Ace=1&isAllowed=y
- Foged, F., Rasmussen, I. E., Bjørn Budde, J., Rasmussen, R. S., Rasmussen, V., Lyngbæk, M., Jønck, S., Krogh-Madsen, R., Lindegaard, B., Ried-Larsen, M., Berg, R. M. G., & Christensen, R. H. (2021). Fidelity, tolerability and safety of acute

- high-intensity interval training after hospitalisation for COVID-19: A randomised cross-over trial. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 7(3), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2021-001156>
- Ghebreyesus, T. A. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. WHO Director General's Speeches. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Goërtz, Y. M. J., Van Herck, M., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Meys, R., Machado, F. V. C., Houben-Wilke, S., Burtin, C., Posthuma, R., Franssen, F. M. E., van Loon, N., Hajian, B., Spies, Y., Vijlbrief, H., van 't Hul, A. J., Janssen, D. J. A., & Spruit, M. A. (2020). Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Research*, 6(4), 00542–02020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00542-2020>
- Goodwin, V. A., Allan, L., Bethel, A., Cowley, A., Cross, J. L., Day, J., Drummond, A., Hall, A. J., Howard, M., Morley, N., Thompson Coon, J., & Lamb, S. E. (2021). Rehabilitation to enable recovery from COVID-19: a rapid systematic review. *Physiotherapy*, 111, 4–22. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.007>
- Gualano, B. (2022). Evidence-based physical activity for COVID-19: what do we know and what do we need to know? *British Journal of Sports Medicine*, 0(0), bjsports-2022-105426. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105426>
- Guedes, L. P. C. M., Oliveira, M. L. C. de, & Carvalho, G. de A. (2018). Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly - a review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 499–506. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>
- Guo, P., Benito Ballesteros, A., Yeung, S. P., Liu, R., Saha, A., Curtis, L., Kaser, M., Haggard, M. P., & Cheke, L. G. (2022a). COVCOG 1: Factors Predicting Physical, Neurological and Cognitive Symptoms in Long COVID in a Community Sample. A First Publication From the COVID and Cognition Study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14(March), 1–24. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.804922>
- Guo, P., Benito Ballesteros, A., Yeung, S. P., Liu, R., Saha, A., Curtis, L., Kaser, M., Haggard, M. P., & Cheke, L. G. (2022b). COVCOG 2: Cognitive and Memory

- Deficits in Long COVID: A Second Publication From the COVID and Cognition Study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14(March). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.804937>
- He, F., Deng, Y., & Li, W. (2020). Coronavirus disease 2019: What we know? *Journal of Medical Virology*, 92(7), 719–725. <https://doi.org/10.1002/jmv.25766>
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1998). *Reabilitação Funcional Respiratória* (2ª). Boehringer Ingelheim.
- Herrera, J. E., Niehaus, W. N., Whiteson, J., Azola, A., Baratta, J. M., Fleming, T. K., Kim, S. Y., Naqvi, H., Sampsel, S., Silver, J. K., Verduzco-Gutierrez, M., Maley, J., Herman, E., & Abramoff, B. (2021). Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection patients. *PM&R*, 13(9), 1027–1043. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12684>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2008). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, and Outcomes* (4th ed.). Mosby.
- Holland, A. E., Malaguti, C., Hoffman, M., Lahham, A., Burge, A. T., Dowman, L., May, A. K., Bondarenko, J., Graco, M., Tikellis, G., Lee, J. Y. T., & Cox, N. S. (2020). Home-based or remote exercise testing in chronic respiratory disease, during the COVID-19 pandemic and beyond: A rapid review. *Chronic Respiratory Disease*, 17, 147997312095241. <https://doi.org/10.1177/1479973120952418>
- Howlett, N., Trivedi, D., Troop, N. A., & Chater, A. M. (2019). Are physical activity interventions for healthy inactive adults effective in promoting behavior change and maintenance, and which behavior change techniques are effective? A systematic review and meta-analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 9(1), 147–157. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby010>
- Iwua, C. J., Iwu, C. D., & Wiysonge, C. S. (2021). The occurrence of long COVID: a rapid review. *Pan African Medical Journal*, 38(65). <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.65.27366>
- Jacobs, L. G., Gourni Paleoudis, E., Lesky-Di Bari, D., Nyirenda, T., Friedman, T.,

- Gupta, A., Rasouli, L., Zetkusic, M., Balani, B., Ogedegbe, C., Bawa, H., Berrol, L., Qureshi, N., & Aschner, J. L. (2020). Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. *PLOS ONE*, 15(12), e0243882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243882>
- Jellinger, K. A. (2001). Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System. *European Journal of Neurology*, 8(4), 377–377. <https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2001.0222d.x>
- Johnson, J. M., & Ballin, S. D. (1996). Surgeon General's Report on Physical Activity and Health Is Hailed as a Historic Step Toward a Healthier Nation. *Circulation*, 94(9), 2045–2045. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.94.9.2045>
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123–132. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne769oa>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Kovelis, D., Segretti, N. O., Probst, V. S., Lareau, S. C., Brunetto, A. F., & Pitta, F. (2008). *Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil*. 34(12), 1008–1018.
- Lei n.º 100/2019. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. *Diário Da República Nº 171/2019 — 1ª Série*, 3–16.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20–21), 1555–1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>
- Liguori, G. (2021). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (11th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Liska, D., & Andreansky, M. (2021). Rehabilitation and physical activity for COVID-19 patients in the post infection period. *Bratislava Medical Journal*, 122(05), 310–314. https://doi.org/10.4149/BLL_2021_052

- Liu, C.-J., Shiroy, D. M., Jones, L. Y., & Clark, D. O. (2014). Systematic review of functional training on muscle strength, physical functioning, and activities of daily living in older adults. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11(2), 95–106. <https://doi.org/10.1007/s11556-014-0144-1>
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª). Lusodidacta.
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, 117-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2ª Edição).
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Mitchell, P. H. (2008). Section I: Patient Safety and Quality. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1–8.
- Mohamed, A. A., & Alawna, M. (2020). Role of increasing the aerobic capacity on improving the function of immune and respiratory systems in patients with coronavirus (COVID-19): A review. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(4), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.038>

- Mota, M., Sousa, L., Bico, I., & Pinto Marques, M. do C. (2020). Decúbito ventral na síndrome de dificuldade respiratória no adulto após infecção por coronavírus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S2), 16–22. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777>
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehrawat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J., Mohan, S., Beckley, A. A., ... Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27(4), 601–615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
- Nopp, S., Moik, F., Klok, F. A., Gattinger, D., Petrovic, M., Vonbank, K., Koczulla, A. R., Ay, C., & Zwick, R. H. (2022). Outpatient Pulmonary Rehabilitation in Patients with Long COVID Improves Exercise Capacity, Functional Status, Dyspnea, Fatigue, and Quality of Life. *Respiration*, 1–9. <https://doi.org/10.1159/000522118>
- Novak, P., Cunder, K., Petrovič, O., Oblak, T., Dular, K., Zupanc, A., Prosič, Z., & Majdič, N. (2022). Rehabilitation of COVID-19 patients with respiratory failure and critical illness disease in Slovenia: An observational study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 45(1), 65–71. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000513>
- Ogundunmade, B. G. (2022). Leveraging on Rehabilitation in Long Covid Management. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 16(1), 68–76. <https://doi.org/10.37506/ijpot.v16i1.17777>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boas Práticas: Reabilitação Respiratória*.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérrouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ª Edição).
- Pereira, R. S. D. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66–72.
- Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., George, S. M., & Olson, R. D. (2018). The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*, 320(19), 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854>
- Porto Editora. (n.d.). *maximizar no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. Retrieved July 26, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/maximizar>
- Proal, A. D., & VanElzakker, M. B. (2021). Long COVID or Post-acute Sequelae of COVID-19 (PASC): An Overview of Biological Factors That May Contribute to Persistent Symptoms. *Frontiers in Microbiology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.698169>
- Rajan, S., Khunti, K., Alwan, N., Steves, C., MacDermott, N., Morsella, A., Angulo, E., Winkelmann, J., Bryndová, L., Fronteira, I., Gandré, C., Or, Z., Gerkens, S., Sagan, A., Simões, J., Ricciardi, W., de Belvis, A. G., Silenzi, A., Bernal-Delgado, E., ... McKee, M. (2021). *In the wake of the pandemic: Preparing for Long COVID*.
- Raposo, F. (2015). *Manual de Treino Funcional Integrado* (1ª Edição). Manz.
- Rebar, A. L., & Rhodes, R. E. (2020). Progression of Motivation Models in Exercise Science. In *Handbook of Sport Psychology* (pp. 911–928). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119568124.ch44>

- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750.
- Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República*, 2.^a série (Vol. 12).
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.^a Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1^a). Lusoditacta.
- Rodríguez-Blanco, C., Bernal-Utrera, C., Anarte-Lazo, E., Saavedra-Hernandez, M., De-La-Barrera-Aranda, E., Serrera-Figallo, M. A., Gonzalez-Martin, M., & Gonzalez-Gerez, J. J. (2022). Breathing exercises versus strength exercises through telerehabilitation in coronavirus disease 2019 patients in the acute phase: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 36(4), 486–497. <https://doi.org/10.1177/02692155211061221>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2000). *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing*. Churchill Livingstone.
- Royal College of Nursing. (2007). *Role of the rehabilitation nurse*. 77(12).
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 47, Issue 1, pp. 81–90). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Sallis, J. F., Adlakha, D., Oyeyemi, A., & Salvo, D. (2020). An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *Journal of Sport and Health Science*, 9(4), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.05.005>
- Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., Smith, G. N., & Cohen,

- D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: A study in 48 440 adult patients. *British Journal of Sports Medicine*, 55(19), 1099–1105. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>
- Salman, D., Vishnubala, D., Le Feuvre, P., Beaney, T., Korgaonkar, J., Majeed, A., & McGregor, A. H. (2021). Returning to physical activity after covid-19. *BMJ*, m4721. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4721>
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 6(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x>
- Shah, W., Hillman, T., Playford, E. D., & Hishmeh, L. (2021). Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ*, n136. <https://doi.org/10.1136/bmj.n136>
- Shephard, R. J., & Balady, G. J. (1999). Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*, 99(7), 963–972. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.99.7.963>
- Silva, A. A. de P. e. (2001). *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Stryker, R. (1977). *Rehabilitative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care*. Saunders.
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., Pujol, J. C., Klaser, K., Antonelli, M., Canas, L. S., Molteni, E., Modat, M., Jorge Cardoso, M., May, A., Ganesh, S., Davies, R., Nguyen, L. H., Drew, D. A., Astley, C. M., ... Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*, 27(4), 626–631. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y>
- Swann, C., Rosenbaum, S., Lawrence, A., Vella, S. A., McEwan, D., & Ekkekakis, P. (2021). Updating goal-setting theory in physical activity promotion: a critical conceptual review. *Health Psychology Review*, 15(1), 34–50. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706616>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.

<https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

- Tenforde, M. W., Kim, S. S., Lindsell, C. J., Billig Rose, E., Shapiro, N. I., Files, D. C., Gibbs, K. W., Erickson, H. L., Steingrub, J. S., Smithline, H. A., Gong, M. N., Aboodi, M. S., Exline, M. C., Henning, D. J., Wilson, J. G., Khan, A., Qadir, N., Brown, S. M., Peltan, I. D., ... Wu, M. J. (2020). Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network — United States, March–June 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(30), 993–998. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Vancea, A., & Spiru, L. (2020). The Development of Rehabilitation Medical Services during the COVID-19 Pandemic Crisis. *Ovidius University Annals, Economic Sciences Series*, XX(2), 555–558.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª). Lusoditacta.
- Wade, D. T. (2020). Rehabilitation after COVID-19: An evidence-based approach. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.7861/CLINMED.2020-0353>
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2019). *Foundations of sport and exercise psychology* (7E ed.). Human Kinetics.
- World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. *World Health Organization*, 91.
- World Health Organization. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*.
- World Health Organization. (2021). *Rehabilitation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

- Xie, Y., Xu, E., & Al-Aly, Z. (2022). Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *BMJ*, 376, e068993. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993>
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., & Al-Aly, Z. (2022). Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nature Medicine*, 28(March). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>

APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO (VERTENTE COMUNITÁRIA)

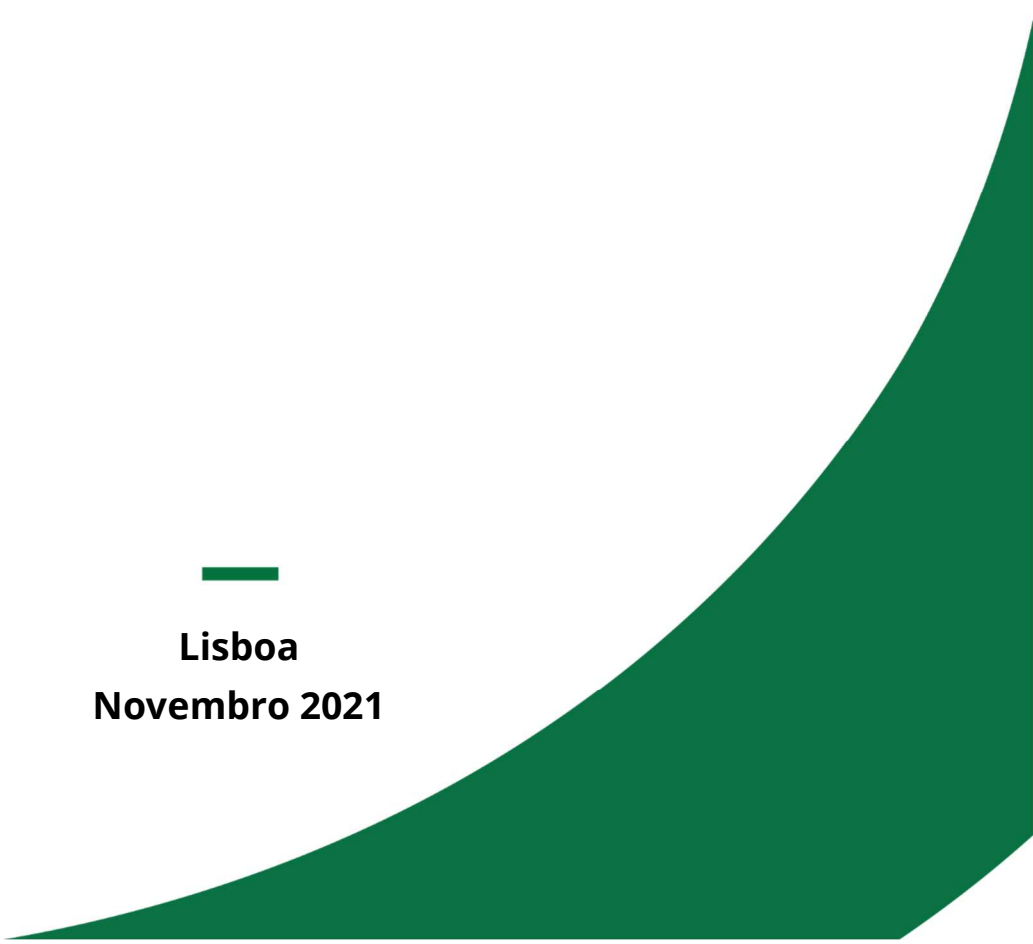
Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO

João Daniel Ribeiro dos Santos


Lisboa
Novembro 2021



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

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO

João Daniel Ribeiro dos Santos
(Aluno nº 879)

Professor Orientador: José Carlos Pinto de Magalhães
Enfermeiros Orientadores: [REDACTED]

Lisboa
Novembro 2021

CONTEÚDO

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>I. HISTÓRIA DE SAÚDE</u>	2
1. <u>ANTECEDENTES PESSOAIS</u>	2
2. <u>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</u>	2
3. <u>MEDICAÇÃO HABITUAL</u>	3
<u>II. AVALIAÇÃO INICIAL</u>	5
1. <u>DADOS SOCIOFAMILIARES</u>	5
2. <u>AVALIAÇÃO FÍSICA</u>	5
3. <u>AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA</u>	6
4. <u>AVALIAÇÃO FUNCIONAL</u>	7
<u>III. PLANO DE CUIDADOS</u>	9
<u>NOTAS FINAIS</u>	15
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	18
<u>APÊNDICE I – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG</u>	i
<u>APÊNDICE II – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</u>	iv
<u>APÊNDICE III – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE</u>	vi
<u>APÊNDICE IV – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</u>	viii

INTRODUÇÃO

No contexto da UC³⁹ *Estágio com Relatório* do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação foi solicitado o desenvolvimento de um estudo de caso. Este documento foi desenvolvido na vertente comunitária da UC que decorreu entre 11 de Outubro e 3 de Dezembro de 2021, com a visita domiciliária da ECCI⁴⁰ de uma Unidade de Cuidados à Comunidade da Região de Lisboa.

A C.M.P.L.R. (gosta de ser tratada pelo diminutivo do primeiro nome) de 70 anos, viúva, cozinheira de profissão (atualmente reformada) foi referenciada para a ECCI para cicatrização das lesões cutâneas e reabilitação motora com o objetivo de otimização funcional após AVC.

A Reabilitação, segundo a OE⁴¹, “compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, cambendo ao EEER⁴² conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação, a fim de assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento n.º 392/2019).

Este documento encontra-se estruturado em três grandes capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se a história de saúde, nomeadamente a história da doença actual, antecedentes pessoais e medicação habitual; seguidamente a avaliação inicial; e por fim, o plano de cuidados com os problemas de enfermagem identificados, as respetivas intervenções e os resultados obtidos. As Notas Finais surgem como avaliação final do processo.

³⁹ Unidade Curricular

⁴⁰ Equipa de Cuidados Continuados Integrados

⁴¹ Ordem dos Enfermeiros

⁴² Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

I. HISTÓRIA DE SAÚDE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

A C. tem como antecedentes pessoais:

- Artrite reumatoide erosiva e deformante, com recurso a duas canadianas para a marcha;
- Insuficiência venosa grave com história de úlcera de perna e pé cicatrizados. Eco doppler de 28.02.2020 revelou sequela de trombose venosa profunda gêmea esquerda, quase completamente recanalizada. Em maio de 2021 recorreu aos serviços de saúde para drenagem de abcesso no pé direito;
- Doença Arterial Obstrutiva Periférica;
- Osteoporose, com DEXA (01.08.2019) T-score -3 (colo do fémur) e -0.4 (coluna lombar). Tem fratura antiga do ramo isquiopúbico esquerdo e fez perfusão de ácido zolendrónico em outubro 2019;
- Osteoartrite secundária, com: artroses do rádio-cubito-cárpicas com luxação bilaterais; luxações das articulações metacarpicofalângicas à direita; prótese total do joelho bilateral, com prótese fixa à esquerda;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia.

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

A C. foi admitida no serviço de urgência do hospital a 1.09.2021 por disartria, hemiparesia esquerda e paresia facial central esquerda. Realizou angioTC-CE que revelou trombo intraluminal no segmento M1 da artéria cerebral média direita e estenose pré-oclusiva na origem da artéria carotídea interna. Foi submetida a trombólise no mesmo hospital, sendo transferida, ainda no mesmo dia, para um hospital central para realizar trombectomia mecânica. Durante o procedimento, por instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, foi entubada e submetida a ventilação mecânica, sendo internada em UCI⁴³. Durante o internamento em UCI, teve enfarte agudo do Miocárdio com disfunção grave da função ventricular (FEVE⁴⁴

⁴³ Unidade de Cuidados Intensivos

⁴⁴ Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

estimada <30%) a condicionar choque cardiogénico. Iniciou antiagregação plaquetária, motivo pelo qual não realizou coronariografia, dado o risco hemorrágico.

A C. teve evolução clínica favorável com extubação a 16.09, ficando com oxigenoterapia a 3L/min por óculos nasais; e melhoria da função cardíaca após balanço hídrico negativo com recuperação da FEVE até 45%. Adicionalmente, teve traqueobronquite por MRSA⁴⁵ associada ao ventilador, medicada com linezolide; bacteriemia por *Proteus mirabilis* associada ao cateter venoso central, medicada com piperacilina e tazobactam, durante 3 dias, sendo ajustada para ácido clavulânico e amoxicilina. Aquando da extração do cateter venoso central, foi identificado pequeno trombo não oclusivo na veia jugular interna direita, retomando a anticoagulação terapêutica.

Foi transferida para o hospital da área de residência para seguimento dos cuidados em enfermaria. A C. teve boa resposta clínica, com desmame da oxigenoterapia, iniciando programa de reabilitação no internamento. Como intercorrências destacam-se:

- episódios de vômito alimentar, sem alterações clínicas ou imagiológicas, controlado com domperidona;
- dorsolombalgia de predomínio noturno, tendo realizado TC-coluna que revelou alterações discartróticas C3-C7 e alterações degenerativas discovertebrais L2-L5.
- cistite por *Klebsiella pneumoniae*, medicada;
- Retenção urinária, com necessidade de algaliação permanente;
- Lesões no pé direito (bordo interno, 1º e 2º dedos) com tecido de granulação, associadas à doença arterial periférica.

Teve alta para o domicílio a 12.10 e foi feita referenciação para a ECCI para cicatrização das lesões cutâneas e reabilitação motora, para maximização funcional. Aguardava consultas de Cardiologia, Medicina Interna e Consulta da Dor.

3. MEDICAÇÃO HABITUAL

Na tabela seguinte resume-se a medicação habitual da utente.

⁴⁵ *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilina

PRINCÍPIO ACTIVO	DOSE	FREQUÊNCIA ⁴⁶	OBJECTIVO TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÕES
<i>Furosemida</i>	40mg	½cp/dia (jejum)	Diurético	Prescrição ajustada em Consulta de Cardiologia (20.10)
<i>Esomeprazol</i>	20mg	1cp/dia (jejum)	Antiácido e anti-ulceroso	
<i>Ácido Fólico</i>	5mg	1cp/dia (PA)	Medicamento para tratamento das anemias megaloblásticas	
<i>Bisoprolol</i>	2,5mg	1cp/dia (PA)	Anti-arrítmico (β-bloqueador)	Prescrição ajustada em Consulta de Cardiologia (20.10)
<i>Leflunomida</i>	10mg	1cp/dia (PA)	Modificador da evolução da doença reumatisal	
<i>Prednisolona</i>	5mg	1cp/dia (PA)	Anti-inflamatório (Corticosteroide)	
<i>Tansulosina</i>	0,4mg	1cp/dia (PA)	Medicamento usado na retenção urinária (antagonistas adrenérgicos α1)	Prescrito na consulta de Urologia (29.10)
<i>Ácido Acetilsalicílico</i>	150mg	1cp/dia (A)	Antiagregante plaquetário	
<i>Dapagliflozina</i>	10mg	1cp/dia (A)	Antidiabético oral	Suspenso por bom controlo da glicemia capilar. Mantem a avaliação rotativa.
<i>Espironolactona</i>	25mg	½cp/dia (A)	Diurético	Prescrição ajustada em Consulta de Cardiologia (20.10)
<i>Sacubitril/Valsartan</i>	24mg/26mg	½cp/dia (A)	Medicamento usado na insuficiência cardíaca crónica com FEVE reduzida	Prescrição ajustada em Consulta de Cardiologia (20.10)
<i>Atorvastatina</i>	40mg	1cp/dia (J)	Antidislipidémico	
<i>Gabapentina</i>	300mg	1cp 12/12h	Analgésico (Dor neuropática)	Aumentado para 8/8h por manutenção das queixas em especial na região plantar (11.11).
<i>Tramadol</i>	50mg	2cp 12/12h	Analgésico	Suspenso na consulta da Dor (08.11).
<i>Fentanil</i>	12,5µg/h	½ penso TD 72/72h	Analgésico	Prescrito na Consulta da Dor (08.11).
<i>Ledertrexato</i>	2,5mg	1cp/semana (domingo)	Modificador da evolução da doença reumatisal	
<i>Domperidona</i>	10mg	SOS	Modificador da motilidade gástrica	
<i>Hidroxizina</i>	25mg	SOS	Anti-histamínico/sedativo	
<i>Lactulose</i>	10g/15ml	SOS	Laxante osmótico	
<i>Paracetamol</i>	1g	SOS	Analgésico e Antipirético	

Tabela 1 – Medicação habitual da utente.

⁴⁶ PA – pequeno-almoço; A – almoço; J – jantar;

II. AVALIAÇÃO INICIAL

1. DADOS SOCIOFAMILIARES

A C. vive num apartamento social, 1º andar, sem elevador de acesso, com 25 degraus de acesso desde a rua até à porta de casa. O apartamento tem 4 assoalhadas e um WC com poliban.

Atualmente vive com um dos 3 filhos (2♂ 1♀), que veio da “Irlanda do Norte para cuidar da mãe” (SIC). O F. trabalha num lar na Irlanda como animador sociocultural, mostrando, durante as VD⁴⁷, um cuidado para o desenvolvimento de atividades que apesar de lúdicas o filho tinha um objetivo terapêutico. Para poder auxiliar a mãe neste período, o F. pediu uma licença de 6 meses junto da sua entidade patronal.

Os restantes filhos estão geograficamente mais próximos, porém pelo que foi possível avaliar não estão envolvidos ativamente no processo de cuidar. Segundo F., o irmão está muito distante e “não liga à mãe” (SIC) e a irmã no fim-de-semana que visitou a mãe “foi mais a confusão que a ajuda que deu” (SIC).

Durante as VD era frequente a C. ter a visita de amigos e familiares, estando nesses momentos animicamente mais comunicativa e interactiva com facies muito expressivo. Quando abordada, referia que tinha muito gosto nas visitas.

2. AVALIAÇÃO FÍSICA

A C. é uma senhora com um aspeto cuidado que “gosta de se arranjar” (SIC). Tem pele e mucosas hidratadas, porém descoradas. Usa prótese ocular por miopia e próteses dentárias (superior e inferior). Assume uma posição cifótica quando sentada à beira da cama. Quando sentada na cadeira de rodas ou no cadeirão apresenta desvio lateral do tronco para a esquerda, que corrige quando solicitado. As deformações associadas à osteoartrite a nível das mãos e dos pés são evidentes, limitando as amplitudes articulares de forma generalizada. Habitualmente, o MSE estava junto ao tronco sobre o abdómen, com pouca participação nas atividades. Por cirurgia ortopédica ao joelho esquerdo com rejeição da prótese, tem essa articulação em extensão permanente.

⁴⁷ Visitas Domiciliárias

PARÂMETROS VITAIS	
TENSÃO ARTERIAL	106/70 mmHg
TEMPERATURA	36,8°C
PULSO	Frequência – 78bpm Amplitude – fino Ritmo – rítmico
RESPIRAÇÃO E FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	Frequência – 20 cpm Amplitude – superficial Predomínio – costal Simetria – simétrica Tórax cifótico, com ombros ligeiramente elevados. Musculatura torácica pouco desenvolvida. Apresenta cansaço fácil à atividade. Tosse eficaz.
DOR	Em repouso não refere dor. Refere queixas algícas generalizadas na mudança de posição para sentada, em especial a nível lombar (6/10). Quando assume a posição de pé, refere queixas a nível plantar/calcanhar esquerdo, tipo “formigueiro”.
GLICÉMIA CAPILAR	98 mg/dL, em jejum

Tabela 2 – Parâmetros Vitais na primeira VD.

3. AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	vígil (escala de Glasgow score 15)
MEMÓRIA E ORIENTAÇÃO	Sem alterações
LINGUAGEM	Sem alterações da linguagem: discurso sem alterações, cumpre ordens simples e complexas, disartria ligeira
AVALIAÇÃO DE PARES CRANIANOS	
Par I	Olfato mantido
Par II	Sem défices campimétricos ou diplopia
Par III, IV e VI	Sem alterações
Par V	Sem alterações
Par VII	Ramo motor alterado por parésia facial central esquerda
Par VIII	Audição mantida
Par IX e X	Ligeira hipofonia, relacionada com descoordenação pneumofonoarticulatória. Reflexo de vômito mantido.
Par XI	Sem alterações
Par XII	Protusão da língua com desvio para a direita

FORÇA MUSCULAR (ESCALA MRC)	
<i>MSD</i>	Grau 3, global. A nível do punho e dedos, por alterações osteoartíticas, a preensão está alterada.
<i>MSE</i>	Grau 2, globalmente. A nível do punho e dedos, por alterações osteoartíticas, a preensão está comprometida.
<i>MID</i>	Grau 3, globalmente
<i>MIE</i>	Grau 2, globalmente. Apresenta prótese fixa no joelho
TÓNUS MUSCULAR (ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA)	Grau 0, Sem aumento do tónus
SENSIBILIDADE	Aparentemente sem alterações (táctil e térmica). Refere hiperestesia a nível plantar, em especial quando assume a posição de pé (tipo “formigueiro”). Sensibilidade propriocetiva: vibratória (não testada); postural mantida. Sem alteração do esquema corporal.
COORDENAÇÃO	Prova dedo-nariz e prova dedo-orelha sem dismetria (com olhos abertos e olhos fechados). Prova dedo-dedo sem alterações. Prova calcanhar-joelho (não testada). Não realiza marcha.
EQUILÍBRIO	Assume a posição de sentado com ajuda, com equilíbrio estático e dinâmico eficaz. Assume a posição de pé com ajuda, com equilíbrio estático pouco eficaz e dinâmico ineficaz.

Tabela 3 – Avaliação Neuro-motora.

4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A C., na primeira VD, encontrava-se no leito, onde também passava a maioria do dia. Por insegurança e pelas queixas álgicas evitava sair da cama. As deformações associadas à osteoartrite a nível das mãos são notórias, dificultando a motricidade fina. Por apresentar o joelho esquerdo em extensão permanente, tem dificuldade na correção da postura na posição de sentado.

Em termos funcionais foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Equilíbrio de Berg⁴⁸ – 4 em 56;
- Medida de Independência Funcional⁴⁹ – 67 em 126;
- Escala de Quedas de Morse⁵⁰ – 35 em 125;
- Escala de Braden para avaliação de Úlceras de Pressão⁵¹ – 15 em 23.

Adicionalmente, sentiu-se a necessidade de avaliar outros itens em AVD não expressos pelos instrumentos anteriores.

⁴⁸ Vide APÊNDICE II – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

⁴⁹ Vide APÊNDICE III – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

⁵⁰ Vide APÊNDICE IV – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

⁵¹ Vide APÊNDICE V – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

AVD HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE		
HIGIENE	Higiene oral	Usa prótese dentária. MIF – 1 “Ajuda Total”
	Higiene facial	MIF – 5 “Supervisão”
	Higiene mãos	MIF – 5 “Supervisão”
	Pentear o cabelo	MIF – 4 “Ajuda Mínima”
VESTUÁRIO	Camisola	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Camisa/Casacos	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Soutien	Não usa. MIF – 1 “Ajuda Total”
	Calças	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Meias	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Sapatos	Pelas alterações osteoartísticas não tem calçado adequado, motivo pelo que usa meias com antiderrapante. MIF – 1 “Ajuda Total”
	Dar o laço	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Fechos	MIF – 4 “Ajuda Mínima”
	Botões	MIF – 1 “Ajuda Total”

Tabela 4 – Avaliação Funcional em AVD Higiene Pessoal e Vestir-se.

AVD MOVIMENTAR-SE		
MOBILIDADE NO LEITO	Deslocamento	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Virar	Para o lado esquerdo: MIF – 4 “Ajuda Mínima” Para o lado direito: MIF – 2 “Ajuda Máxima”
	Deitar	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Sentar	MIF – 1 “Ajuda Total”
UTILIZAÇÃO DA CR	Travar/Destravar	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Colocar/Retirar pedais	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Push-ups	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Deslocamento	MIF – 1 “Ajuda Total”

Tabela 5 – Avaliação Funcional em AVD Movimentar-se.

III. PLANO DE CUIDADOS

AVD RESPIRAR	
PROBLEMA	
<u>Risco de Padrão Ventilatório Comprometido</u> relacionado com padrão de mobilidade comprometido, limpeza das vias aéreas diminuída pela presença de secreções espessas e ansiedade.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Vigiar as características da respiração; - Ensinar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Realizar exercícios de expansão torácica com recurso a bastão; - Realizar exercícios respiratórios costais globais; - Incentivar a tosse;	18.10 – O filho da utente refere que após os cuidados de higiene a utente apresenta tosse produtiva com dificuldade na expulsão das mesmas. Realizado controlo e dissociação da respiração e exercícios respiratórios costais globais. 21.10 – A utente apresenta uma respiração mais acelerada e superficial com suspiros frequentes durante a VD, sugestiva de ansiedade. Realizado ensino do controlo e dissociação dos tempos respiratórios. 28.10 – Realizado controlo e dissociação dos tempos respiratórios; e exercícios de expansão torácica, pela automobilização dos MS. 19.11 – Após o banho teve acesso de tosse eficaz, expelindo secreções viscosas esbranquiçadas em pequena quantidade. Realizados exercícios respiratórios costais globais.
PROBLEMAS	
<u>Risco de Hipotensão/Hipertensão</u> relacionado com padrão de mobilidade comprometido e com as alterações da função cardíaca. <u>Risco de Hipoglicémia/Hiperglicémia</u> relacionado com terapêutica anti-inflamatória. <u>Dor</u> relacionada com as alterações osteoarticulares manifestada por redução na participação em AVD e “formigueiro” a nível plantar.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Avaliar os sinais vitais (tensão arterial, pulso, dor e glicémia capilar); - Ensinar estratégias de distração e controlo respiratório para gestão da dor; - Otimizar a gestão terapêutica; - Ensinar sobre distribuição horária das refeições ao longo do dia, de forma a prevenir a hipoglicémia; - Ensinar avaliação da glicémia capilar;	18.10 – Sugerida a administração de 12/12h do tramadol para redução das queixas e melhorar a participação em AVD. Segundo o filho estava a fazer em SOS. Os registos da TA revelam valores baixos, sugerida avaliação médica e otimização do horário das refeições. 20.10 – Teve Consulta de Cardiologia com otimização terapêutica. Foi referenciada para Consulta de Urologia por manter drenagem vesical permanente. 21.10 – Segundo o filho, a utente encontra-se mais colaborante e participativa. Menos queixosa e receosa. A utente refere melhoria das queixas (3/10). Realizado ensino da avaliação da glicémia capilar. 25.10 – Validado ensino sobre horário das refeições e da terapêutica. Os SV encontram-se dentro dos parâmetros normais da utente. Suspendeu a toma de Dapagliflozina. Mantem avaliação da glicémia capilar de forma rotativa.

	08.11 – Teve Consulta da Dor, iniciando fentanil transdérmico. Realizado ensino da colocação do penso de forma rotativa. 11.11 – Mantem queixas algicas de “formigueiro” a nível plantar. Segundo a Consulta da Dor, poderia aumentar a frequência da Gabapentina para 8/8h. 19.11 – Refere melhoria da dor neuropática em repouso, havendo agudização durante a posição de pé.
--	---

AVD COMER E BEBER	
PROBLEMAS	
<u>Dependente no Alimentar-se</u> relacionado com a diminuição da força muscular nos membros superiores e com as alterações osteoartíticas dos punhos e mãos. <u>Risco de Deglutição Comprometida</u> relacionada com parésia facial esquerda.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
• Observar a refeição; • Realizar mobilizações ativas assistidas dos membros superiores; • Ensinar exercícios de motricidade orofacial; • Validar a pesquisa de alimentos/resíduos na cavidade oral; • Ensinar exercícios de fortalecimento muscular dos MS; • Desenvolver estratégias para melhorar o desempenho em AVD; • Selecionar e sugerir produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);	18.10 – O filho da utente refere fazer exercícios/atividades com a mãe de mobilidade, coordenação e motricidade orofacial (arrumar peças, alcançar objetos na mesa, rolar a bola na mesa, “brincar com balão”, “fazer caretas”, “mandar beijinhos”). 02.11 – Observada durante a refeição. Realiza pinça lateral para segurar objetos/alimentos mais pequenos. Para segurar os talheres realiza preensão em gancho. Sugerido engrossador de cabo para melhorar a preensão. 22.11 – O filho refere que a utente apresentou após as últimas refeições náuseas e vômitos em pequena quantidade. Sugerida a administração da domperidona antes do A e J.

AVD ELIMINAR	
PROBLEMA	
<u>Padrão de Eliminação Urinária Comprometido</u> relacionado com algiação permanente por episódio de retenção urinária. <u>Risco de Padrão de Eliminação Intestinal Comprometido</u> relacionado com efeitos secundários da medicação analgésica e padrão de mobilidade comprometido.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
• Observar as características da urina; • Validar os cuidados à manutenção da drenagem vesical; • Ensinar treino vesical, por interrupção do sistema de drenagem; • Ensinar cuidados relativos à pele e integridade cutânea; • Vigiar o padrão de eliminação intestinal; • Ensinar estratégias promotoras do trânsito intestinal;	18.10 – Encontra-se algaliada com algália de silicone nº 16. Urina amarelo-pálida, sem sedimento macroscópico. O filho refere que a utente evacua a cada 2 dias, fezes moldadas, sem recurso a terapêutica. 29.10 – Teve consulta de Urologia, iniciando tansulosina. Tem indicação para retirar a algália após 2 semanas de início da terapêutica.

	08.11 – Reforçadas estratégias alimentares para a promoção do trânsito intestinal. 12.11 – Realizado ensino do treino vesical: interrupção (“clampagem”) da drenagem vesical até 4h, se não houver sensação de plenitude vesical (durante o fim-de-semana). 15.11 – Retirada algália. Instruído o filho para se não urinar até 8h entrar em contato com a ECCL. Não teve micção, sendo realgaliada. 16.11 – A utente refere sensação de plenitude vesical com exteriorização da algália. Consegue ter micção, com sensação de esvaziamento completo. Fica com fralda de proteção. 19.11 – Mantém micções a pedido na cadeira de banho, sem episódios de perdas. 26.11 – Micções na cadeira de banho sem perdas. Evacua diariamente.
--	---

AVD HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE	
PROBLEMA	
Dependente no Vestir-se ou Despir-se relacionado com força muscular diminuída, equilíbrio alterado, alterações osteoartíticas a nível das mãos e prótese fixa do joelho esquerdo.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
Realizar treino de AVD;	05.11 – Realizado treino de vestuário da cintura para cima com o casaco (“técnica do hemiplégico”). Inicia o vestir com o MSE, conseguindo vestir a manga até ao ombro esquerdo. Necessitou de ajuda para passar o casaco pelas costas. A manga direita tem mais dificuldade na progressão pela dificuldade na preensão. Reforçado junto do filho os cuidados na manutenção da funcionalidade. 12.11 – Realizado treino de vestuário da cintura para cima com o casaco. Necessitou de orientações verbais para executar a tarefa e ajuda na progressão da manga direita. 25.11 – Realizado treino de calçar as meias (“técnica do hemiplégico”). Pelas alterações osteoartíticas tem dificuldade na preensão do canhão da meia. Necessita de ajuda para colocar a meia no pé e passar a meia até ao calcanhar. Consegue puxar o canhão pela perna.
PROBLEMA	
Dependente no Lavar-se relacionado com força muscular diminuída, equilíbrio alterado, alterações osteoartíticas a nível das mãos, prótese fixa do joelho esquerdo e WC com poliban.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Avaliar instalações sanitárias; - Selecionar e sugerir produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); - Validar estratégias adotadas para a realização da AVD;	18.10 – Tem WC com poliban com desnível, dificultando a entrada/saída da cadeira de banho, que já possui. O filho refere que no banho a utente fica com os MIE “para fora do poliban” (SIC), tendo a necessidade de colocar toalhas no chão para

Incentivar independência em AVD (pentear, colocar o perfume, lavar os dentes/prótese);	ensopar a água. O filho refere que a utente no banho apenas lava a cara e face anterior do tronco. Sugerida: a remoção da estrutura de vidro/cabine e colocação de cortina; aquisição de rampa e estrado/compensação de altura para facilitar a colocação da cadeira de banho dentro do poliban. 25.10 – O filho refere que abordou as questões das adaptações no WC com a utente, estando pouco recetiva por a “casa ser camarária e terem sido feito obras no WC há pouco tempo” (SIC). 19.11 – Presenciados os cuidados de higiene no poliban. Consegue lavar a cara, face anterior do tronco, abdómen e coxas e região genital.
PROBLEMAS	
<u>Integridade Cutânea Alterada e Risco de Infecção</u> relacionados com insuficiência venosa, manifestados por lesões no 1º e 2º dedos, bordo interno e bordo externo do pé direito. <u>Risco de Úlcera de Pressão</u> relacionado com força muscular diminuída e alterações vasculares.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Validar a vigilância da integridade cutânea; - Ensinar cuidados promotores da integridade cutânea; - Realizar penso de acordo com as características da lesão;	18.10 – Apresenta as lesões com as seguintes características: 1º Dedo – lesão com cerca de 1cm de diâmetro, com tecido desvitalizado e de granulação, com exsudado ligeiro seroso. Aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. 2º Dedo - lesão com cerca de 0,5cm de diâmetro, com tecido desvitalizado e de granulação, com exsudado ligeiro seroso. Aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. Bordo interno - lesão com cerca de 0,5cm de diâmetro, com tecido de granulação e de epiteliação. Aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. Bordo externo – flitena em reabsorção. Realizado desinfeção e penso de proteção. No pé esquerdo apresenta nos bordos unguaes lesões sugestivas de isquemia/necrose, muito dolorosas ao toque. Sugerida hidratação das lesões e exercícios de mobilidade. 02.11 – Lesão do bordo interno cicatrizada. 08.11 – Lesão do 1º dedo cicatrizada. 19.11 – Lesão do 2º dedo cicatrizada. 22.11 – Apresenta 2 lesões no 1º dedo do pé direito ambas com cerca de 5mm de diâmetro com exsudado amarelado. Aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. Mantem lesões no pé esquerdo, aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. 26.11 – As lesões do 1º dedo do pé direito apresentam tecido de granulação, muito exsudativas e a pele perilesional macerada. Aplicado carboximetilcelulose com prata. No espaço interdigital do 4º/5º dedo apresenta lesão

	com tecido de granulação. Aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. No hallux do pé esquerdo aplicada gaze iodoformada e penso de proteção. Realizado ensino da vigilância da pele e dos cuidados a ter na extremidade inferior (aplicação de compressas interdigital).
--	--

AVD MOVIMENTAR-SE	
PROBLEMAS	
<u>Padrão de Mobilidade Comprometido</u> relacionado com força muscular diminuída, equilíbrio alterado, alterações osteoartrosicas a nível das mãos e prótese fixa do joelho esquerdo. <u>Risco de Queda</u> relacionado com força muscular diminuída e equilíbrio alterado.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Realizar mobilizações ativas assistidas nos 4 membros; - Realizar mobilizações passivas dos dedos das mãos; - Ensinar automobilizações dos MS; - Realizar treino de mobilidade no leito; - Realizar atividades terapêuticas (ponte, rolar, facilitação cruzada); - Realizar treino de equilíbrio sentado (na beira da cama e na cadeira de rodas); - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos MI, sentada; - Realizar treino de mobilidade do tronco na posição de sentado, com foco no alongamento da cadeia posterior; - Realizar posição terapêutica de pé, com alternância de carga nos MI; - Realizar treino de transferência cama/CR; - Realizar treino de marcha com andarilho; - Selecionar e sugerir produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); - Ensinar técnica de posicionamento e transferência ao filho (cuidador informal).	18.10 – O filho refere fazer exercícios/atividades com a mãe de mobilidade e coordenação (“brincar com balão”, arrumar peças, alcançar objetos na mesa, rolar a bola na mesa). Promove a participação em AV (Diárias e Domésticas), sempre que tolerada. Tem CR mecânica própria, colocando almofadas no acento para conforto. Sugerido pedal longo, por MIE estar em extensão. 21.10 – A utente refere que tem receio de ser transferida para a CR pelas algias e por ouvir o filho a “queixar-se das costas” (SIC). Realizado ensino ao filho do posicionamento na cama e técnica de transferência cama/CR. 25.10 – A utente refere ficar muito queixosa quando está sentada durante muito tempo na CR. Sugerida almofada pneumática. 28.10 – Realizada correção postural na posição de sentada. O filho refere que adquiriu uma almofada de espuma em alvéolos, por a almofada pneumática ser “muito cara” (SIC). Colocadas almofadas no pedal para apoiar o MIE. 05.11 – Realizada posição terapêutica de pé com alternância de carga nos MI, com apoio do enfermeiro. A utente refere desconforto quando sentada no cadeirão durante algum tempo. Por esse motivo o filho adquiriu um colchão de pressão alterna de baixo perfil. Quando sentada no cadeirão com o colchão, refere alívio das queixas, mas com má postura. Adaptadas estratégias para correção postural. 15.11 – Avaliada a transferência cama/CR: consegue realizar pequenas alternâncias de carga nos MI. O filho adquiriu a almofada pneumática. 19.11 – O filho refere que a utente assume a posição de pé com o apoio do andarilho para “puxar as calças para baixo” (SIC). Realizada

	posição terapêutica de pé com o andarilho. Por iniciativa da utente, realizou marcha com o andarilho e apoio do filho (cerca de 3m). 22.11 – Realizou marcha com andarilho cerca de 8m em 2 períodos. Reforçado a necessidade da alternância de carga nos MI. Quando sentada na CR consegue fazer pequenas correções de forma a encostar as costas ao espaldar da CR. 25.11 – Realizado treino de marcha com andarilho, cerca de 8m em 2 períodos. 26.11 – Realizada posição terapêutica de pé com o andarilho com foco na alternância de carga dos MI. Adicionalmente, realizado treino de correção postural na posição de sentado.
--	---

NOTAS FINAIS

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016) refere que os instrumentos de recolha de dados auxiliam a

caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (p.3).

Neste sentido e de forma a demonstrar os resultados da intervenção do EEER, explanam-se os resultados comparativos aquando do início da intervenção (avaliação inicial) e a presente data.

FORÇA MUSCULAR (ESCALA MRC)	AVALIAÇÃO	
	18.10	26.11
<i>MSD</i>	Grau 3, globalmente.	Grau 4, globalmente.
<i>MSE</i>	Grau 2, globalmente.	Grau 3, globalmente.
<i>MID</i>	Grau 3, globalmente.	Grau 3, globalmente.
<i>MIE</i>	Grau 2, globalmente.	Grau 2, globalmente.

Tabela 6 – Avaliação comparativa da Força Muscular.

	AVALIAÇÃO	
	18.10	26.11
<i>ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG</i>	4/56	9/56
<i>MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</i>	67/126	83/126
<i>ESCALA DE QUEDAS DE MORSE</i>	35/125	50/125
<i>ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</i>	15/23	18/23

Tabela 7 – Avaliação comparativa da Funcionalidade.

AVD HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE		AVALIAÇÃO	
		18.10	26.11
HIGIENE	Higiene oral	Usa prótese dentária. MIF – 1 “Ajuda Total”	
	Higiene facial	MIF – 5 “Supervisão”	MIF – 5 “Supervisão”
	Higiene mãos	MIF – 5 “Supervisão”	MIF – 5 “Supervisão”
	Pentear o cabelo	MIF – 4 “Ajuda Mínima”	MIF – 5 “Supervisão”
VESTUÁRIO	Camisola	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 4 “Ajuda Mínima”
	Camisa/Casacos	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 4 “Ajuda Mínima”
	Soutien	Não usa. MIF – 1 “Ajuda Total”	
	Calças	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Meias	MIF – 1 “Ajuda Total”	
	Sapatos	Pelas alterações osteoartísticas não tem calçado adequado, motivo pelo que usa meias com antiderrapante. MIF – 1 “Ajuda Total”	
	Dar o laço	Não consegue, por dificuldades na preensão. MIF – 1 “Ajuda Total”	
	Fechos	MIF – 4 “Ajuda Mínima”	Apresenta maior facilidade com fechos de maiores dimensões. MIF – 6 “Independência Modificada”
	Botões	Não consegue, por dificuldades na preensão. MIF – 1 “Ajuda Total”	

Tabela 8 – Avaliação comparativa da funcionalidade em AVD Higiene Pessoal e Vestir-se.

AVD MOVIMENTAR-SE		AVALIAÇÃO	
		18.10	26.11
MOBILIDADE NO LEITO	Deslocamento	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 2 “Ajuda Máxima”
	Virar	Para o lado esquerdo: MIF – 4 “Ajuda Mínima” Para o lado direito: MIF – 2 “Ajuda Máxima”	Para o lado esquerdo: MIF – 7 “Independente” Para o lado direito: MIF – 4 “Ajuda Mínima”
	Deitar	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 3 “Ajuda Moderada”
	Sentar	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 3 “Ajuda Moderada”
UTILIZAÇÃO DA CR	Travar/Destavar	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 5 “Supervisão”
	Colocar/Retirar pedais	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Push-ups	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Deslocação	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 1 “Ajuda Total”

Tabela 9 – Avaliação comparativa da funcionalidade em AVD Movimentar-se.

Durante as VD a C. apresentava uma atitude positiva, porém havia alguns momentos em que o cansaço e o desânimo “venciam”. De uma forma global, aceitava e

participava ativamente nas atividades propostas. A ansiedade e o receio face à intervenção foi gradualmente diminuindo, demonstrado pelo melhor controlo respiratório.

A C. durante as atividades recorria mais frequentemente à integração do MSE, com melhor postura na posição de sentada. Durante as AVD tinha menos cansaço.

Durante as VD, o F. estava sempre presente, recetivo ao ensino e participativo quando solicitado. Demonstrava ter os cuidados muito bem organizados (registos de sinais vitais, medicação, registos da eliminação, consultas, ...).

O filho F. por pressão da entidade patronal, apresentou a carta de demissão. Numa das últimas VD refere que precisa de voltar à Irlanda do Norte, durante 1 a 2 semanas, para regularizar a situação. Informado que poderá ser feita referenciação da utente para a RNCCI – Unidade de Longa Duração e Manutenção, para apoio durante esse período ao abrigo do descanso do cuidador. O F. mostrou-se interessado para iniciar o processo após o Natal.

BLIOGRAFIA

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Regulamento n.o 392/2019. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2a Série - n.o 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

APÊNDICE I – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ITEM	PONTUAÇÃO	
18.10 26.11		
POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	0	1
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.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	0	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.		
PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANCO		
4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	4	4
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.		
POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA		
4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	1
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.		
TRANSFERÊNCIAS		
4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	1
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.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS		
4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	0	0
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 3s, mas mantém-se em pé.		
0. Necessita de ajuda para não cair.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS		
4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	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 30s.		
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.		
ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ		
4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança.	0	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.		
ALCANÇAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de alcançar o chinelo com facilidade e segurança.	0	0
3. Capaz de alcançar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
2. Incapaz de alcançá-lo, mas tenta até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente.		
1. Incapaz de alcançá-lo, necessitando de supervisão enquanto tenta.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ		
4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso.	0	1
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.		
GIRAR 360º		
4. Capaz de girar 360º com segurança em 4 segundos ou menos.	0	1
3. Capaz de girar 360º com segurança somente para um lado em 4s ou menos.		
2. Capaz de girar 360º com segurança, mas lentamente.		
1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
0. Necessita de ajuda enquanto gira.		
POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANCO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20s.		
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		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE		
4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30s.	0	0
3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30s.		
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.		
PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA		
4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10s.	0	0
3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10s.		
2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3s.		
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.		
TOTAL	4/56	9/56

APÊNDICE II – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		18.10	26.11
AUTO-CUIDADOS			
A – Alimentação		3	4
B – Arranjar-se		4	5
C – Banho (lavar corpo)		2	3
D – Vestir metade superior		1	4
E – Vestir metade inferior		1	1
F – Utilização da sanita		1	2
CONTROLO DOS ESFINCTERES			
G – Vesical		1	4
H – Intestinal		4	4
MOBILIDADE			
TRANSFERÊNCIAS			
I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas		2	3
J – Sanitário		1	3
K – Banheira, Duche		1	3
LOCOMOÇÃO			
L – <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas	M	1	2
	CR	1	1
M – Escadas		1	1
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão (auditiva/ visual)	A	7	7
	V	6	6
O – Expressão (verbal/ não verbal)	V	7	7
	NV	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação Social		7	7
Q – Resolução dos problemas		2	2
R – Memória		7	7
TOTAL		67/126	83/126

APÊNDICE III – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

ITEM		PONTUAÇÃO		
		18.10	26.11	
HISTORIAL DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES				
Não	0	0	0	
Sim	25			
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO				
Não	0	15	15	
Sim	15			
AJUDA PARA CAMINHAR				
Nenhuma/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0	15	
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15			
Apoia-se no mobiliário para andar	30			
TERAPIA ENDOVENOSA				
Não	0	0	0	
Sim	20			
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA				
Normal/acamado/imóvel	0	20	20	
Debilitado	10			
Dependente da ajuda	20			
ESTADO MENTAL				
Consciente das suas capacidades	0	0	0	
Esquece-se das suas limitações	15			
		TOTAL	35	50

APÊNDICE IV – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ITEM		AVALIAÇÃO	
		18.10	26.11
PERCEPÇÃO SENSORIAL			
1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	3	3	
2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.			
3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades			
4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.			
HUMIDADE			
1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	4	4	
2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.			
3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia			
4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.			
ATIVIDADE			
1. Acamado: O doente está confinado à cama.	1	2	
2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.			
3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.			
4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.			
MOBILIDADE			
1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2	3	
2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.			
3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.			
4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.			
NUTRIÇÃO			
1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	4	4	
2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios.			

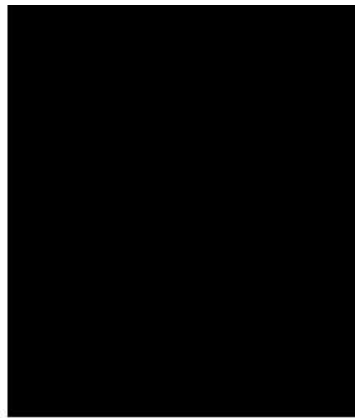
Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.		
3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		
4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmen4te entre as refeições. Não requer suplementos.		
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO		
1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.		
2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	1	2
3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
TOTAL	15/23	18/23

APÊNDICE II – BROCHURA “POSICIONAMENTOS NA CAMA: COMO FAZER MELHOR!”

Notas:

- Se a cama for articulada, levantar os pés da cama antes de elevar a cabeceira, para a pessoa não “escorregar”;
- Elevar a cabeceira da cama para facilitar a respiração e promover a socialização.

Posicionamentos na cama: Como fazer melhor!



Elaborado por: João Daniel Figueiro dos Santos.

Aluno do 1ºº Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora:



Posicionamentos

São as posturas em que se coloca o cliente, quando este não tem capacidade para mudar de decúbito sozinho e/ou quando a sua situação clínica não o permite.

Princípios Gerais:

- Ser confortável
- Alinhamento corporal
- Alívio da pressão das zonas com saliências ósseas
- Garantir a integridade da pele e do sistema músculo-esquelético
- Respeitar as amplitudes e as limitações articulares
- Evitar posições viciosas
- Garantir a circulação venosa

Cuidados:

- Observar a pele
- A pele deverá ser hidratada com creme e massajada, massajando o lado para o qual se irá virar a pessoa e após a mudança de posição, massajar o lado que estava “para baixo”
- Alternações de decúbitos com frequência
- Os lençóis da cama secos e sem rugas
- Colocar um “resguardo” (lençol dobrado ao meio por baixo da pessoa desde os ombros até às nádegas), para ajudar a mudar a pessoa da posição
- Baixar a cabeceira da cama

Decúbito Dorsal

Almofada na cabeça, para conforto, outra por baixo da coxa antes do joelho, ficando dobrados ligeiramente, e uma por baixo dos tornozelos, para que o calcanhar não faça pressão na cama. Os pés deverão ficar apoiados com outra almofada para não ficarem “caídos”. Se a pessoa mexer os braços, devem ficar livres. Caso contrário, colocar almofadas para conforto e redução do inchaço.



Decúbito Semi-dorsal

Almofada na cabeça, para conforto, outra ao longo das costas (desde os ombros até à bacia) : uma a apoiar a perna que fica por cima. Para conforto, poder-se-á colocar uma almofada a apoiar o braço.



Decúbito Lateral

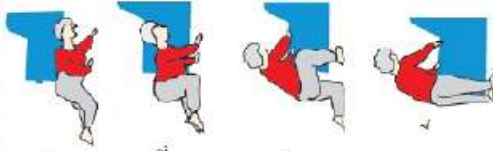
Almofada na cabeça, para conforto, outra por baixo do braço de cima e outra por baixo da perna de cima para manter o tronco alinhado e o conforto da pessoa.



APÊNDICE III – BROCHURA “QUEDAS: QUAL A GRAVIDADE?”

Como reagir em caso de queda?

- Se tiver dor intensa, não tente levantar-se! Peça ajuda e mantenha-se quente (tapete, mantas, lençóis, ...);
- Se não tiver dor intensa e conseguir mexer-se:
 1. Vire-se de lado e dobre-se sobre a barriga;
 2. Coloque-se de gatas o gatinho até ao mobiliário mais próximo (sofá, mesa, cama, sanita);
 3. Coloque as mãos sobre a mobília e facilite a colocação dos pés no chão;
 4. Levante-se e sente-se a descansar. Peça ajuda!



Quedas: Qual a gravidade?



AS QUEDAS PODEM SER PREVENIDAS COM PEQUENOS AJUSTES
NA CASA E NO ESTILO DE VIDA
UM ESTILO DE VIDA FÍSICAMENTE ATIVO E UMA ALIMENTAÇÃO
CORRETA AJUDAM A PREVENIR AS QUEDAS

COMUNICAR AO MÉDICO E/OU ENFERMEIRO



Elaborado por: João Daniel Santos, 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora:



COMO MANTER AS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA SEGURAS:

- Sentar-se e Levantar-se

Para se sentar numa cadeira, deverá colocar-se de costas para o assento, e só quando sentir as pernas contra a cadeira sentar-se ajudando com os braços e mãos nos braços da cadeira.



Para se levantar, chegue o tronco à frente, com as mãos apoiadas nos braços da cadeira, tendo os pés bem assentes no chão, faça força com as pernas para se levantar.

- Deitar-se/Levantar-se da cama

Para se deitar, coloque-se de costas para a cama, perto da almofada e sente-se. Incline para o lado o tronco para apoiar o cotovelo na cama. Levante uma perna de cada vez para cima da cama, ficando de lado. Quando se levantar da cama, ficar sentado durante um período de tempo.



- Vestir-se e Despir-se

Sugere-se vestir e despir sentado. Para facilitar, prepare a roupa previamente.

- Atividades Domésticas

Sempre que possível, faça as tarefas domésticas sentado, para não perder o equilíbrio. É desaconselhável subir bancos, cadeiras, escadotes para “ir mais alto”...

“Grandes voos, grandes quedas”

- Andar, Passear e Subir/Descer escadas

O ritmo da marcha deve ser confortável com passada média para manter o equilíbrio. Para mudar de direção, sugere-se parar e depois virar para o lado, evitando mudanças bruscas e desequilíbrio. Recomendam-se pausas para descansar, em percursos longos.

Sempre que existam corrimãos ou suportes, deve apriar-se neles. Ao subir as escadas, avante primeiro o pé/perna “mais forte”. Ao descer, coloque o pé/perna “menos forte” primeiro.

A importância de não cair... Uma simples queda tem o poder de mudar a sua vida, pois pode ter consequências físicas importantes, como fraturas ou lesões, algumas incapacitantes. Por outro lado, também podem causar depressão, medo, ansiedade,...

PREVENÇÃO—CONSELHOS ÚTEIS

- Arde sempre com o telemóvel.
- Mantenha-se fisicamente ativo.
- Participe em atividades sociais.
- Tenha uma alimentação equilibrada e diversificada, assim como uma boa hidratação.
- Faça corretamente a sua medicação. Valide com o seu médico ou enfermeiro os efeitos secundários que podem aumentar o risco de queda.

PREVENÇÃO—CUIDADOS EM CASA

- A iluminação deve ser abrangente em todas as áreas, em especial no quarto e na casa de banho. Sugere-se uma luz de presença durante a noite ou acender a luz, para que possa ver o caminho;
- Os interruptores devem estar identificados com adesivos fotoluminescentes;
- Os móveis devem estar fora das zonas de passagem, em especial de acesso ao quarto, casa de banho e cozinha. Deverá ter espaço para circular à vontade, em especial com cadeiras ou andarrilho. Deve retirar os fios e cabos (telefone, extensões) do caminho;
- Idealmente, os tapetes e passadeiras devem ser retirados. Como alternativa, devem estar presos ao chão;
- Se tem escadas, estas devem ter corrimão para se poder apoiar. Devem estar sem objetos onde possa tropeçar. Se o piso for polido, escorregadio ou não uniforme, usar adesivo antiderrapante com cor contrastante;
- Na zona de duche (banheira ou poliban) usa um tapete antiderrapante;
- O chão deverá estar seco. Não andar descalço com meias;

APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO (VERTENTE HOSPITALAR)



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

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A PESSOA COM COVID-19: A INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

João Daniel Ribeiro dos Santos

Lisboa
Fevereiro 2022



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

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A PESSOA COM COVID-19: A INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

João Daniel Ribeiro dos Santos
(Aluno nº 879)



Professor Orientador: José Carlos Pinto de Magalhães

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa

Fevereiro 2022

CONTEÚDO

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>I. HISTÓRIA DE SAÚDE</u>	2
1. <u>ANTECEDENTES PESSOAIS</u>	2
2. <u>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</u>	2
3. <u>MEDICAÇÃO</u>	3
<u>II. AVALIAÇÃO INICIAL</u>	5
1. <u>DADOS SOCIOFAMILIARES</u>	5
2. <u>AVALIAÇÃO FÍSICA</u>	5
3. <u>AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA</u>	7
4. <u>AVALIAÇÃO FUNCIONAL</u>	8
<u>III. PLANO DE CUIDADOS</u>	9
<u>NOTAS FINAIS</u>	11
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	13
<u>APÊNDICE I – ESCALA DE DISPNEIA MRC MODIFICADA</u>	i
<u>APÊNDICE II – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG</u>	iii
<u>APÊNDICE III – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</u>	vi
<u>APÊNDICE IV – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE</u>	viii
<u>APÊNDICE V – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</u>	x
<u>APÊNDICE VI – ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS-COVID-19</u>	xiii

INTRODUÇÃO

No contexto da UC⁵² *Estágio com Relatório* do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação foi solicitado o desenvolvimento de um estudo de caso. Este documento foi desenvolvido na vertente hospitalar da UC que decorreu entre 6 de Dezembro de 2021 e 9 de Fevereiro de 2022, num serviço de medicina de um centro hospitalar da Região de Lisboa.

Foi selecionado o caso do Sr. C.M. R. C. para desenvolver o estudo de caso, dada a sua relação direta com o projeto de estágio elaborado na UC *Opção II* no semestre anterior. Sendo uma pessoa com infeção por SARS-CoV-2⁵³, tenta-se com este trabalho mostrar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados.

Segundo a OE⁵⁴, o EEER⁵⁵ cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, independentemente do contexto, capacitando a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, a fim de maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Este documento encontra-se estruturado em três grandes capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se a história de saúde, nomeadamente a história da doença actual, antecedentes pessoais e medicação habitual; seguidamente a avaliação inicial; e por fim, o plano de cuidados com os problemas de enfermagem identificados, as respetivas intervenções e os resultados obtidos. As Notas Finais surgem como avaliação final do processo.

⁵² Unidade Curricular

⁵³ *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

⁵⁴ Ordem dos Enfermeiros

⁵⁵ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

I. HISTÓRIA DE SAÚDE

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

O Sr. C. tem como antecedentes pessoais:

- Obesidade (IMC – 36,3 kg.m⁻²)
- HTA
- Dislipidemia
- Gota Úrica
- AVC isquémico do hemisfério direito (2018), com recuperação das sequelas após reabilitação
- SAOS⁵⁶ sob CPAP⁵⁷ seguido em consulta de sono
- Doença do interstício
- Depressão reativa, após morte de filha (2019)
- Hematoma crânio-encefálico após queda (2019)
- Hipoacusia
- Hábitos etanólicos marcados no passado
- Hábitos tabágicos há 30 anos (cerca de 100 UMA⁵⁸)
- Correção cirúrgica de hérnia umbilical (2012)

5. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O Sr. C. de 71 anos recorreu ao serviço de urgência acompanhado pelos bombeiros por cansaço fácil, mialgias, calafrios e fraqueza generalizada desde o dia 31/12/2021, que impossibilitaram o levantar e marcha. À avaliação negou febre, cefaleias, dispneia ou outros sintomas, referindo tosse crónica (“há vários anos” SIC) sem agravamento da mesma e toracalgia.

Como exames complementares de diagnóstico, no serviço de urgência realizou:

- Teste RT-PCR e teste de antígeno a SARS-CoV-2, positivos;
- Gasometria que revelou hipoxemia (pO₂ – 59 mmHg);
- Análises, salientando hiponatremia (133 mmol/L);
- TC⁵⁹ tórax cujo relatório demonstra “escassas opacidades, em vidro despolido, bilaterais, com morfologia arredondada, com distribuição preferencial periférica e predominando nos dois terços inferiores dos campos pulmonares. Estes aspetos, neste examinado com teste RT-PCR SARS-CoV-

⁵⁶ Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

⁵⁷ *Continuous Positive Airway Pressure*

⁵⁸ Unidade Maço Ano

⁵⁹ Tomografia Computorizada

2 positivo, são atribuíveis a pneumonia COVID-19 com envolvimento de menos de 25% do parênquima pulmonar.”

Durante o período no serviço de urgência (cerca de 30 horas), iniciou oxigenoterapia, por óculos nasais, variando de 1 a 6L/min, de acordo com os valores gasométricos, saturação periférica e sinais de dificuldade respiratória e apresentou um episódio de febre (38,9°C) que cedeu ao paracetamol 1g EV. Ficou internado no serviço de medicina por impossibilidade de cumprir o isolamento por COVID-19 no domicílio, dado que o filho (cuidador informal) estar em isolamento profilático.

6. MEDICAÇÃO

O Sr. C. no domicílio encontrava-se a fazer a seguinte medicação:

- Pitavastatina 2mg;
- Beta-histina 16mg;
- Clopidogrel 75mg,
- Lisinopril 5mg;
- Acetilcisteína 600mg;
- Pantoprazol 20mg;
- Tansulosina 0,4mg;
- Alopurinol 300mg;

Na tabela seguinte resume-se a medicação do utente, durante o internamento.

PRINCÍPIO ACTIVO ⁶⁰	DOSE	FREQUÊNCIA	OBJECTIVO TERAPÊUTICO ⁶¹	OBSERVAÇÕES
<i>Acido ascórbico (saqueta)</i>	1g	3xDia	Protocolo MATH+	
<i>Atorvastatina (cp)</i>	10mg	1xDia	Antidislipidémico	
<i>Beclometasona 250mcg/dose</i>	2 “Puffs”	12/12h	Broncodilatador (Anti-inflamatório)	
<i>Bisacodilo cp</i>	10mg	1xDia	Laxante	Prescrita a 7.01 por queixas de obstipação
<i>Enoxaparina SC</i>	40mg	12/12h	Protocolo MATH+	
<i>Clopidogrel cp</i>	75mg	1xDia	Antiagregante plaquetário	
<i>Colecalciferol 0,5mg/ml</i>	15 gotas	1xDia	Protocolo MATH+	
<i>Insulina glargina SC</i>	14 U	1xDia	Análogo da insulina (ação prolongada)	Prescrita a 6.01 por hiperglicemia persistente associada à administração de metilprednisolona
<i>Ipratropio 20mcg/dose</i>	8 “Puffs”	4/4h	Broncodilatador (Antagonista colinérgico)	
<i>Lisinopril cp</i>	20mg	1xDia	Anti-hipertensor (IECA)	
<i>Metilprednisolona EV</i>	40mg	2xDia	Protocolo MATH+	
<i>Pantoprazol EV</i>	40mg	1xDia	Antiácido e anti-ulceroso	
<i>Salbutamol 100mcg/dose</i>	4 “Puffs”	4/4h	Broncodilatador (Agonista β -adrenérgico)	
<i>Sulfato de zinco (cápsula)</i>	220mg	2xDia	Protocolo MATH+	

Tabela 10 – Medicação do utente, no internamento.

⁶⁰ cp – comprimido; SC – subcutâneo; EV – endovenoso;⁶¹ Vide Erro! A origem da referência não foi encontrada.

II. AVALIAÇÃO INICIAL

5. DADOS SOCIOFAMILIARES

O Sr. C. vive sozinho num apartamento, 1º andar, sem elevador de acesso, com 30 degraus de acesso desde a rua até à porta de casa. O apartamento tem 3 assoalhadas e um WC com banheira.

Em 2019 faleceu a filha, assunto que não gosta de abordar. Tem o apoio do filho que lhe leva as refeições e ajuda nas tarefas domésticas. Atualmente, o filho encontra-se em isolamento profilático, não conseguindo prestar apoio ao Sr. C., motivo pelo qual ficou internado.

6. AVALIAÇÃO FÍSICA

O Sr. C tem um fâcies pouco expressivo e um olhar triste. Apresenta pele e mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas. Tem um abdómen globoso, mole e indolor quando palpado. Os membros inferiores apresentam ligeiro edema, que associa ao facto de “estar muito parado” (SIC). Pela hipoacusia tem uma atitude passiva e expectante, porém quando estimulado participa e envolve-se nas atividades propostas.

PARÂMETROS VITAIS	
TENSÃO ARTERIAL	143/73 mmHg
TEMPERATURA	36,4°C
PULSO	Frequência – 66bpm Amplitude – forte Ritmo – rítmico
DOR	Refere toracalgia (2/10).
GLICÉMIA CAPILAR	117 mg/dL
RESPIRAÇÃO E FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	
RESPIRAÇÃO	Frequência – 19 cpm Amplitude – superficial Predomínio – costal Simetria – simétrica Auscultação – murmúrio vesicular mantido, com fervores crepitantes nas bases. Tronco em barril, com musculatura torácica pouco desenvolvida. Apresenta cansaço fácil à atividade. Tosse eficaz.
GASOMETRIA	pH: 7,430; pCO ₂ : 38,3mmHg; pO ₂ : 72,7mmHg; SpO ₂ : 95% Lactatos – 16 mg/dL; (realizada a 06.01.2022 com oxigenoterapia a 1L/min por óculos nasais)

DISPNEIA (MRC MODIFICADA)⁶²	Grau 4, “Grave o suficiente para impedir que a pessoa saia de casa ou Ocorre ao se vestir ou despir”
PROVAS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS	FVC: 2.85L (88%); FEV ₁ : 2.37L (94%); FEV ₁ /FVC: 83.35%; RV: 2,33L (98%); TLC: 5.56L (99%); (realizadas a 11.02.2020)
FATORES DE RISCO	Vacinação COVID-19 completa (2 doses); Tabagismo (100 UMA); Exposição a poluentes (fábrica de papel [24 anos] e construção civil); Exposição crônica a aves (canários e pombos [80 no max]);

Tabela 11 – Parâmetros Vitais na admissão.

Aquando da admissão, o Sr. C. realizou TC e radiografia de torác.

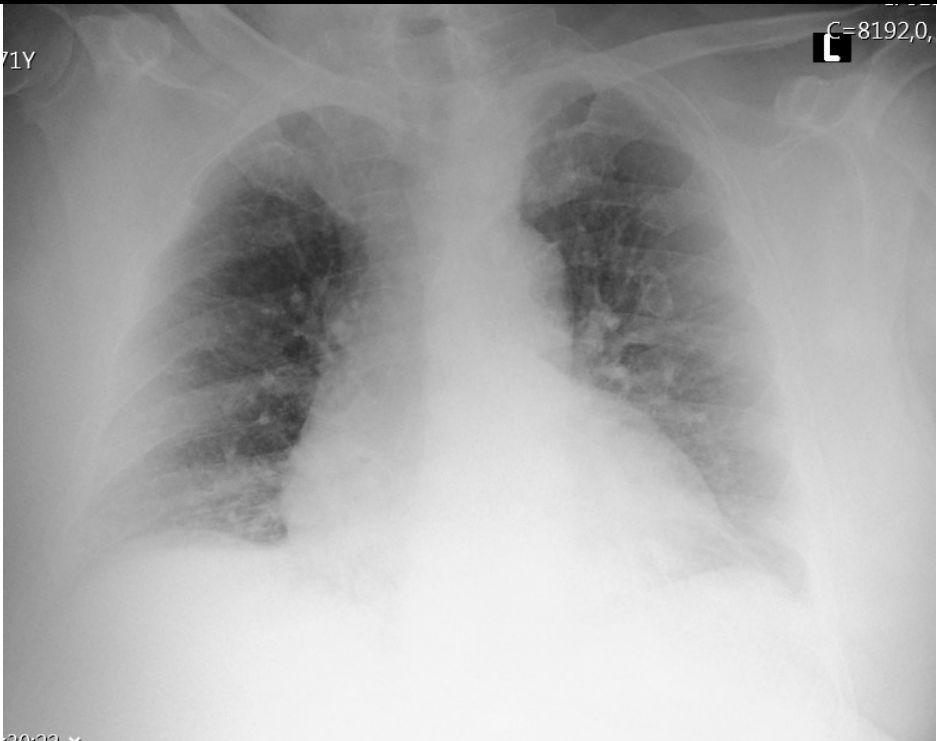
EXAMES DE IMAGEM	
RADIOGRAFIA DE TORAX	
TC TORAX	Em contexto de urgência, salientam-se os seguintes aspetos: (...) observam-se escassas opacidades, em vidro despolido, bilaterais, com morfologia arredondada, com distribuição preferencial periférica e predominando nos dois terços inferiores dos campos pulmonares. Estes aspetos, neste examinado com teste RT-PCR SARS-CoV-2 positivo, são atribuíveis a pneumonia COVID-19 com envolvimento de menos de 25% do parênquima pulmonar. Coexiste, à semelhança do estudo TC precedente (de 07.10.2021), (...) aspetos atelectásicos subsegmentares, mas provavelmente também sinais de doença intersticial de características inespecíficas. Não se observa derrame pleural nem pericárdico. Ligeira cardiomegalia.

Tabela 12 – Exames de imagem.

⁶² Vide APÊNDICE I – ESCALA DE DISPNEIA MRC MODIFICADA

7. AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Vígil e Orientado (tempo, espaço e pessoa)
MEMÓRIA E ORIENTAÇÃO	Sem alterações
LINGUAGEM	Sem alterações da linguagem: discurso sem alterações, cumpre ordens simples e complexas
AVALIAÇÃO DE PARES CRANIANOS	
<i>Par I</i>	Olfato mantido
<i>Par II</i>	Sem défices campimétricos ou diplopia
<i>Par III, IV e VI</i>	Sem alterações
<i>Par V</i>	Sem alterações
<i>Par VII</i>	Sem alterações
<i>Par VIII</i>	Hipoacusia
<i>Par IX e X</i>	Sem alterações. Reflexo de vômito mantido.
<i>Par XI</i>	Sem alterações
<i>Par XII</i>	Sem alterações
FORÇA MUSCULAR (ESCALA MRC)	
<i>MSD</i>	Grau 4, globalmente
<i>MSE</i>	Grau 4, globalmente
<i>MID</i>	Grau 4, globalmente
<i>MIE</i>	Grau 4, globalmente
TÓNUS MUSCULAR (ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA)	Grau 0, Sem aumento do tônus
SENSIBILIDADE	Aparentemente sem alterações (táctil e térmica). Sensibilidade proprioceptiva: vibratória (não testada); postural mantida. Sem alteração do esquema corporal.
COORDENAÇÃO	Prova dedo-nariz e prova dedo-orelha sem dismetria (com olhos abertos e olhos fechados). Prova dedo-dedo sem alterações. Prova calcanhar-jelho (não testada). Realiza marcha para curtas distâncias.
EQUILÍBRIO	Assume a posição de sentado à beira da cama com ajuda, com equilíbrio estático e dinâmico eficaz. Assume a posição de pé com ajuda, com equilíbrio estático eficaz e dinâmico pouco eficaz.

Tabela 13 – Avaliação Neuro-motora.

8. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O Sr. C. passava a maioria do tempo deitado no leito. Fazia levantar para o cadeirão para as refeições, onde passava entre 1-3h por dia. Habitualmente, era encontrado a dormir no cadeirão ou a ver televisão.

Em termos funcionais foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Equilíbrio de Berg⁶³ – 24 em 56;
- Medida de Independência Funcional⁶⁴ – 94 em 147;
- Escala de Quedas de Morse⁶⁵ – 85 em 125;
- Escala de Braden para avaliação de Úlceras de Pressão⁶⁶ – 17 em 23.
- Escala de Estado Funcional PÓS-COVID-19⁶⁷ – 4;

Adicionalmente, sentiu-se a necessidade de avaliar outros itens em AVD não expressos pelos instrumentos anteriores.

AVD MOVIMENTAR-SE		
MOBILIDADE NO LEITO	Deslocamento	MIF – 1 “Ajuda Total”
	Alternância de Decúbito	MIF – 2 “Ajuda Máxima”
	Deitar	MIF – 2 “Ajuda Máxima”
	Sentar	MIF – 2 “Ajuda Máxima”

Tabela 14 – Avaliação Funcional em AVD Movimentar-se.

⁶³ Vide APÊNDICE II – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

⁶⁴ Vide APÊNDICE III – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

⁶⁵ Vide APÊNDICE IV – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

⁶⁶ Vide APÊNDICE V – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

⁶⁷ Vide APÊNDICE VI – ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS-COVID-19. Apesar da escala se referir ao período pós-COVID-19 foi utilizada para monitorizar a evolução da pessoa, de uma forma mais sensível à situação em questão.

III. PLANO DE CUIDADOS

AVD RESPIRAR	
PROBLEMA	
<u>Padrão Ventilatório Comprometido</u> relacionado com padrão de mobilidade alterado, doença do interstício e pneumonia COVID-19 manifestado por intolerância à atividade, fadiga e dispneia.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Vigiar as características da respiração; - Auscultar o utente; - Ensinar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Realizar exercícios respiratórios diafragmáticos e costais (globais e seletivos); - Realizar exercícios de expansão torácica com recurso a bastão e abdução dos MS; - Promover a alternância de decúbito, em especial para decúbito ventral/semi-ventral; - Incentivar a tosse; - Ensinar estratégias de conservação de energia;	05.01 – Realizado controlo e dissociação da respiração e exercícios respiratórios (diafragmáticos e costais) e de expansão torácica. Realizou 15 min de decúbito semi-ventral direito, com tolerância. Mantém oxigenoterapia a 2L/min por óculos nasais com SpO₂>93%. 07.01 – Solicitado ao filho o CPAP para o Sr. C., porém não tem forma de o entregar. Iniciou VNI com aparelho do hospital no período noturno. Oxigenoterapia a 1L/min por óculos nasais com SpO₂>95%. 08.01 – (N) Por SpO₂<88%, foi aumentada a oxigenoterapia para 3L/min por óculos nasais ficando com SpO₂>93%. (M) Após Reabilitação Respiratória, por SpO₂>98%, fica com oxigenoterapia a 2L/min. 09.01 – Reduzida oxigenoterapia para 1L/min. Realizou período de 40min de decúbito semi-ventral, com tolerância. Realizado ensino de estratégias de conservação de energia. 13.01 – (M) Por alterações gasométricas aumentada oxigenoterapia para 4L/min. Realizou nova TC tórax “Comparativamente com exame prévio nota-se aumento das densificações em vidro despolido de predomínio periférico e compatíveis com infeção SARS-CoV-2, que agora envolvem cerca de 1/3 do parênquima pulmonar”. (T) Realizou período de 40min de decúbito semi-ventral, com tolerância. Mantém oxigenoterapia a 4L/min por óculos nasais com SpO₂>95%. 16.01 – Reduzida oxigenoterapia para 2L/min, ficando com SpO₂>93%.
PROBLEMAS	
<u>Risco de Hipotensão/Hipertensão.</u> <u>Risco de Hipoglicémia/Hiperglicemia</u> relacionado com terapêutica anti-inflamatória.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
Avaliar os sinais vitais (tensão arterial, pulso) e glicémia capilar;	Ao longo do internamento o Sr. C. necessitou de insulina rápida para correção da hiperglicemia na maioria das avaliações/refeições. A tensão arterial manteve sempre o perfil.

AVD MOVIMENTAR-SE	
PROBLEMA	
Intolerância à Atividade relacionado com pneumonia COVID-19 manifestado por dispneia e cansaço fácil durante a realização das AVD.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Realizar treino de mobilidade no leito; - Realizar atividades terapêuticas (ponte, rolar); - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos MI; - Realizar treino de mobilidade do tronco na posição de sentado, com foco no alongamento da cadeia posterior; - Realizar posição terapêutica de pé, com alternância de carga nos MI; - Realizar treino de transferência cama/cadeirão; - Realizar treino de marcha; - Realizar treino de exercício; - Realizar treino de AVD (higiene pessoal e vestir-se e movimentar-se), com estratégias de conservação de energia;	05.01 – Realizado treino de mobilidade no leito com estratégias de conservação de energia. Realizado treino de vestuário da cintura para cima com o casaco do pijama. Inicia o vestir com os MS, conseguindo vestir as mangas até aos ombros. Necessitou de ajuda para passar o casaco pela cabeça e pelas costas. 08.01 – Realizado treino de AVD (higiene) com estratégias de conservação de energia. Foi ao banho em cadeira de banho e conseguiu lavar a cara, face anterior do tronco, MS e coxas. Realizado treino de transferência para o cadeirão. Realizou o “sit-to-stand test”, cumprindo 4 repetições num minuto. 09.01 – Realizada posição terapêutica de pé com alternância de carga nos MI, com apoio do enfermeiro. 13.01 – Realizado treino de vestuário da cintura para baixo. Necessitou de ajuda para vestir e puxar as calças até metade das pernas. Conseguiu puxar as calças e apertar na cintura. Realizadas atividades terapêuticas e treino de marcha, com apoio do enfermeiro. 15.01 – Realizado Treino de exercício: <u>Aquecimento</u> (3min) – pedaleira (PSE 8-9); <u>Fase Fundamental</u> (10min) – agachamento para a cadeira com apoio de braços no corrimão (2 séries; 10-15 reps) <u>Retorno à Calma</u> (2min) – controlo e dissociação dos tempos respiratórios e exercícios respiratórios diafragmáticos. 18.01 – Consegue vestir da cintura para cima de forma independente. Da cintura para baixo, necessita de ficar sentado à beira da cama com indicações verbais/reforço. Realizou o “sit-to-stand test”, cumprindo 10 repetições num minuto.
PROBLEMA	
Risco de Queda relacionado com mobilidade diminuída e equilíbrio alterado.	
INTERVENÇÕES/CUIDADOS	AVALIAÇÃO
- Realizar atividades terapêuticas (ponte, rolar); - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos MI; - Realizar treino de equilíbrio em pé; - Realizar treino de mobilidade do tronco na posição de sentado, com foco no alongamento da cadeia posterior; - Realizar posição terapêutica de pé, com alternância de carga nos MI;	08.01 – Realizado treino de equilíbrio em pé, com boa postura e reatividade. 09.01 – Realizada posição terapêutica de pé com alternância de carga nos MI, com apoio do enfermeiro. 13.01 – Realizadas atividades terapêuticas e treino de marcha, com apoio do enfermeiro.

NOTAS FINAIS

A alta do Sr. C. não foi formalmente preparada, porém durante as sessões de reabilitação foi instruído para cuidados a ter em casa, nomeadamente a continuidade dos exercícios respiratórios, estratégias de conservação de energia, fragmentação das tarefas/atividades e treino de exercício. Adicionalmente, foi alertado para a importância da gestão de peso, hábitos alimentares saudáveis e estilo de vida ativo, de forma a cumprir com as recomendações de atividade física.

De forma a demonstrar os resultados da intervenção do EEER, explanam-se os resultados comparativos aquando do início da intervenção (avaliação inicial) e a última sessão. Em termos analíticos, não se verificou ganhos de grau de força na avaliação formal. Porém, constatou-se uma redução da sintomatologia respiratória e ganhos em termos funcionais.

	AVALIAÇÃO	
	05.01	16.01
<i>DISPNEIA (MRC MODIFICADA)</i>	4	3
<i>ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG</i>	24/56	31/56
<i>MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</i>	94/147	116/147
<i>ESCALA DE QUEDAS DE MORSE</i>	85/125	75/125
<i>ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</i>	17/23	18/23
<i>ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS-COVID-19</i>	4	3

Tabela 15 – Avaliação comparativa da Funcionalidade.

AVD MOVIMENTAR-SE		AVALIAÇÃO	
		05.01	16.01
MOBILIDADE NO LEITO	Deslocamento	MIF – 1 “Ajuda Total”	MIF – 4 “Ajuda Mínima”
	Alternância de Decúbito	MIF – 2 “Ajuda Máxima”	MIF – 5 “Supervisão”
	Deitar	MIF – 2 “Ajuda Máxima”	MIF – 5 “Supervisão”
	Sentar	MIF – 2 “Ajuda Máxima”	MIF – 5 “Supervisão”

Tabela 16 – Avaliação comparativa da funcionalidade em AVD Movimentar-se.

Durante o internamento, o Sr. C. manteve sempre uma atitude expectante face ao processo de Reabilitação. Na fase final, apresentava um fâcies mais expressivo e estava mais comunicativo, quando abordado.

A salientar que as limitações na atividade e a tolerância diminuída, acentuadas durante a pneumonia COVID-19, devem-se significativamente à obesidade e à patologia respiratória prévia. Após a alta, o Sr. C. foi incentivado a realizar os exercícios respiratórios, assim como, manter níveis de atividade física dentro da tolerância, de forma a manter a sua aptidão cardiorrespiratória, prevenindo o seu declínio, associado à imobilidade.

BLIOGRAFIA

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Regulamento n.o 392/2019. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2a Série - n.o 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

APÊNDICE I – ESCALA DE DISPNEIA MRC MODIFICADA

ESCALA DE DISPNEIA (MRC MODIFICADA)		05.01	16.01
0	<i>Nenhum, exceto durante exercícios extenuantes.</i>		
1	<i>Ocorre ao correr em terreno plano ou caminhar em uma pequena inclinação</i>		
2	<i>Resulta em caminhar mais lento do que pessoas da mesma idade em terreno plano</i> <i>ou</i> <i>Resulta em parar para tomar fôlego ao caminhar em um ritmo próprio em terreno plano</i>		
3	<i>Resulta em parar para recuperar o fôlego após uma caminhada de cerca de 100m ou depois de alguns minutos em terreno plano</i>		X
4	<i>Grave o suficiente para impedir que a pessoa saia de casa</i> <i>ou</i> <i>Ocorre ao se vestir ou despir</i>	X	

APÊNDICE II – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ITEM		PONTUAÇÃO	
		05.01	16.01
POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ			
4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	2	3	
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.			
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO			
4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	2	3	
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.			
PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANCO			
4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	4	4	
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.			
POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA			
4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.	1	2	
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.			
TRANSFERÊNCIAS			
4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	1	3	
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.			
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS			
4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	1	3	
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 3s, mas mantém-se em pé.			
0. Necessita de ajuda para não cair.			
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS			
4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	1	
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 30s.			
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.			
ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ			
4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança.	3	3	
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.			
ALCANÇAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ			
4. Capaz de alcançar o chinelo com facilidade e segurança.	1	2	

3. Capaz de alcançar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
2. Incapaz de alcançá-lo, mas tenta até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente.		
1. Incapaz de alcançá-lo, necessitando de supervisão enquanto tenta.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ		
4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso.	2	2
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.		
GIRAR 360º		
4. Capaz de girar 360º com segurança em 4s ou menos.	2	2
3. Capaz de girar 360º com segurança somente para um lado em 4s ou menos.		
2. Capaz de girar 360º com segurança, mas lentamente.		
1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
0. Necessita de ajuda enquanto gira.		
POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANCO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20s.		
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		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE		
4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30s.	2	2
3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30s.		
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.		
PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA		
4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10s.	1	1
3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10s.		
2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3s.		
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.		
TOTAL	24/56	31/56

APÊNDICE III – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		5.01	16.01
AUTO-CUIDADOS			
A – Alimentação		7	7
B – Arranjar-se		7	7
C – Banho (lavar corpo)		3	5
D – Vestir metade superior		4	7
E – Vestir metade inferior		2	5
F – Utilização da sanita		3	5
CONTROLO DOS ESFINCTERES			
G – Vesical		3	6
H – Intestinal		3	6
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS			
I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas		2	5
J – Sanitário		5	5
K – Banheira, Duche		5	5
LOCOMOÇÃO			
L – <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas	M	2	5
	CR	1	1
M – Escadas		1	1
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão (auditiva/ visual)	A	6	6
	V	7	7
O – Expressão (verbal/ não verbal)	V	7	7
	NV	7	7
COGNICÃO SOCIAL			
P – Interacção Social		7	7
Q – Resolução dos problemas		5	5
R – Memória		7	7
TOTAL		94/147	116/147

APÊNDICE IV – ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

ITEM		PONTUAÇÃO		
		05.01	16.01	
HISTORIAL DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES				
Não	0	0	0	
Sim	25			
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO				
Não	0	15	15	
Sim	15			
AJUDA PARA CAMINHAR				
Nenhuma/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	30	30	
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15			
Apoia-se no mobiliário para andar	30			
TERAPIA ENDOVENOSA				
Não	0	20	20	
Sim	20			
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA				
Normal/acamado/imóvel	0	20	10	
Debitado	10			
Dependente da ajuda	20			
ESTADO MENTAL				
Consciente das suas capacidades	0	0	0	
Esquece-se das suas limitações	15			
		TOTAL	85	75

APÊNDICE V – ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ITEM		AVALIAÇÃO	
		05.01	16.01
PERCEPÇÃO SENSORIAL			
1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	4	4	
2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.			
3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades			
4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.			
HUMIDADE			
1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	3	3	
2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.			
3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia			
4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.			
ATIVIDADE			
1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2	2	
2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.			
3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.			
4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.			
MOBILIDADE			
1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2	3	
2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.			
3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.			
4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.			
NUTRIÇÃO			
1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	4	4	
2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.			
3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é			

alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		
4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmen4te entre as refeições. Não requer suplementos.		
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO		
1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.		
2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	2	2
3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
TOTAL	17/23	18/23

APÊNDICE VI – ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS-COVID-19

ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS-COVID-19			05.01	16.01
GRAUS DA ESCALA PCFS		DESCRIÇÃO		
0	Nenhuma Limitação Funcional	Sem sintomas, dor, depressão ou ansiedade		
1	Limitações Funcionais Muito Leves	Todas as tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas com a mesma intensidade, apesar de alguns sintomas, dor, depressão ou ansiedade.		
2	Limitações Funcionais Leves	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho foram modificadas estruturalmente (reduzidas) devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.		
3	Limitações Funcionais Moderadas	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas em menor intensidade ou são ocasionalmente evitadas devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.		X
4	Limitações Funcionais Graves	Necessário assistência para as AVD, devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade. Requer atenção de cuidadores.	X	
M	Morte			

APÊNDICE V – PLANO ORIENTADOR DE TREINO DE EXERCÍCIO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM COVID-19

Na pessoa após COVID-19, com sintomas leves

- Atividade física leve
- Limitar os períodos sedentários
- Caso haja um agravamento da sintomatologia, deve-se aumentar os períodos de descanso

No caso de utentes com Oxigenoterapia

- Atividade física de baixa intensidade
- Monitorização dos SV (pulso, respiração, TA e SpO₂)

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

- Exercícios costais globais ou seletivos
- Exercícios de abertura costal
- Exercícios diafragmáticos
- Reforço muscular dos músculos inspiratórios

OBJETIVO: PREPARAÇÃO PARA O RETORNO AO EXERCÍCIO

EXERCÍCIOS/TREINO:

- Treino de AVD (higiene, vestuário, mobilidade)
- Exercícios respiratórios
- Treino de flexibilidade
- Treino de equilíbrio
- Caminhada ligeira

MÍNIMO DE 7 DIAS

REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA SE:

- Sentir recuperado do dia anterior
- Sem sintomas, novos ou prévios

RPE: 6-8

OBJETIVO: ATIVIDADE FÍSICA DE BAIXA INTENSIDADE

EXERCÍCIOS/TREINO:

- Caminhada
- Tarefas domésticas leves

DURAÇÃO: incrementos de 10-15 minutos por dia

RPE: 6-11

REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA SE:

- Sentir recuperado do dia anterior
- Sem sintomas, novos ou prévios

Realizar Aquecimento e Retorno à calma no início/final da sessão

MÍNIMO DE 7 DIAS E REALIZAR CAMINHADA DURANTE 30MIN A RPE-11

OBJETIVO: ATIVIDADE FÍSICA MODERADA E TREINO DE RESISTÊNCIA MUSCULAR

EXERCÍCIOS/TREINO:

- Atividades prolongadas, rítmicas, utilizando os grandes grupos musculares (caminhadas, corrida, bicicleta, ...)
- Exercícios de resistência muscular com pesos livres, bandas elásticas ou peso corporal

DURAÇÃO: dois blocos de treino de 5min, com descanso de 5min entre eles, aumentando um intervalo diariamente

RPE: 12-14

REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA SE:

- Sentir recuperado do dia anterior
- Sem sintomas, novos ou prévios

Realizar Aquecimento e Retorno à calma no início/final da sessão

MÍNIMO DE 7 DIAS E PERFAZER 30MIN NUMA SESSÃO E SENTIR RECUPERADO APÓS 1H

OBJETIVO: ATIVIDADE FÍSICA MODERADA E TREINO DE RESISTÊNCIA MUSCULAR

EXERCÍCIOS/TREINO:

- Treino Funcional
- Treino de coordenação

DURAÇÃO: 2:1 dias (treino:repouso)

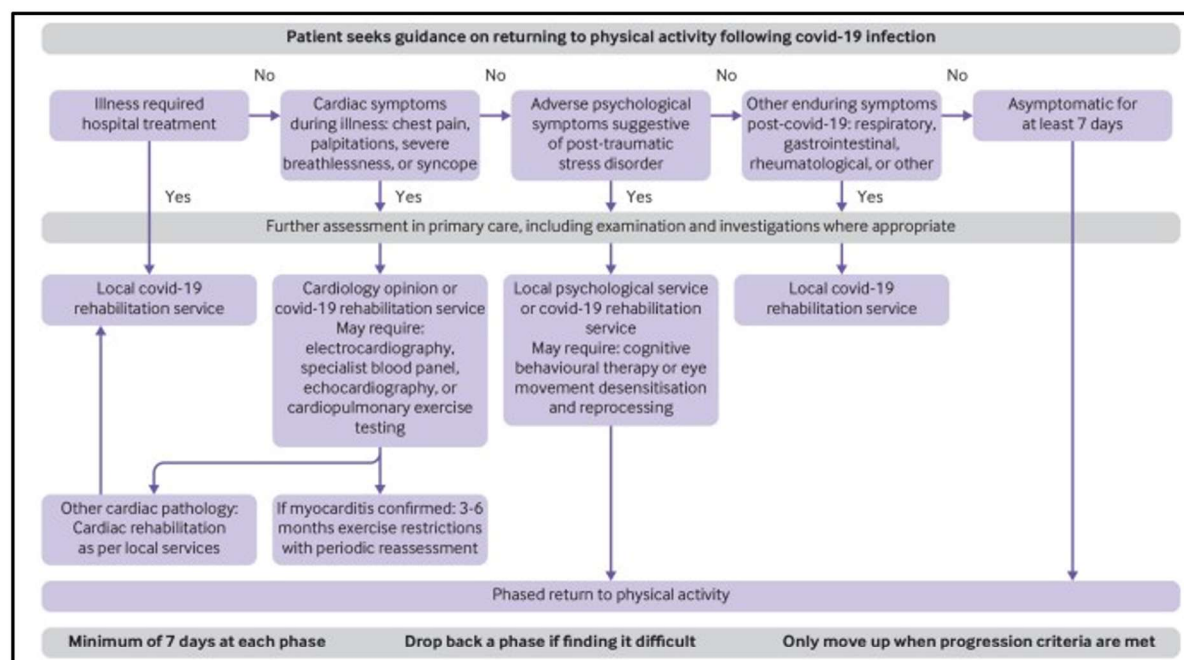
RPE: 12-14

REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA SE:

- Sentir recuperado do dia anterior
- Sem sintomas, novos ou prévios

Realizar Aquecimento e Retorno à calma no início/final da sessão

MÍNIMO DE 7 DIAS E QUANDO OS NÍVEIS DE FADIGA VOLTAREM AO NORMAL



Salman, D., Vishnubala, D., Le Feuvre, P., Beane, T., Korgaonkar, J., Majeed, A., & McGregor, A. H. (2021). Returning to physical activity after covid-19. *BMJ*, m4721. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4721>

ESFORÇO PERCEBIDO	ESCALA DE BORG (RPE)	CR10	FC (BPM)	% FC MÁX	ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL PÓS -COVID-19		
					GRAUS DA ESCALA PCFS	DESCRIÇÃO	
Muito Fácil	6	0	60-80	50-60	0	Nenhuma Limitação Funcional	Sem sintomas, dor, depressão ou ansiedade
	7		70-90				
	8	1	80-100		1	Limitações Funcionais Muito Leves	Todas as tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas com a mesma intensidade, apesar de alguns sintomas, dor, depressão ou ansiedade
Fácil	9		90-110				
Relativamente Fácil	10	2	100-120	60-70	2	Limitações Funcionais Leves	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho foram modificadas estruturalmente(reduzidas) devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade
	11		110-130				
Ligeiramente Cansativo	12	3	120-140	70-80	3	Limitações Funcionais Moderadas	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas em menor intensidade ou são ocasionalmente evitadas devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade
	13		130-150				
Cansativo	14	4	140-160	80-90	4	Limitações Funcionais Graves	Necessário assistênciapara as AVD, devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade Requer atenção de cuidadores
	15	5	150-170				
Muito Cansativo	16	6	160-180	90-100	M	Morte	
	17	7	170-190				
Exaustivo	18	8	180-200				
	19	9	190-210				
	20	10	200-220				

Elaborado por: João Daniel Ribeiro dos Santos

Elaborado por: João Daniel Ribeiro dos Santos
12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: CUSTOMIZING
EXERCISE PRESCRIPTION RELATIVE TO COVID**



**AMERICAN COLLEGE
of SPORTS MEDICINE.
LEADING THE WAY**

The American College of Sports Medicine

certifies that

JOAO SANTOS, MS

has participated in the educational activity titled
WEBINAR: Customizing Exercise Prescription Relative to COVID
in Online Virtual Format,
beginning on 1/25/2022

The activity was designated for
1 Credits
by the ACSM Professional Education Committee

David O. Garcia, PhD, FACSM
Professional Education Committee Chair

**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 3º CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – REABILITAR PARA A VIDA**



CERTIFICADO

Certifica-se que **João Daniel Ribeiro dos Santos** participou no 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação e no 12º Congresso Nacional de Enfermagem de Reabilitação "Reabilitar para a Vida", organizados pelos Docentes da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação e Discentes do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde, que se realizou com dupla modalidade, presencial e na plataforma Colibri/Zoom, nos dias 27 e 28 de janeiro de 2022.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Total de Horas de Formação: 14 (Catorze) horas

O evento foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional.

[Certificado de Acreditação](#)

Viseu, 4 de fevereiro de 2022

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves

**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA ONLINE “O
CUIDADO CENTRADO NA PESSOA, PELA VOZ DOS SEUS AUTORES”**



CERTIFICADO

Certifica-se que João Daniel Ribeiro dos Santos participou no evento internacional, a conferência on-line “Cuidado Centrado na Pessoa pela voz dos seus autores” com os conferencistas Brendan McCormak e Tanya McCance, que decorreu no dia 16 de fevereiro de 2022, num total de 2 horas.



Professora Doutora Carla Nascimento