



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

**A intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação nas transições da pessoa em
programa de reabilitação cardíaca**

Ana Rita Alves Rodrigues

**Lisboa
2021**

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

**A intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação nas transições da pessoa em
programa de reabilitação cardíaca**

Ana Rita Alves Rodrigues

Orientador: José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães

**Lisboa
2021**

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, aos meus pais e irmão, pela eterna paciência e apoio incondicional;

Aos amigos que me acompanharam nesta demanda;

Aos colegas de trabalho e coordenadores, pela compreensão e motivação;

Ao Sr. Professor José Carlos Pinto de Magalhães, pela disponibilidade, pelo cuidado e pela clareza das suas preciosas orientações;

Às Sras. EEER Eunice Rosendo e Lina Aleixo pelo carinho demonstrado e sabedoria partilhada;

E um agradecimento especial às pessoas e famílias de quem cuidei.

SIGLAS

AACVPR – American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACC – American College of Cardiology

ACEER – Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

ACSM – American College of Sports Medicine

AHA – American Heart Association

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARN – Association of Rehabilitation Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BACPR – British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation

CADI – Carers Assessment of Difficulties Index (Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador)

CAMI – Carers Assessment of Managing Index (Índice de Avaliação de Estratégias do Cuidador)

CASI – Carers Assessment of Satisfaction Index (Índice de Avaliação de Satisfação do Cuidador)

CNA – *Canadian Nurses Association*

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

EACPR – European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EO – Enfermeira Orientadora

ER – Enfermagem de Reabilitação

FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

PBE – Prática Baseada na Evidência

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica (Percutaneous Endoscopic
Gastrostomy)

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

RC – Reabilitação Cardíaca

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SCP – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade nacional, europeia e mundial. Não limitada à mortalidade, esta doença crónica acarreta elevados custos para a pessoa e sociedade: incapacidade funcional, diminuição da qualidade de vida, ansiedade e depressão, impacto na participação familiar e social, incapacidade laboral e impacto económico associado para a pessoa/família e sistema de saúde.

A reabilitação cardíaca, uma intervenção compreensiva, surge, neste âmbito, como uma reposta segura e eficaz que permite à pessoa com DCV estável reduzir a probabilidade de vir a desenvolver novos eventos agudos, recuperar a funcionalidade e reduzir o impacto psicossocial da doença, maximizando a sua qualidade de vida. Ainda assim, face aos benefícios largamente documentados da RC, a inclusão e adesão de pessoas com DCV a estes programas é ainda muito inferior ao ideal, também potenciado pela falta de investimento dos sistemas de saúde e desconhecimento dos profissionais de saúde.

Os PRC desenvolvem-se ao longo do continuum de cuidados, iniciando na fase I – intra-hospitalar, progredindo para a fase II – extra-hospitalar precoce e terminando na fase III – fase de manutenção. Este programa é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o EEER, sendo promovidas intervenções no âmbito do treino de exercício físico e controlo de fatores de risco cardiovasculares, na perspetiva de prevenção secundária.

Considerando os múltiplos processos de transição envolvidos no PRC, o modelo teórico de cuidados de enfermagem que mais se adequou ao suporte do trabalho desenvolvido foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, onde o EEER se assume como um facilitador de transições da pessoa e família a persecução da sua nova, mais capaz e autónoma, identidade.

Face a uma descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, pretendo demonstrar como adquirir e desenvolvi as competências comuns do EE e as específicas do EEER, à luz do projeto previamente elaborado.

Palavras-chave: Doença Cardiovascular, Programa de Reabilitação Cardíaca, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Teoria das Transições

ABSTRACT

Cardiovascular diseases represent the main cause of national, european and world mortality. Not limited to mortality, this chronic disease entails high costs for the person and society: functional disability, decreased quality of life, anxiety and depression, impact on family and social participation, work disability and associated economic impact for the person/family and health system.

Cardiac rehabilitation, a comprehensive intervention, emerges as a safe and effective response that allows the person with stable CVD to reduce the probability of developing new acute events, recover functionality and reduce the psychosocial impact of the disease, maximizing its quality of life. Even so, given the widely documented benefits of CR, the adherence of people with CVD is still much less than ideal, also related to the lack of investment of health systems and the lack of knowledge of health professionals.

CRP are developed along the continuum of care, starting in phase I - inpatient, progressing to phase II – outpatient and ending in phase III - maintenance phase. This program is developed by a multidisciplinary team, which includes the rehabilitation specialized nurse, comprehending interventions both on the area of physical training and cardiovascular risk control, from the perspective of secondary prevention.

With multiple transition processes involved in the CRP, the theoretical model of nursing care that is best suited to support the work developed was Afaf Meleis' Theory of Transitions, where the rehabilitation specialized nurse assumes itself as a facilitator of transitions for the person and family in the pursuit of their new, more capable and autonomous, identity.

Through a description and reflective analysis of the activities developed in the context of internships, I intend to demonstrate how I acquired and developed the common competencies of the nurse specialist and the specific competencies of the rehabilitation specialized nurse, in light of the previously elaborated project.

Keywords: Cardiovascular Disease, Cardiac Rehabilitation Program, Rehabilitation Specialized Nurse, Transition Theory

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	29
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	30
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	30
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	32
1.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados.....	34
1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	36
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	38
1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todo os contextos da prática de cuidados	38
1.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação de atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	47
1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa...	57
ANÁLISE DA APRENDIZAGEM REALIZADA.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

ANEXOS

ANEXO 1 – Algoritmo de estratificação de risco de evento AACVPR

ANEXO 2 – Teoria das Transições de Afaf Meleis

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Estudo de Caso em contexto de ECCI

APÊNDICE 2 – Estudo de Caso em contexto de Serviço de Cardiologia

APÊNDICE 3 – Jornal de Aprendizagem

APÊNDICE 4 – Relatório “2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação”

APÊNDICE 5 – Relatório sobre formação “Anatomofisiologia e fisiopatologia cardíaca”

APÊNDICE 6 – Folheto “Exercitar para recuperar! – O exercício físico na reabilitação do idoso”

APÊNDICE 7 – Instrumento de análise da atividade do EEER

APÊNDICE 8 – Apresentação “Reabilitação Cardíaca: exercício físico após a alta”

APÊNDICE 9 – Folheto “Reabilitação Cardíaca: exercício físico após a alta”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na continuidade do percurso académico que tem vindo a ser construído ao longo do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo final de me “construir” enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Neste sentido, pretende-se que seja um instrumento que espelhe este mesmo percurso, demonstrando de que forma foram adquiridas e desenvolvidas competências, no âmbito do grau académico de mestre e no de EEER, durante a condução do estágio realizado. Importa, assim, definir os referenciais orientadores do percurso, que traduzem estas mesmas competências.

De forma a dar resposta aos objetivos de grau de mestre, foram tidos como referenciais os descritores de Dublin, como dispostos no Dec.-Lei nº115/2013, decreto que determina o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Os descritores de Dublin são descritores uniformizados para a região europeia, que descrevem, de forma geral, as cinco áreas de competência que o formando deve demonstrar para que lhe seja atribuído o grau de mestre: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e competências de autoaprendizagem (Leegwater, 2015).

No âmbito da área de especialização, foram considerados os referenciais emanados pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista – que contemplam as dimensões de educação, orientação, aconselhamento, liderança e investigação (OE, 2019a) –, às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – que visam “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, promover a autoestima” (OE, 2019b, p.13565) – e ainda aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – um instrumento promotor de reflexão sobre a prática especializada com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados (ACEER, 2018).

O estágio teve como fio condutor o projeto de aprendizagem previamente desenvolvido, que se suporta no modelo de *Project-Based Learning* (PBL). Este modelo surge do conceito de *Competence-based education*, uma educação que pressupõe a aquisição dos conhecimentos, habilidades ou competências necessárias para desenvolver determinada tarefa, num contexto específico, através

de uma prática reflexiva, permitindo desenvolver o pensamento crítico (Wurdinger, 2016). Nesta perspetiva, o PBL constitui-se como uma abordagem centrada no estudante, onde o estudante cria e desenvolve o seu projeto, direcionando-o para as suas áreas de interesse, tornando o processo de aprendizagem mais dinâmico e motivante (Wurdinger, 2016).

Inicialmente, a escolha do tema “reabilitação cardíaca” prendeu-se sobretudo com uma preferência pessoal, pelo interesse na área e motivação em tornar-me mais competente na mesma, havendo, inclusive, uma oportunidade de, a nível institucional, integrar um projeto no âmbito da reabilitação cardíaca. Contudo, após uma primeira leitura sobre o tema, foi perceptível a emergência da temática, não só como resposta em si, mas também como área de investimento para a enfermagem de reabilitação.

Alinhada com as políticas de saúde da OMS “Saúde 2020”, é emanada, em 2016, a extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde, através do Despacho n.º 6401/2016, onde prioriza a criação de onze programas de saúde, entre os quais o programa de saúde prioritário na área das Doenças Cérebro-cardiovasculares (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016). No mesmo ano, através do Despacho n.º 7433/2016, é emitido o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, sendo um dos objetivos o desenvolvimento de programas promotores da prevenção, tratamento e reabilitação das DCV (DGS, 2016), que se consolida no Despacho n.º 8597/2017, com a criação do Programa Nacional de Reabilitação Cardíaca. Este Programa prevê a constituição de um grupo de trabalho que pretende definir os critérios a observar nos PRC, bem como acompanhar a sua operacionalização (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2017).

Embora os benefícios da RC estejam bem documentados, Silveira e Abreu (2016) frisam a importância do investimento na investigação, formação e divulgação como forma de contornar a, ainda presente, subutilização dos serviços de RC. Complementarmente, a Assembleia do Colégio de Enfermagem de Reabilitação (2015) identifica como uma das áreas de investigação prioritárias para a especialidade, as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cardíaca, evidenciando, assim, a pertinência de contribuir para este corpo de conhecimento.

De forma a conhecer o estado da arte sobre o tema, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, metodologia que permite uma análise geral e integrada do conhecimento atual sobre o tema escolhido, através de diferentes tipos de estudos (Ferrari, 2015), recorrendo a um método de pesquisa descritivo, que permite abordar uma questão de investigação mais abrangente (Baker, 2016), sendo esta: *Quais as intervenções do EEER na transição da pessoa em programa de reabilitação cardíaca?*

Após pesquisa livre no Google e Google Académico, foram definidas as palavras-chave: Cardiac Rehabilitation (Reabilitação Cardíaca); Secondary Prevention (Prevenção Secundária); Cardiovascular Diseases (Doenças Cardiovasculares); Transitions (Transições); Rehabilitation Nursing (Enfermagem de Reabilitação). Com estas palavras-chave, foi conduzida uma pesquisa nas seguintes fontes: Repositório Digital da Faculdade de Motricidade Humana e Repositório Digital da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, considerando teses de mestrado; Catálogo Bibliográfico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, considerando livros de referência; Associações internacionais e nacionais de referência na área, como a AACVPR, BACPR, ACSM, AHA e SPC, considerando *guidelines* emitidas no âmbito da RC; Bases de Dados CINHALL Complete e MEDLINE Complete, tendo ainda considerado as referências bibliográficas pertinentes dos documentos resultado das pesquisas.

As Doenças Cardiovasculares afetam o sistema circulatório – o coração e os vasos sanguíneos – e, segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), são a principal causa de morte a nível mundial, sendo estimado que 17.9 milhões de pessoas tenham morrido no ano de 2016, o que representa 31% do total de mortes mundiais. Destas, 85% são atribuídas a enfartes ou acidentes vasculares cerebrais, patologias que se incluem no grupo de DCV causadas por aterosclerose (WHO, 2011).

Segundo a European Heart Network (2017), na Europa, atribuem-se 3.9 milhões de mortes às DCV, correspondente a 45% das mortes totais. Contudo o impacto das DCV não se avalia apenas na mortalidade, já que se trata de uma das principais causas de incapacidade e redução da qualidade de vida (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009), pelo que se destaca um aumento de 11.3 milhões novos casos em 2015, perfazendo um total de 85 milhões de pessoas com DCV na Europa. Relativamente à incapacidade, e calculada em

número de anos de vida ajustados à incapacidade, ou seja, perda de anos de vida saudáveis, as DCV são as com mais impacto, responsáveis por 23% da totalidade de anos perdidos, dos quais 12,9% são atribuídos a doenças coronárias e 6,2% a AVC (EHN, 2017).

No mesmo relatório, e relativamente à União Europeia, as DCV acarretam custos na ordem dos 210 bilhões de euros por ano, entre custos de cuidados de saúde (53%), perda de produtividade (26%) e custos relacionados com cuidadores informais (21%) (EHN, 2017).

A nível nacional, embora numa percentagem inferior, as DCV também são a principal causa de morte, correspondendo, em 2017, a 29,4% do total de mortes, uma descida de 1,3% ao ano anterior (INE, 2019). À semelhança dos dados mundiais, do total de mortes atribuídas às DCV, as mortes motivadas por DCV com processo de aterosclerose subjacente - doenças cerebrovasculares e isquémicas do coração – têm a maior representatividade.

Aterosclerose é um processo patológico complexo que ocorre nas paredes dos vasos sanguíneos ao longo de vários anos, com a deposição de lípidos, cálcio e outros detritos celulares na camada íntima das artérias, maioritariamente de médio calibre, criando placas ateroscleróticas (WHO, 2011).

Estas placas causam irregularidades nas paredes e diminuição da flexibilidade dos vasos, assim como o estreitamento do lúmen, dificultando o fluxo sanguíneo de forma evolutiva, condicionando a uma progressão da sintomatologia associada. Num episódio de maior instabilidade da placa, poderá haver ruptura da mesma, desencadeando a formação de um coágulo sanguíneo e, dependendo do local onde este se instale e interrompa o fluxo sanguíneo, originar um episódio agudo de DCV, como um enfarte ou AVC (WHO, 2011).

A OMS (2017) atesta que uma grande percentagem de DCV pode ser prevenida com a implementação de estratégias que visem a prevenção e mudança de comportamentos de risco associados, alertando que, do total de 17 milhões de mortes prematuras (pessoas com < 70 anos) a nível mundial, 37% foram atribuídas a DCV.

Os fatores de risco, também descritos como fatores de risco cardiovascular, contemplam fatores modificáveis, consequentes de comportamentos de risco – tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, excesso de peso ou obesidade, inatividade física e consumo excessivo de álcool – e fatores não modificáveis – idade avançada, sexo masculino, antecedentes familiares e baixo

estrato económico (WHO, 2011). Em Portugal, o número de anos de vida ajustados à incapacidade, poderiam ser reduzidos em 41% com a modificação dos principais fatores de risco modificáveis (Ministério da Saúde, 2018), pelo que se torna fundamental o investimento na prevenção primária a secundária na luta contra as DCV.

Em 2016, a European Society of Cardiology, em conjunto com outras sociedades científicas da área, emitem uma *guideline* europeia no âmbito da prevenção da DCV na prática clínica, onde recomendam a participação de pessoas hospitalizadas, na sequência de um evento coronário agudo ou revascularização, ou com insuficiência cardíaca, num programa de reabilitação cardíaca para melhorar os seus resultados, sendo o seu encaminhamento um indicador de desempenho dos serviços de saúde na prevenção das DCV (Piepoli et al., 2016).

Embora a primeira evidência sobre o benefício da atividade física em pessoas com DCV tenha sido reportada em 1772¹, nos anos subsequentes era prática clínica limitar a mobilidade nas pessoas pós evento cardíaco, provocando descondicionamento físico grave, diminuição da capacidade funcional, internamentos prolongados e aumento da morbilidade e mortalidade (Mampuya, 2012). A atividade física precoce, após enfarte agudo do miocárdio, foi introduzida apenas nos anos 1950, como forma de restaurar a capacidade funcional perdida no longo período de confinamento no leito após evento, sendo esta a base da Reabilitação Cardíaca. Desde então, através da progressiva compreensão da fisiopatologia, epidemiologia e desenvolvimento de novas intervenções para as DCV, a RC tem-se tornado mais ampla na sua intervenção (AACVPR, 2013).

A OMS descreveu, em 1993, Reabilitação Cardíaca como “... the sum of activities required to ensure them the best possible physical, mental and social conditions so that they may, by their own efforts, resume and maintain as normal a place as possible in the community”, uma definição que se alinha com a missão do EEER, de promover a autonomia e independência da pessoa, maximizar a sua funcionalidade, capacitando-a para a participação na sociedade (OE, 2019b).

Progressivamente desenvolveram-se intervenções mais complexas, pelo que as *guidelines* da AHA, AACVPR, BACPR e EACPR preconizam que a RC seja desenvolvida em programas de longo termo, por equipas multidisciplinares, em parceria com a pessoa com DCV e sua família, com os objetivos de otimizar a

¹- Em 1772, o Dr. William Heberden define o termo *angina pectoris*, descrevendo como a prática de atividade física contribuiu para a redução da sintomatologia associada ao esforço e do impacto psicológico da mesma (Buckley, 2021).

função física, psicológica, vocacional e social enquanto atrasa ou reverte o processo aterosclerótico e, portanto, o decurso da DCV. Os principais pilares da intervenção são avaliação médica contínua, prescrição individualizada de exercício físico, modificação de fatores de risco, educação para a saúde e aconselhamento. (AACVPR, 2013; BACPR, 2017; Corra et al., 2012; Dalal & Doherty, 2015; Smith Jr et al., 2001; Servey & Stephens, 2016).

A constituição da equipa envolvida no PRC poderá variar, não só consoante as fases existentes do programa, mas também consoante os recursos disponíveis, podendo incluir cardiologista ou médico generalista com especial interesse/formação em RC, EEER, enfermeiro generalista, fisioterapeuta, dietista ou nutricionista, psicólogo, fisiologista do exercício, terapeuta ocupacional e administrativo, sendo consensual que a constituição da equipa deverá reunir, no seu conjunto, conhecimentos e competências necessários para a implementação segura e eficaz do PRC (AACVPR, 2013; Biddle, Gulanick & Berra, 2008; BACPR, 2017).

Os benefícios da RC têm sido amplamente estudados, sendo os mais documentados a redução da mortalidade, morbilidade e do número de readmissões hospitalares por novo evento cardíaco (Dalal & Doherty, 2015; Martin et al., 2013). Haigang, Fang, Yuan & Zhang (2019) evidenciaram ainda a redução na necessidade de novas intervenções coronárias percutâneas, cirurgias de revascularização coronária e reincidência de estenoses. Paralelamente, existe evidência de uma redução dos custos para o sistema de saúde (Mendes, 2016). A CNDCV (2009) acrescenta que a redução da mortalidade se encontra entre os 20 a 25%.

Lawler, Filion e Eisenberg (2011), num estudo sobre a eficácia da componente exercício físico do PRC após EAM, apuraram que as pessoas que integraram PRC apresentaram menor risco de novo EAM e mortalidade por doença cardiovascular ou outras. A nível dos FRCV, este estudo evidenciou uma redução na tensão arterial, cessação tabágica e a redução analítica dos lípidos.

Koukoui et al. (2015) confirmam os benefícios de uma reabilitação precoce em pessoas com insuficiência cardíaca, independentemente da etiologia, com início intra-hospitalar. O mesmo autor encoraja ainda um acompanhamento e monitorização prolongado na comunidade, tendo demonstrado uma otimização do tratamento e adoção de mudanças de estilo de vida em pessoas acompanhadas por dois anos em contexto extra-hospitalar. Ainda no âmbito das pessoas com insuficiência cardíaca, os autores Ades et al (2013) atestam que aliar a promoção do autocuidado e gestão de doença à componente de exercício físico da RC potencia

significativamente os ganhos das pessoas com IC, na medida em que existe um aumento da capacidade física, uma melhoria e redução dos sinais e sintomas clínicos da IC e uma redução do risco de eventos futuros, potenciando a sua qualidade de vida. O autor ressalta que RC em pessoas com IC estável é segura e bem tolerada, sendo fundamental a avaliação inicial e uma prescrição individualizada.

Além da melhoria da condição física e do bem-estar físico percebido (Sheperd & While, 2012), a RC promove a diminuição dos episódios de angina, um fluxo sanguíneo coronário mais eficiente e a redução do número de episódios de arritmia (Bolas, 2016). Promove ainda a melhoria do perfil de risco cardiovascular, através da diminuição dos valores de pressão arterial, índice de massa corporal, triglicéridos, colesterol HDL, colesterol total, glucose, redução de hábitos tabágicos e o consumo de oxigénio na prática de exercício físico (CNDCV, 2009; Dalal & Doherty, 2015; Abreu & Araújo, 2016).

Relativamente aos benefícios psicológicos, a RC promove uma melhor gestão de *stress*, redução da ansiedade e da depressão (CNDCV, 2009; Dalal & Doherty, 2015; Yohannes, Doherty, Bundy & Yalfani, 2010), fatores que, aliados ao isolamento social, impactam negativamente as relações da pessoa e o seu bem-estar social (Sheperd & While, 2012). Embora os ganhos a nível psicológico e social não sejam tão evidentes como a nível físico, estes últimos condicionam e potenciam os ganhos psicológicos e sociais. Devido à elevada prevalências de depressão nas pessoas com DCV, tem-se assistido a uma integração de especialistas em comportamentos de saúde nas equipas de PRC, de forma a facilitarem a gestão dos aspetos psicossociais da DCV, como saúde sexual, perturbações do humor ou medo de recorrências (Servey & Stephens, 2016).

Teixeira e Azevedo (2016) e a CNDCV (2009) documentam ainda um mais frequente e célere regresso ao trabalho e a um papel ativo na sociedade da pessoa integrada em PRC, que, segundo Sheperd & While (2012), condicionam uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, uma vez que a qualidade de vida tem uma relação bidirecional com o aumento da atividade física e satisfação do papel vocacional e social.

Martin et al. (2013) comprovaram que pessoas integradas num PRC estruturado apresentaram uma melhoria da sua condição física durante o programa e até um ano após o seu término, com resultados mais evidentes em pessoas que iniciaram com menor condição física. O autor Yohannes et al. (2010) complementa,

atestando que também os benefícios no âmbito da saúde mental e qualidade de vida perduram até um ano após cessação de PRC. Lawler, Filion e Eisenberg (2011) verificaram igualmente que os benefícios do PRC persistiram além do período de intervenção ativa, acrescentando que este facto também se verifica em PRC de menor duração, pelo que, na impossibilidade de integrar um de maior duração, os de menor também crescem benefícios.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dos benefícios da RC, no sentido de potenciar a referenciação para os PRC e promover a adesão aos mesmos (Yohannes et al., 2010), contrariando a elevada taxa de subutilização ainda existente. Esta subutilização verifica-se sobretudo em pessoas com idade avançada, do sexo feminino, não caucasiano, com baixo *status* socioeconómico, comorbilidades significativas e ocorrer uma distância significativa entre o domicílio e o centro de RC (Thomas, 2007; Dalal & Doherty, 2015; Servey & Stephens, 2016).

As razões para a subutilização são múltiplas e complexas, podendo ser categorizadas em quatro grandes grupos que deverão ser considerados pelo EEER na sua intervenção: barreiras relacionados com o indivíduo, com o prestador de cuidados, com o sistema de saúde e com a comunidade (Thomas, 2007). O mesmo autor enumera estratégias para a sua redução, através da priorização da RC, potenciada pela educação à pessoa, aos prestadores, aos decisores políticos e aos líderes comunitários no sentido da valorização e facilitação do ingresso e frequência dos PRC. Outra estratégia, estudada por diversos autores, é o desenvolvimento do PRC na modalidade *home-based*, cujos ganhos e benefícios são equiparáveis aos PRC *center-based*, e os índices de adesão muito superiores pela adaptabilidade do programa à rotina da pessoa (Servey & Stephens, 2016).

A nível nacional, Mendes (2016) descreve que, no ano de 2013, se verificou um aumento de participação em PRC, comparativamente a 2007, triplicando o número de participantes na fase II do programa, diretamente relacionado com a abertura de 9 novos centro de RC (6 públicos e 3 privados), tendo, desde então, sido abertos mais 4 centros no sul do país. Silveira e Abreu (2016) verificaram que, apesar do aumento das referenciações e ingressos, se mantém o predomínio do EAM como diagnóstico de admissão (51,8%), por oposição a indicações mais recente para RC.

Apesar da abertura de novos centros, inferior à desejada, mantém-se uma distribuição díspar dos serviços com grandes áreas sem resposta, sobretudo no interior. Outro fator a considerar é a comparticipação, as fases desenvolvidas em

centros hospitalares públicos são compartilhados pelo Ministério Público, mas não existem convenções com os centros privados, pelo que são compartilhados pelos subsistemas, seguradoras ou pelo próprio, limitando o acesso (Mendes, 2007).

Mampuya (2012) evidencia a necessidade de se estudarem novas formas de acesso ao PRC, que aliem programas mais individualizados e novas tecnologias, no sentido de uma maior adesão.

A clara identificação das pessoas elegíveis de serem referenciadas para PRC é essencial para o desenvolvimento de programas eficazes e seguros, assim, à luz das *guidelines* consideradas, é possível enumerar as situações clínicas que tornam a pessoa elegível: síndrome coronário agudo e todos os submetidos a reperfusão; insuficiência cardíaca crônica; transplante cardíaco e dispositivo de assistência ventricular; cirurgia para implante de cardioversores/desfibriladores ou terapia de ressincronização cardíaca ou substituição de válvula; angina estável e doença vascular periférica com claudicação (AACVPR, 2013; CNDCV, 2009; Abreu, Aguiar, Mendes & Santa-Clara, 2013; ACSM, 2018; BACPR, 2017).

A RC não é isenta de riscos e requer alguns requisitos, pelo que existem pessoas cuja situação clínica torna a componente de exercício contraindicada, devendo, contudo, a pessoa ser referenciada para as restantes componentes dos PRC. As situações a considerar são: angina instável ou insuficiência cardíaca não compensada; estenose mitral/aórtica grave; miocardite, pericardite ou infeções de outro foro; embolia pulmonar recente; disritmias complexas não controladas; bloqueio aurículo/ventricular avançado; hipertensão ou hipotensão não controladas; diabetes não controlada e alterações cognitivas, de comportamento ou compromisso funcional que impeça a integração em programa de exercício. (AACVPR, 2013; CNDCV, 2009; Abreu et al. 2013; ACSM, 2018; BACPR, 2017)

Como abordado, a RC tem evoluído, desde uma intervenção apenas focada no exercício, para um programa de gestão de doença mais abrangente, incorporando, hoje, componentes chave que o tornam num programa multidimensional, são eles a avaliação da pessoa e família, o aconselhamento nutricional, a gestão lipídica, a gestão da hipertensão, a cessação tabágica, gestão do peso, gestão da diabetes, gestão de fatores psicossociais, aconselhamento de atividades física e treino de exercício físico² (AACVPR, 2013; CNDCV, 2009; ACSM, 2018; BACPR, 2017), considerando ainda a gestão terapêutica e o aconselhamento

²- Atividade física: “qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso”; Exercício físico: “movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar (...) a aptidão física” (Santa-Clara et al., 2015, p.28).

vocacional (Gulanick & Berra, 2008).

O PRC, atualmente, encontra-se dividido em 3 fases, fase I- intra-hospitalar, fase II – extra-hospitalar precoce ou ambulatoria e fase III – manutenção, cujos objetivos e componentes serão abordados de seguida.

Fase I – intra-hospitalar

A primeira fase do programa de reabilitação cardíaca decorre, como indica o nome, em ambiente intra-hospitalar, inicia-se nas 12/48h após evento, dependendo da estabilidade da pessoa, sendo que, com as reduções nos tempos de internamento, a sua duração poderá ser de apenas 3/4 dias (AACVPR, 2013).

Alinhado com o processo de enfermagem, o EEER conduz uma avaliação inicial, que contempla a avaliação do processo clínico e entrevista à pessoa. A avaliação do processo pretende verificar qual o diagnóstico cardíaco e o estado de saúde atual, identificar FRCV e determinar o risco de novo evento cardíaco (CNDCV, 2009; ACSM, 2018). A entrevista deverá complementar esta informação com o histórico pessoal, familiar e social, e ainda avaliar a motivação para iniciar atividade física e para aprender (Flynn, Cafarelli, Petrakos & Christophersen, 2007).

De forma iniciar a atividade física, é considerada a avaliação inicial, assim como uma avaliação diária dos registos do processo clínico e avaliação física, que inclui auscultação cardíaca e pulmonar, palpação de pulsos periféricos, avaliação de força muscular, flexibilidade e da capacidade de satisfazer do autocuidado, devendo ainda considerar uma documentação da linha de base do ritmo e frequência cardíaca e pressão arterial (AACVPR, 2013; ACSM, 2018).

A atividade é introduzida de modo incremental, iniciada com a pessoa no leito, evoluindo para a posição sentada, posição ortostática e, finalmente, iniciando marcha. Se a pessoa não demonstrar respostas adversas na fase de marcha, como sentar-se ou parar, esta poderá ser incrementada até ao nível de tolerância da pessoa. Outras respostas adversas que o EEER deverá considerar são a pressão arterial diastólica igual ou superior a 110mmHg, uma diminuição da pressão arterial sistólica superior a 10mmHg, arritmias ventriculares ou auriculares significativas, bloqueio cardíaco de segundo ou terceiro grau, sinais ou sintomas de intolerância ao esforço, como angina, dispneia marcada, e alterações do ECG sugestivas de isquemia (ACSM, 2018).

Paralelamente é avaliada a tolerância de realização das AVD, introduzidas,

²- Atividade física consiste em “qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso”, enquanto exercício físico implica “movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física” (Santa-Clara et al., 2015, p.28).

igualmente, de forma incremental, iniciando com AVD como escovar os dentes ou cabelo, evoluindo para vestir e despir e depois para o banho. Sempre que se observarem respostas adversas, o EEER deverá assistir na execução das AVD (Brewer, Boleware & Boss, 2008).

A gestão de fatores de risco deverá ter início ainda nesta fase, através da identificação dos mesmos e suas implicações, sendo a educação da pessoa e família componente fundamental nesta gestão (Piepoli et al., 2011). Contudo, pela, já referida redução dos tempos de internamento, devem ser priorizados os temas abordados e, no âmbito da preparação da alta, privilegiar-se o ensino relativamente à aquisição de competências de sobrevivência – reconhecimento de sinais e sintomas, uso de nitroglicerina, mobilização de assistência em casos de emergência (Dolansky et al., 2011) –, às recomendações e limitações durante a recuperação relativamente à atividade física – como subir escadas, levantamento de pesos ou outras atividades diárias (ACSM, 2018) – e à cessação tabágica. A preparação da alta deve focar ainda a promoção da continuidade de cuidados através da referenciação para a fase II (Flynn et al., 2007). Os restantes temas devem ser priorizados de acordo com as expetativas e prioridades da pessoa, já que o ensino que atenda a estas, será melhor integrado. O EEER poderá utilizar materiais de apoio, como folhetos ou vídeos, que deverão ser sempre explorados e contextualizados nas sessões de ensino (Biddle et al., 2008).

A preparação da alta é um momento em que se evidencia a intervenção do EEER como facilitador de transições, no sentido da preparação da pessoa e família para assumirem novos papéis e agirem em conformidade (McBride & Andrews, 2013). Também uma boa comunicação entre os diferentes níveis de cuidados, neste momento transicional³, é fundamental, promovendo a adesão aos PRC (McBride & Andrews, 2013; Dalal & Doherty, 2015), pelo que, o EEER, enquanto gestor de cuidados por excelência, tem uma função essencial de articulação.

Fase II- Fase extra-hospitalar precoce ou ambulatória

A fase II, correspondente à fase extra-hospitalar precoce ou fase ambulatória, inicia-se habitualmente após 1-2 semanas do evento, e dura entre 8 a 12 semanas (Servey & Stephens, 2016). Nesta fase pretende-se a capacitação física e psicológica da pessoa, no sentido de retomar as suas atividades laborais e sociais (Abreu et al. 2013).

³- Muitas vezes existe um período de tempo entre a alta e o início da fase II do programa, surgindo respostas neste sentido, os programas transicionais (McBride & Andrews, 2013), que podem desenvolver-se em centros de enfermagem especializados, hospitais de reabilitação ou contexto domiciliário (Dolansky et al., 2011).

Para o ingresso nesta fase do programa, é necessário avaliar se a pessoa o poderá fazer em segurança. Assim, de forma a estratificar o risco que a pessoa tem de desenvolver novo evento cardíaco durante o treino de exercício (Dalal & Doherty, 2015), é conduzida uma avaliação clínica criteriosa, que inclui história clínica, exame físico, ECG em repouso e teste ergométrico (AACVPR, 2013). O risco apurado – baixo, médio ou alto – pode contraindicar a prática de exercício ou indicar o nível de monitorização e supervisão recomendada (CNDCCV, 2009; ACSM, 2018). Em anexo (ANEXO 1), o algoritmo construído pela AACVPR (2012), um dos mais utilizados.

Nesta fase, regressa-se, com maior ênfase à Prevenção Secundária, através da redução dos fatores de risco, incluindo tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade, alterações psicossociais e inatividades, contemplando intervenções individualizadas de educação, aconselhamento e exercício (Piepoli, et al., 2016).

A AHA e a ACC estabeleceram os objetivos de referência relativamente aos fatores de risco: tabagismo – cessação completa; controlo da pressão arterial: <140/90mmHg ou <130/85mmHg se insuficiência cardíaca ou <130/80mmHg se diabetes ou insuficiência renal; gestão lipídica: objetivo primário LDL <100mg/dl; atividade física: mínimo 30 minutos, 3 a 4 dias por semana, objetivo ótimo prática diária; gestão de peso: índice de massa corporal (IMC) 18,5-24,9 kg/m²; gestão da diabetes: hemoglobina glicosada <7% (Smith Jr et al. 2001).

A AACVPR (2013) estipula que todas as pessoas que integrem esta fase do programa devem ser sujeitas a uma avaliação inicial que contemple: história clínica, exame físico, ECG, regime terapêutico, perfil de risco DCV, avaliação nutricional, avaliação da composição corporal, glicémia em jejum ou hemoglobina glicosada e história de diabetes, história de atividade física, história psicossocial e história familiar, devendo ainda ser tida em conta a estratificação de risco.

Os autores Yohannes et al. (2010) destacam a importância da avaliação psicossocial, já que um grande número de pessoas desenvolve depressão ou ansiedade, independentemente da condição física, estados que impedem que a pessoa assuma o seu papel no contexto familiar e social.

De forma a atingir os objetivos identificados, existem dois grandes focos de intervenção, a educação da pessoa e da família e a prescrição e acompanhamento de exercício físico (Santa-Clara et al., 2015).

O ensino sempre foi um conceito central de enfermagem, pelo que o EEER, com conhecimentos especializados, encontra-se no local privilegiado para

desenvolver esta intervenção (Biddle et al., 2008). É importante que o EEER tenha presente que a população adulta traz para o processo de educação um conjunto de experiências, conhecimentos e capacidades que podem influenciar a sua capacidade de aceitar novos conhecimentos (Gulanick & Berra, 2008), devendo começar por uma avaliação dos conhecimentos prévios e necessidades individualizadas de ensino à pessoa e família.

A transição para uma nova identidade é desafiadora, estando documentadas respostas como depressão, ansiedade e frustração face a expectativas irrealistas de mudanças no estilo de vida e incertezas quanto ao futuro. O papel do EEER no período antecipatório é fundamental, promovendo a aquisição de estratégias de *coping*, que permitam confrontar a realidade, resolver problemas e manter a capacidade funcional (Lynggaard, Nielsen, Zwisler, Taylor & May, 2017).

Lynggaard et al. (2017) provaram que estratégias como sessões individuais, grupos de discussão ou programas de mentor são úteis na abordagem individualizada da pessoa e família, promovendo a adesão, devendo, também, ser considerados diferentes recursos tecnológicos como suporte digital, vídeos informativos, comunicação telefónica ou via internet.

À semelhança da componente educacional, também o plano de exercício é individualizado através da sua prescrição (Santa-Clara et al., 2015). Esta prescrição, com base a avaliação inicial, estabelece a frequência do exercício, a intensidade, o tempo e o tipo de exercício a desenvolver (acrónimo FITT), objetivando que a sessão seja ambas benéfica e segura (AACVPR, 2013; ACSM, 2018; Piepoli, et al., 2016; BACPR, 2017).

Hansen et al. (2008) estudaram que a sessão poderá compreender entre 40 a 60 minutos, com iguais benefícios, devendo todas as sessões contemplar três elementos basilares, a fase de aquecimento, de condicionamento e de arrefecimento (Piepoli, et al., 2016). A fase de aquecimento pretende preparar os músculos e articulações para o exercício, devendo contemplar 5 a 15 minutos de exercício de alongamento e de amplitude articular. A fase de condicionamento, consoante a prescrição, dura cerca de 20 a 30 minutos. Já a fase de arrefecimento, de 5 a 10 minutos, permite que a frequência cardíaca retorne ao seu ritmo habitual de forma gradual, prevenindo complicações, como hipotensão e arritmias (ACSM, 2018).

A fase de condicionamento deverá contemplar exercício aeróbio, presente desde os primeiros PRC – caminhada/corrida com recurso a passadeira ou no exterior, cicloergómetro, elíptica, remo ou exercício aquático são algumas das

modalidades recomendadas pela AACVPR (2013) –, treino de força muscular e de flexibilidade, já que estudos evidenciaram aumento da capacidade funcional com a associação das modalidades (Santa-Clara et al., 2015; ACSM, 2018; Price, Gordon, Bird & Benson, 2016; Piepoli, et al., 2016).

As sessões de exercício são supervisionadas com recurso a monitorização de alterações no ECG, frequência cardíaca, oximetria e pressão arterial, observação de sinais ou sintomas como dispneia, fadiga excessiva ou dor precordial e autoavaliação segundo a Escala de percepção subjetiva de esforço de Borg (Price et al., 2016), devendo ser conduzida uma avaliação antes da sessão, durante e após, sendo a prescrição de exercício avaliada e ajustada continuamente (Santa-Clara et al., 2015).

Fase III – fase de manutenção

A fase III, correspondente à fase de manutenção, é uma fase a longo prazo, iniciada após 2 a 3 meses do evento cardíaco, com duração indefinida (AACVPR, 2013; BACPR, 2017), onde se pretende a manutenção da aptidão física e dos estilos de vida saudáveis (Seiki et al., 2008).

Esta fase desenvolve-se numa multiplicidade de contextos – clínica de reabilitação, centros especializados, ginásio ou mesmo em casa (Mampuya, 2012) –, sob a direção direta da equipa de RC ou da própria pessoa, em momentos mais avançados, com prescrição rigorosa e acompanhamento periódico (Price et al., 2016). Nesta fase, a atividade física e o exercício são mais intensos, e os programas educacionais focam-se na manutenção da adesão às mudanças de comportamento relacionadas com os fatores de risco.

Paralelamente, este é o momento chave na transição de retorno ao trabalho, pelo que é fundamental a equipa de RC avaliar esta dimensão, Teixeira e Azevedo (2016) salientam que deverão ser avaliados fatores como a capacidade funcional e função cardíaca residual, fatores psicológicos, o tipo de trabalho realizado, barreiras para o seu retorno, como as arquitetónicas, que adaptações do ambiente são necessárias, aspetos que concorrem para a intervenção do EEER.

Também no sentido da maximização da pessoa para retornar às suas atividades sociais, devem ser tidos em conta os sistemas de suporte, como grupos de apoio, organizados ou informais, e atividades sociais, desenvolvidas no âmbito da RC (BACPR, 2017).

Como em qualquer outro contexto, também o enfermeiro que desenvolve a

sua intervenção em contexto de PRC, orienta a sua ação segundo uma filosofia de cuidados e, ainda que muitas vezes esta não esteja explícita, está patente na sua intervenção. Diferentes filosofias de cuidados dão resposta a diferentes contextos e necessidades e, ao longo da revisão que conduzi, senti que a filosofia de cuidados que mais sentido me fazia, como sustento e condutora da minha intervenção, é a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Durante o seu ciclo de vida, cada pessoa experiencia mudanças a diferentes níveis – familiar, pessoal, profissional ou social – que vivencia de forma única e multidimensional, com diferentes padrões de resposta (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Estas mudanças poderão desencadear processos de transição, que não são mais que a passagem de um estado, fase ou condição, para outro, em que a pessoa alcance uma maior estabilidade e maturidade, estando estes processos intrinsecamente ligados ao contexto e à situação que os origina. Assim, a pessoa em PRC passa por um variado leque de mudanças, muitas vezes provocados por um episódio agudo de doença, que, de forma singular para cada pessoa e família, desencadeiam processos de transição.

A partir deste conceito de transição, Meleis (2010) estabelece como foco da disciplina de Enfermagem facilitar as transições das pessoas, através de um modelo centrado nas transições, que enfatiza os processos longitudinais e de natureza multidimensional característicos da profissão de enfermagem.

Iniciado o PRC, a pessoa e sua família atravessam um processo, no qual têm um papel ativo, composto por diferentes fases, em que o objetivo final é a sua autonomia. Neste processo, ele próprio uma transição, a pessoa experiencia transições de diferentes tipos, como a transição entre níveis de cuidados, a transição saúde-doença, ou mesmo a transição do próprio cuidador para este novo papel, muitas vezes de forma concomitante. Nesta perspetiva, o EEER desenvolve as suas intervenções no âmbito do cuidado, capacitação e maximização de funcionalidade da pessoa, assumindo-se como um agente facilitador de transições.

O enfermeiro é muitas vezes o prestador de cuidados mais presente junto da pessoa e família em processo de transição, concedendo-lhe um espaço privilegiado para a preparação dos períodos antecipatórios de processos eminentes de transição – como a transição entre as fases do PRC – e facilitação dos processos de aprendizagem e aquisição de capacidades relacionadas com a situação de saúde/doença da pessoa – como a modificação de fatores de risco ou a prática de exercício físico –, minimizando os efeitos negativos sobre a pessoa (Meleis et al.,

2000).

O modelo teórico de médio alcance estabelecido por Meleis et al. (2000) caracteriza-se pela interação dinâmica do conjunto de vários elementos: Natureza das transições: tipos e padrões de transições, propriedades das experiências de transição; Condições das transições: facilitadores e inibidores; Padrões de resposta: indicadores de processo e de resultados; e Intervenções terapêuticas de enfermagem.

De forma a melhor compreender o papel de cada elemento no modelo, importa conhecer a sua conceptualização e de que modo os elementos interagem entre si. Como apoio visual, encontra-se em anexo (ANEXO 2) a expressão gráfica do modelo.

Durante o processo de cuidados, os enfermeiros poderão deparar-se com diferentes tipos e padrões de transições – de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença e organizacionais – devendo identificar se a transição é única ou múltipla, simultânea ou sequencial, qual a sua extensão, e qual a natureza dos diferentes eventos desencadeantes (Meleis, 2010). A pessoa em PRC poderá, também ela, experienciar diferentes transições, não só a de saúde-doença, uma vez que o evento na sua origem, como um EAM, poderá desencadear outros processos, como a perda do papel laboral.

Apesar de complexas e multidimensionais, as transições têm propriedades em comum, que incluem a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo, e eventos e pontos críticos. A consciencialização está diretamente relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento do processo de transição, que é o ponto inicial do processo. Em parceria com a pessoa em PRC, o EEER tem um papel fundamental na consciencialização das transições que esta vivencia, uma vez que esta consciencialização vai ditar o nível de envolvimento – compromisso – da pessoa no processo, sendo que um maior compromisso dita um comportamento mais proactivo e portanto uma maior adesão ao PRC e às alterações de comportamento associadas. (Meleis et al., 2000).

A mudança e a diferença são essenciais ao processo, e, embora semelhantes, não são sinónimos de transição, na medida em que todas as transições envolvem mudanças, mas nem todas as mudanças envolvem transições. A mudança poderá estar relacionada com eventos críticos ou causadores de desequilíbrio, ruturas de relações, rotinas ou ideias, perceções e identidades, sendo fundamental identificar os efeitos e significados para a pessoa (Meleis et al., 2000).

Confrontar a diferença é outra propriedade da transição a considerar, nomeadamente situações de expectativas díspares da realidade ou sentimentos e percepções de diferença (Meleis et al., 2000), devendo ser avaliada a capacidade da pessoa em PRC de gerir as alterações multidimensionais que vivencia e a noção de que a adaptação a estas mudanças são no sentido de um novo estado e não de um pré-existente (Meleis, 2010).

As transições caracterizam-se pela evolução do processo ao longo do tempo, podendo identificar-se um período inicial a partir dos primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por um período de instabilidade, confusão e angústia, eventualmente cessando numa nova fase ou período de estabilidade (Meleis, 2010). O cuidar na ótica das transições não se limita no início e fim de um evento clínico, por exemplo, a intervenção do EEER na fase I não termina na alta da pessoa, é crítico que o EEER a facilite e à transição em segurança para o domicílio, potenciando a adesão à fase II.

Algumas transições estão associadas a eventos marcantes, outras, a eventos mais subtis, sendo que, mesmo durante o processo, podem surgir pontos críticos, que estão associados ao aumento da consciencialização ou a um envolvimento mais ativo de forma a lidar com a mudança ou diferença (Meleis et al., 2000).

As percepções e significados que a pessoa atribui ao processo de transição são influenciados e influenciam as condições sobre a qual este ocorre, pelo que é fundamental compreender que condições – individuais, da comunidade ou da sociedade – facilitam ou dificultam o processo⁴ (Meleis, 2010). O EEER, pela proximidade com a pessoa e família, e pelo seu amplo leque de conhecimentos, tem uma posição privilegiada para identificar e analisar as condições que condicionam o processo, para que, junto da pessoa, desenvolva as intervenções necessárias, potenciando os fatores facilitadores e contornando os fatores barreira, promovendo uma maior adesão ao PRC.

Porque o processo de transição se desenvolve ao longo de um período de tempo, é importante ir validando se este se está a desenrolar no sentido de uma transição saudável, através dos padrões de resposta – indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem sentir-se ligado, não só ao processo mas aos outros atores, interagir no processo, estar situado, e desenvolver confiança e *coping*, demonstrada pelo nível de compreensão dos

⁴- Na componente individual, é essencial identificar os significados atribuídos, crenças e atitudes culturais, *status* socioeconómico e a preparação/conhecimentos prévios. Na comunidade, identificar os recursos facilitadores do processo, e, na sociedade, as crenças/estigmas associados ao mesmo (Meleis et al., 2000).

diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações, pelo nível de utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias adaptativas. Quanto aos indicadores de resultado, são identificados dois, a maestria de novas competências necessárias à gestão da nova situação, e o desenvolvimento e integração fluída da nova identidade, pressupondo um conceito de identidade dinâmico (Meleis et al., 2000), objetivos que se cruzam intimamente com os do EEER e da RC, no sentido da promoção da independência da pessoa para que esta possa, de forma autónoma assumir um novo papel na sociedade.

Nesta ótica, as intervenções terapêuticas de enfermagem constituem-se como ações interventivas, junto da pessoa e família, com o objetivo de fornecer conhecimento e promover a sua capacitação, no sentido de uma transição saudável, onde a pessoa incorpore os novos conhecimentos, modifique o seu comportamento e integre a nova definição de si próprio (Meleis, 2010).

Compreender as propriedades e condições inerentes ao processo de transição, conduzirá ao desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem coerentes com a singularidade da experiência da pessoa e sua família, promovendo assim respostas saudáveis ao processo de transição, identificáveis através dos padrões de resposta (Meleis et al., 2000).

Uma variável fundamental, a ter em consideração na construção deste percurso, foi o contexto clínico em que este iria ter lugar, de forma a analisar que oportunidades de aprendizagem é que as especificidades do contexto me iriam proporcionar. O estágio teve lugar em dois níveis de cuidados distintos, em diferentes momentos – de 23 de setembro a 22 de novembro, numa Unidade de Cuidados na Comunidade de Lisboa, na Equipa de Cuidados Continuados Integrado, e, de 25 de novembro a 7 de fevereiro, teve lugar num Serviço de Cardiologia, num Centro Hospitalar de Lisboa.

Após a clarificação de conceitos, definição da filosofia de cuidados e contextualização dos locais de estágio, foi necessário reler os referenciais orientadores do percurso, previamente descritos, à luz destes âmbitos, no sentido de estabelecer objetivos específicos de aprendizagem, adequados à temática que escolhi e alinhados com as competências que pretendia adquirir/desenvolver ao longo do percurso.

Assim, procurei, ao longo do meu percurso dar resposta aos seguintes

objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática profissional especializada sustentada nas normas deontológicas, que respeite e promova a dignidade e a segurança da pessoa;
- Demonstrar capacidade de gestão de cuidados, integrada numa equipa multidisciplinar, mobilizando e adaptando os recursos existentes;
- Cuidar da pessoa em PRC, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacitar a pessoa em PRC promovendo a reintegração e participação na sociedade;
- Maximizar as capacidades funcionais da pessoa em PRC;
- Promover um processo de transição saudável na pessoa em PRC.

Pretendo, ao longo do relatório, explorar, de forma fundamentada, o modo como as atividades que desenvolvi me permitiram atingir os objetivos que delineei e adquirir/desenvolver as competências necessárias. Neste sentido procurarei conduzir um processo descritivo e reflexivo que me permita integrar o conhecimento teórico e dar-lhe sentido na prática clínica, como conceptualizado por Benner (2001).

O presente relatório está organizado em cinco capítulos distintos, mas complementares. No primeiro capítulo, a introdução, foi identificada a problemática, justificada a sua escolha e pertinência, foram definidos os conceitos mobilizados ao longo do projeto e articulados com a filosofia de cuidados, foram ainda definidos os objetivos do projeto e os contextos em que foi implementado. No segundo e terceiro capítulo, respetivamente, são descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas, em ambos os contextos clínicos, com vista ao desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. No quarto capítulo, uma avaliação sumária do percurso desenvolvido, quais os contributos para a prática e sugestões de investimento futuro. No capítulo final, as conclusões que drenaram de todo o percurso.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo do presente capítulo, pretende-se apresentar uma descrição das atividades desenvolvidas em contexto clínico, a par de uma análise crítica e fundamentada das mesmas, clarificando de que forma concorreram para a consecução dos objetivos delineados e aquisição/desenvolvimento das competências propostas.

Neste sentido, evidencia o desenvolvimento de uma prática reflexiva, que fomenta a aprendizagem através da reflexão sobre situações concretas da prática clínica, devidamente fundamentada na teoria, com o objetivo de planear a ação, considerando a experiência como um dos contributos mais significativos para o crescimento profissional do enfermeiro, como conceptualizado por Patricia Benner (2001). Na mesma perspetiva, Esterhuizen e Freshwater (2008) atribuem com ponto de partida a necessidade de atribuir significado às nossas experiências, procurando desenvolvermo-nos a partir da prática reflexiva, através de um processo contínuo de desconstrução e reconstrução da prática clínica.

Para análise crítica das atividades, estas serão descritas segundo ordem cronológica de acontecimentos, no âmbito dos domínios de competências comuns e específicas, como elaboradas pela Ordem dos Enfermeiros. Como referido, a prática clínica desenrolou-se em dois contextos de estágio distintos, mas complementares, os quais apresento brevemente.

No primeiro momento, junto da ECCL, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação numa ótica mais abrangente, a uma população com um leque de patologias mais variado, nomeadamente AVC, doenças osteoarticulares ou ELA, em fases diferentes do ciclo de vida, o que se traduz numa pluralidade de transições das pessoas e cuidadores. Este seria o contexto onde seria expectável desenvolver intervenções no âmbito da fase III do PRC. Contudo, na ausência de uma estrutura na comunidade que permita a sua implementação, esta resposta não existe. Não obstante, este contexto revelou a sua riqueza na multiplicidade de diferentes oportunidades de aprendizagem, nas restantes áreas de intervenção do EEER.

No segundo momento, no Serviço de Cardiologia, as oportunidades de aprendizagem surgiram no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermagem, Consulta Externa de Reabilitação Cardíaca e Ginásio, pelo que foi possível acompanhar e intervir juntos de diferentes pessoas, com diferentes patologias

cardíacas, no seu percurso ao longo do *continuum* do PRC, no âmbito da fase I e fase II.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Aos enfermeiros especialistas, é-lhes reconhecida competência na sua área de especialidades, além de um conjunto de competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, que englobam “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.” (OE, 2019a, p.4744). Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios, que de seguida se contextualizam no âmbito das atividades desenvolvidas.

1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Transversalmente, todos os enfermeiros atuam em concordância com princípios éticos e legais orientadores da prática clínica, preconizados no Código Deontológico, sendo expectável que o enfermeiro exerça “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.3). Enquanto EE, e à luz do conceito de enfermagem avançada – um nível avançado de prática clínica, através da articulação do conhecimento adquirido pós-licenciatura, o conhecimento aprofundado em enfermagem e a perícia em atender às necessidades em saúde das pessoas/famílias/comunidades (CNA, 2008) – a observância dos princípios éticos que sustentam a profissão ganham especial ênfase na avaliação contínua da prática, em defesa da pessoa e das suas preferências (OE, 2019a), sobretudo considerando a vulnerabilidade acrescida das pessoas em processos de reabilitação.

Neste sentido, foi uma preocupação constante, durante o estágio, conduzir um julgamento clínico das situações que se apresentaram, através duma apreciação que engloba tanto os aspetos relacionados com o diagnóstico clínico, como a experiência da doença para a pessoa e família e os seus recursos para gerir a mesma, como descrito por Tanner (2006). Consequentemente, o conceito de cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006) assume-se como o pilar da minha intervenção e, nesta lógica, no desenvolvimento dos vários processos

de enfermagem, procurei sempre conduzir uma entrevista inicial com a pessoa e família de modo a colher dados que me permitissem conhecer as crenças, valores e expectativas relativamente aos processos de transição que os próprios se encontravam a experienciar. Este é o ponto de partida para um processo de parceria em cuidados, promotor de autonomia, onde mais do que o consentimento informado, a intervenção é negociada com a pessoa e família, no sentido de responder às suas expectativas e ao seu projeto de vida, fomentando a adesão à mesma.

Esta premissa ganha especial relevância face à documentada elevada taxa de não adesão ao PRC e seus componentes, como pude comprovar no estágio no serviço de Cardiologia. Recordando uma situação específica, num primeiro momento de intervenção junto de uma senhora que tinha sofrido EAM, percebi que a sua preocupação era quando poderia voltar a conduzir, pois fazia o transporte diário dos netos para a escola. Isto era o prioritário, não os ensinamentos sobre exercício físico, cessação tabágica ou restante gestão de doença, para os quais se mostrava indisponível. O plano de intervenção foi então delineado segundo esta prioridade, e, quando a senhora sentiu que a sua expectativa teria resposta, envolveu-se ativamente no plano de reabilitação, atingindo os objetivos delineados em parceria.

Na busca de uma tomada de decisão clínica progressivamente mais autónoma e contextualizada na individualidade da pessoa alvo de cuidados, foram discutidas situações com a EO, de forma a complementar o processo de prática reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, garantindo uma maior segurança na prestação de cuidados.

A proteção da privacidade e da dignidade ganham um contorno especial no contexto de reabilitação, pela vulnerabilidade acrescida que a perda de autonomia e funcionalidade conferem às pessoas que atravessam transições neste âmbito. Muitas vezes, por vergonha, a pessoa optava por esconder ou minimizar os seus compromissos na presença de familiares e mesmo do próprio cuidador. E, ainda que fosse um indicador de que a pessoa não estava a experienciar uma transição saudável no sentido de uma nova identidade, podendo mesmo ser considerado um fator preditor de depressão (Andrew, Qian & Valentine, 2002), o meu dever ético e deontológico enquanto EEER é o de respeito pela decisão da pessoa e proteção da sua intimidade, paralelamente ao reajuste do plano com a pessoa.

1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo a OMS, o conceito de qualidade de cuidados refere-se ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejáveis para saúde da pessoa, família ou comunidade, sendo consistentes com PBE e considerando as preferências da pessoa cuidada (WHO, 2020).

No âmbito das DCV, estima-se que sistemas de saúde de elevada qualidade possam prevenir 2.5 milhões de mortes. Esta qualidade caracteriza-se por cuidados eficazes, centrados na pessoa, equitativos, eficientes, integrados, em tempo útil e seguros (WHO, 2020), características que o EE deve contemplar no planeamento, gestão e supervisão dos seus cuidados (OE, 2019).

Aliada à pesquisa e análise de normas de atuação clínica que normalizem a prestação de cuidados, no início de cada estágio existiu a preocupação de me inteirar de documentos/formulários, protocolos e projetos da instituição/serviço sensíveis à prática do EE, de forma a respeitar os procedimentos institucionais, mobilizar os recursos existentes e participar ativamente em projetos de melhoria da qualidade de cuidados.

Estes conhecimentos permitiram-me também, juntamente com as equipas, analisar e discutir a atuação clínica, percebendo pontos-chave suscetíveis de serem ajustados, na ótica da melhoria contínua da qualidade. No âmbito do PRC percebi que, ainda que o programa esteja estruturado ao longo do contínuo de cuidados, estabelecido o papel de cada profissional e os instrumentos a mobilizar, não existe um protocolo escrito que sistematize esta informação. White (2014) salienta a importância de estabelecer protocolos, pois permitem a uniformização de cuidados de excelência com base na melhor evidência científica, maximização dos recursos disponíveis, facilitam a prestação de cuidados individualizados e integrados, e permitem uma avaliação contínua da sua aplicação.

Também no Serviço de Cardiologia, destaco a participação no projeto ERIC, um projeto de investigação que pretende evidenciar os benefícios de uma implementação segura de um plano de RC na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada.

Ainda no âmbito do PRC, na fase II, era prática realizar sessões de educação para a saúde semanais, com cerca de uma hora, onde se abordavam os diferentes temas relacionados com mudanças de FRCV de forma genérica, o que tornava as sessões pouco apelativas e se traduzia numa baixa adesão às mesmas. Assim, foi discutido em equipa o ajuste das sessões para sessões mais curtas, com cerca de

20 minutos, onde o tema abordado seria adaptado à população do grupo, dando espaço a que cada elemento pudesse partilhar as suas questões e expectativas, fomentando a participação e consequentemente a adesão.

Na promoção da melhoria dos cuidados, é fundamental uma avaliação e análise contínuas que permitam quantificar e interpretar os ganhos, no sentido de reajustar ou replicar estratégias (White, 2014). Assim, os registos de enfermagem, além de um elemento fundamental na promoção da continuidade de cuidados, tornam-se numa ferramenta no processo de melhoria de qualidade (McCullen et al., 2014), pelo que foram utilizados para o efeito os sistemas de informação de cada local de estágio (SClínico e Gestcare) e folhas de registo criadas pelos próprios EEER, na ausência de SI que reflitam a atividade do mesmo.

Ainda nesta ótica, foi construída, sob a orientação da EO no Serviço de Cardiologia, uma tabela de análise da atividade do EEER (APÊNDICE 7). Pretende-se que esta tabela sistematize a colheita de dados para análise dos ganhos da pessoa integrada em plano de reabilitação, com recurso a escalas validadas e que refletem a intervenção do EEER. Contudo, esta tabela não é um fim em si e pretende, inclusive, ajudar a caracterizar a população integrada na fase I do PRC e qual a percentagem referenciada para a fase II, no sentido de compreender este fenómeno e potenciar a adesão.

Embora o respeito pela individualidade da pessoa seja uma característica definidora do cuidado centrado na pessoa, é também um dos pilares de serviços de saúde de qualidade (WHO, 2020). O estágio na ECCI foi um momento privilegiado para consolidar competências neste âmbito, uma vez que a área de intervenção é caracterizada por uma população especialmente vulnerável, de grande heterogeneidade linguística e cultural, com um elevado índice de pobreza e baixa escolaridade. Face a isto, foi essencial desenvolver intervenções culturalmente adaptadas, com especial ênfase na comunicação em saúde, no sentido de diminuir a vulnerabilidade e riscos acrescidos, promovendo a igualdade de oportunidades em saúde (Ramos, 2012).

Também neste sentido foi identificada a necessidade de melhor conhecer as respostas sociais e os parceiros em saúde disponíveis, de forma a promover uma intervenção integrada e também a continuidade de cuidados após a cessação da intervenção da ECCI, promovendo uma transição segura, pelo que foi realizada uma formação em serviço sobre os recursos existentes na comunidade.

Segundo a OMS (2020), nos países desenvolvidos uma em cada dez pessoas

sofre danos durante a sua estadia hospitalar, estimando-se que cerca de 50% destas situações seriam preveníveis (WHO, 2019). Como descrito, a segurança dos cuidados está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos mesmos e surge da crescente complexidade dos sistemas de saúde, com o objetivo de identificar, prevenir e reduzir os riscos e danos causados (WHO, 2019).

De forma a promover uma prática segura e prestação de cuidados de qualidade, foram tidas em conta todas as orientações das EO, fundamentais para o treino das técnicas que, ainda que bem cimentadas na teoria, exigiram a aquisição gradual de competências técnicas, nomeadamente no âmbito da RFR e RFM.

O EEER tem um papel fundamental na promoção da ergonomia e utilização adequada da mecânica corporal, que percebi ser reconhecido pelos pares, uma vez que são os próprios que muitas vezes recorrem ao EEER para questionar sobre qual o método mais seguro de realizar determinada transferência ou posicionamento. Em ambos os estágios assumi este papel de consultora, contudo o maior desafio foi a adaptação permanente aos diversos domicílios no contexto de ECCI. Esta adaptação também se refletiu nas intervenções, nomeadamente no âmbito da RFM – com recurso a objetos do domicílio e diferentes estruturas arquitetónicas dos edifícios e ruas –, o que reflete a necessidade de uma monitorização contínua, onde procurei identificar situações de risco para análise e gestão com o envolvimento da pessoa e sua família (WHO, 2019).

1.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

No contexto de ECCI, por se tratar de uma equipa constituída recentemente, tive a oportunidade de ver de que forma se constroem as relações e se definem e cruzam os espaços de intervenção de cada um, sendo a comunicação um fator decisivo para o sucesso deste processo (Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen & Lund, 2012).

Pela natureza da sua intervenção, o EEER é quem estabelece uma relação mais próxima com a pessoa e família, enquanto que os restantes profissionais – nomeadamente, médico, psicólogo, técnica de serviço social – intervêm quando necessário e, habitualmente, por referência do EEER. Para isto, foi fundamental ter presente o meu espaço interventivo e respetivos limites, sabendo reconhecer a necessidade de referenciar e a quem, chamando a mim o papel de gestora de cuidados, consistente com a análise de Camicia, Lutz e Wirt (2014). As autoras consideram o EEER o gestor de cuidados por excelência, uma vez que o seu corpo

de conhecimentos e competências lhe permite estabelecer uma comunicação eficaz entre os vários intervenientes (pessoa, família e equipa de reabilitação), promovendo a utilização ótima de terapias e recursos comunitários através da integração de fatores psicossociais na gestão da doença, maximizando o processo de reabilitação, com especial ênfase em momentos de transição.

De forma a desenvolver um plano terapêutico no âmbito da filosofia da multidisciplinidade, é essencial a cooperação de todos os participantes de forma estruturada e direcionada a objetivos comuns, no sentido de desenvolver planos individualizados e realizar uma avaliação contínua das intervenções estabelecidas (Momsen et al., 2012). Assim, complementarmente aos momentos de articulação pontuais descritos, existiram momentos formais, na forma de reuniões de equipa, onde participei ativamente na discussão de casos clínicos, promovendo uma prática de cuidados integrados na ótica da multidisciplinidade.

Em contexto hospitalar verificou-se especial proximidade entre os vários elementos das equipas, facilitada pela organização dos serviços e o firme estabelecimento de objetivos em comum por um programa já cimentado, onde todos os elementos reconhecem que a complementaridade de cuidados é essencial na promoção de cuidados de excelência e na garantia de segurança do PRC.

Ainda que as intervenções do EEER sejam autónomas, pelo carácter multidimensional da pessoa e família, o plano de reabilitação era sempre pensado à luz do plano terapêutico estabelecido em equipa. Ilustrando com alguns exemplos, em contexto de UCI, era discutida a situação clínica com a equipa médica no sentido de dar resposta às prioridades de intervenção da pessoa, sempre em segurança. Foi gratificante observar o reconhecimento da intervenção do EEER neste contexto, através da referenciação precoce dos restantes profissionais.

Já na enfermaria, a proximidade e articulação com os enfermeiros generalistas foi essencial, nomeadamente pela pertinência dos dados que estes recolhem para a intervenção do EEER e pela possibilidade de delegação de tarefas na sua ausência, permitindo a continuidade de cuidados, contudo, esta delegação, só foi possível pelo exercício do papel de formador para a restante equipa. Neste contexto, a EO também detinha algumas funções de gestão, pelo que foi uma mais valia poder adquirir competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais.

No âmbito da fase II do PRC, as consultas externas e a intervenção em ginásio permitiram apreender e treinar outras formas de articulação. A consulta de

ER decorre paralelamente à consulta médica, é apenas face à necessidade da pessoa que a mesma é referenciada para outros profissionais, nomeadamente, psicólogo ou nutricionista. Tal como descrito por Momsen et al. (2012), a equipa de cuidados é baseada nas necessidades da pessoa, pelo que a sua constituição é dinâmica e mutável, tornando a intervenção eficaz e eficiente. A intervenção no ginásio compreendia sempre uma intervenção multidisciplinar, pelo que tive oportunidade de colaborar ativamente com a fisioterapeuta nos momentos de aquecimento e alongamento e com os técnicos de cardiopneumologia no momento de monitorização de treino de exercício, promovendo transições seguras entre as diferentes fases do treino.

1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

É expectável que o EE preste cuidados baseados na melhor evidência científica, evidência esta que se encontra em constante renovação, pelo que o EE se encontra num *continuum* formativo.

De forma a melhor me preparar para o estágio, além da revisão narrativa realizada no projeto, senti necessidade de rever conhecimentos e aprofundar áreas específicas de intervenção. Ainda assim, foi ao longo dos primeiros turnos que consegui identificar de forma mais precisa as minhas necessidades formativas, que procurei colmatar com recurso a livros de referências e artigos de periódicos constantes em bases de dados, a par da procura de conhecimento junto da EO.

No decorrer do estágio, surgiram ainda oportunidades formativas como a formação em serviço "Anatomofisiologia e Fisiopatologia Cardíaca" (APÊNDICE 5) e o 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação (APÊNDICE 4), promovidos por EEER, que se revelaram valiosos na sistematização da melhor evidência na área e conhecimento de projetos que aplicam esta evidência na prática.

Segundo Benner (2001), se não existir integração e compreensão profunda desta teoria na prática, este pré-conhecimento não se concretiza em perícia, pelo que, como já referido, a prática reflexiva foi o motor de aprendizagem deste processo. Gostaria de destacar um instrumento que evidencia esta prática, o jornal de aprendizagem (APÊNDICE 3) que, construído segundo a lógica do Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), revela o processo posto em prática ao longo do estágio.

No âmbito das formações, além do já descrito, e porque o enfermeiro é considerado o principal educador dentro da equipa multidisciplinar, foram avaliadas as necessidades de construção e atualização de instrumentos de apoio na educação

para a saúde, tendo sido desenvolvido um folheto sobre exercício físico no idoso, a grande maioria da população integrada em ECCI (APÊNDICE 6) e atualizada a formação e folheto sobre exercício físico após a alta no âmbito do PRC (APÊNDICES 8 e 9). Está comprovada a eficácia deste tipo de instrumentos de custo reduzido, contudo, a sua construção deverá considerar as necessidades formativas prioritárias e o nível de literacia da pessoa, devendo ser integrados no processo de educação, de forma a serem mobilizados pela pessoa (Arian, Ramezani, Tabatabaiehe & Kamali, 2016).

Paralelo ao processo de aprendizagem profissional, é importante reconhecer o processo de desenvolvimento pessoal, na medida em que procurei melhor compreender processos internos que possam contribuir ou condicionar o processo de cuidados.

No conceito de cuidado centrado na pessoa, McCormack e McCance (2006) salientam como pré-requisitos, a par da competência profissional, as competências interpessoais, a clareza de crenças e valores e o autoconhecimento, fatores intrínsecos ao enfermeiro que Meleis (2000) reconhece como condições facilitadoras ou inibidoras. Neste sentido, intervim junto das pessoas de quem cuidei com consciência das minhas capacidades e limitações, identificando também situações potencial ou efetivamente geradoras de conflito, as quais procurei gerir com inteligência emocional, na ótica da negociação com a pessoa, família ou profissional (APÊNDICE 3).

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Reabilitação é “a ciência e arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem”, através da intervenção, cientificamente fundamentada, de uma equipa multidisciplinar, que atua com e para a pessoa e família, mobilizando os recursos disponíveis (Hesbeen, 2001, p.52).

Elemento fundamental desta equipa, o EEER tem como missão “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE, 2019b, p.13565), visando nas suas intervenções, entre outros, a minimização do impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível da função cardíaca (OE, 2019b), chamando a si o papel de facilitador de transições.

As competências específicas do EEER encontram-se divididas em três grandes grupos, que evocam o *core* da disciplina, cuidar da pessoa, capacitá-la e maximizar a sua função. Pretendo, neste capítulo, ilustrar de que forma foram adquiridas e desenvolvidas estas mesmas competências, através da análise reflexiva sobre a prática clínica.

1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todo os contextos da prática de cuidados

A ARN (2013) descreve como propósito do EEER facilitar as transições das pessoas com doença crónica ou incapacidade física, para que esta, através da adaptação às suas limitações, alcance o seu potencial, vivendo uma vida plena. Neste sentido, através de uma abordagem holística, o EEER atua em parceria com a pessoa, e restantes elementos da equipa de saúde, na prestação de cuidados integrados, desenvolvidos na ótica do processo de cuidados de enfermagem (CNA, 2008).

Independentemente da especialidade, qualquer processo de cuidados tem início numa avaliação integrada, que permite o diagnóstico das necessidades da pessoa e família. A avaliação da pessoa em processo de reabilitação reveste-se de especificidades próprias da disciplina e caracteriza-se por valorizar o potencial, por oposição ao tradicional enfoque na doença, na limitação, no défice.

O processo de avaliação contemplou, de forma não linear, a consulta de informação clínica, a entrevista junto da pessoa e família/cuidador informal e o exame físico e avaliação da funcionalidade.

Foi possível recolher informação clínica através do processo da pessoa, que permitiu integrar-me do diagnóstico atual, comorbidades, terapêutica e outros tratamentos instituídos ou planeados, consultar métodos complementares de diagnóstico, como análises laboratoriais ou telerradiografia do tórax, e ainda notas dos diferentes profissionais relativamente à evolução da situação clínica, complementada pelas informações discutidas nas passagens de turno e nas reuniões de equipa.

A entrevista, junto da pessoa e/ou família/cuidador informal, pretendeu colher informações como dados pessoais, história pregressa, alterações psicossociais, disponibilidade de recursos sociais, familiares e de saúde/doença e condições habitacionais e de acessibilidade, que, sempre que possível, foram avaliados *in loco*.

O momento da entrevista é muitas vezes o primeiro contato da pessoa com a equipa, sobretudo em contexto de ECCI, pelo que deve ser tomado como um momento privilegiado no estabelecimento da relação terapêutica. É também um momento chave para o EEER identificar os objetivos e expectativas da pessoa, de forma a alinhar o plano de intervenção com os mesmos, ou de forma a desmistificar e ajudar a reajustar objetivos não realistas, no sentido de facilitação da transição saúde/doença, identificando ainda transições passadas e estratégias de *coping* que possam contribuir para o processo atual (Meleis et al., 2010). Foi com alguma tristeza que percebi que a grande maioria das pessoas ficaram surpresas pelo seu envolvimento e responsabilização, o que revela que vivenciamos ainda muito o modelo paternalista no nosso sistema de saúde, o que apresenta um desafio.

No âmbito do PRC, foi também o momento de identificação de FRCV, conhecimentos prévios sobre gestão da doença (como fisiopatologia, terapêutica, exercício físico) e disponibilidade para mudança de comportamentos. Gostaria ainda de salientar a abordagem da esfera da sexualidade, sobretudo em contexto de PRC, por se tratar de uma população mais jovem em que as alterações e limitações, que a DCV impõe, têm maior expressão. Foi necessário criar estratégias de comunicação para abordar esta temática pois, embora tenha um grande impacto na vida da pessoa, é ainda assunto tabu.

A componente do exame físico e avaliação da funcionalidade contemplou uma avaliação integrada de cada componente, sendo a profundidade da avaliação adequada a cada caso. Complementarmente, foram aplicados instrumentos de avaliação validados, como escalas ou questionários, que permitem uma recolha sistematizada e uniformizada de informação, facilitando a sua comunicação e

monitorização de ganhos obtidos.

No âmbito da avaliação neurológica foram avaliados aspetos como o estado de consciência, orientação, atenção, memória, linguagem ou capacidades práticas, complementadas pela aplicação de instrumentos como a Mini-avaliação cognitiva (Mini-Cog), tendo ainda, em situações de alteração, sido avaliados os pares craneanos, neste sentido, criei um guia onde descrevi de que forma foram avaliados e quais as alterações.

Na avaliação da respiração procedi a uma avaliação objetiva e subjetiva, complementadas pela aplicação do Questionário de Dispneia do *Medical Research Council* e a Escala de *Borg* modificada para avaliação da percepção subjetiva do esforço físico. Gostaria de evidenciar neste âmbito o treino da auscultação pulmonar, técnica essencial e que requer prática no sentido de identificar e interpretar de forma inequívoca os ruídos adventícios, no sentido de conduzir a intervenção do EEER na RFR e avaliar os resultados da mesma. Em situações como a presença de secreções, as diferenças na auscultação foram fator motivador não só para a pessoa, mas também para mim enquanto estudante.

Na avaliação neuromuscular, articular e da postura e movimento procedi à avaliação da força muscular com recurso à Escala de Força Muscular *Medical Research Council*, avaliação do tônus muscular com recurso à Escala Modificada de *Ashworth*, avaliação da coordenação de movimentos, avaliação de sensibilidade superficial e profunda, de amplitudes articulares, avaliação do equilíbrio sentado e ortostático estático e dinâmicos, complementada pela avaliação da Escala de Equilíbrio de *Berg*, avaliação da marcha, com recurso Classificação Funcional da Marcha de Holden, avaliação de sintomas e da capacidade funcional com recurso ao Teste de Marcha de 6 minutos, avaliação do risco de quedas com a Escala de Quedas de Morse e de risco de úlceras por pressão com a Escala de Braden.

A avaliação da dor contemplou a aplicação da Escala Numérica da Dor, complementada pela caracterização da mesma.

A avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado contemplou a descrição das alterações nas AVD (ABVD e AIVD), assim como a aplicação de instrumentos como o Índice de Barthel, o Índice de Katz, a Escala de Independência Funcional e a Escala de Lawton e Brody.

A avaliação do cuidador informal contemplou uma avaliação dos conhecimentos e capacidades prévias, percepção da situação atual e preparação para o papel de cuidador, avaliação da sobrecarga, através da Escala de

Sobrecarga do Cuidador de Zarit e ainda a avaliação dos índices de CADI, CAMI e CASI.

Como referi, a avaliação foi individualizada para cada pessoa e respetiva situação de cuidados, tal como a opção dos instrumentos de avaliação. Ainda assim, senti que a aplicação de múltiplos instrumentos de avaliação em tão curto espaço de tempo torna-se fatigante para a pessoa e muitas vezes desmotivante, pelo que foi importante mediar e gerir a prioridade da sua aplicação.

O planeamento das intervenções diferiu muito entre os dois contextos de estágios, se, por um lado, em contexto de ECCI os planos eram mais longos por se tratarem maioritariamente de situações de manutenção ou maximização, de pessoas com incapacidades já instaladas ou doenças degenerativas, por outro, em contexto de Cardiologia, os planos eram mais curtos, direccionados a pessoas com episódio agudo e condicionados pelos curtos tempos de internamento.

Gostaria de evidenciar de que forma o EEER previne complicações para a saúde da pessoa e maximiza o seu bem-estar, suplementando/complementando as AVD, como descrito nos padrões de qualidade (OE, 2015), numa área ainda pouco falada e, contudo, tão emergente, os cuidados paliativos. O EEER tem um importante contributo na manutenção da funcionalidade destas pessoas, complementando outras intervenções na gestão e controlo de sintomatologia como a fadiga, dor e dispneia, potenciando a qualidade de vida da pessoa (Minosso, Souza & Oliveira, 2016).

Em contexto comunitário, prestei cuidados a um senhor, de XX anos, com ELA num estágio já bastante avançado, com insuficiência respiratória que condicionava recurso a VNI no período noturno, diminuição de reflexo de tosse, tetraplegia e anartria instaladas, sendo as suas necessidades de alimentação e hidratação supridas por PEG. Este senhor residia no domicílio com a esposa e uma cuidadora particular.

A esclerose lateral amiotrófica é uma doença neurodegenerativa que produz uma série de sintomas, incluindo diminuição da força e perda da massa muscular, fadiga, espasticidade, distonias, espasmos musculares, disfagia, disartria, alterações respiratórias e ainda alterações cognitivas e comportamentais. Com uma esperança média de vida de 3 a 5 anos desde o diagnóstico, a causa mais comum de morte da pessoa com ELA é a falência da musculatura respiratória (Majmudar, Wu & Paganoni, 2014).

O percurso da doença nem sempre é linear mas o EEER tem um papel

decisivo, desde as fases iniciais, na satisfação das necessidades da pessoa/família e na gestão da sintomatologia, permitindo que a pessoa mantenha a sua autonomia e independência de forma segura face às limitações que se instalam.

Neste caso, os objetivos principais da minha intervenção prenderam-se com a prevenção de complicações associadas às alterações do padrão respiratório e ausência do reflexo de tosse, prevenir a instalação da espasticidade e alterações associadas à imobilidade, no sentido de promover a qualidade de vida do senhor (Mamjudar et al., 2014; Orsini et al., 2015). Assim, a intervenção centrou-se na RFR, com recurso a *CoughAssist*, de modo a manter a permeabilidade das vias áreas e prevenir infeções respiratórias, e na realização de mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, complementando com posicionamento em padrão anti-espástico (Orsini et al., 2015). Foi uma aprendizagem fundamental, não só no sentido de treinar a aplicação das várias técnicas mas também de perceber a real dificuldade da sua aplicação em pessoas que, dado a sua condição, não tem capacidade de colaborar, desafiando-me a criar estratégias neste sentido.

Transversalmente, foram implementadas intervenções de apoio emocional e gestão de expectativas relativamente à progressão de doença junto do casal, para que tomassem decisões informadas sobre os objetivos dos cuidados. Foram ainda desenvolvidas intervenções junto da cuidadora para uma contínua capacitação da mesma face à mutabilidade das necessidades, nomeadamente treino de transferências e posicionamentos (Majmuda et al., 2014).

Situações como a descrita obrigaram-me a colocar a intervenção do EEER em perspetiva, olhar além do cuidar com intenção de recuperar, e cuidar com intenção de confortar, de promover a qualidade de vida da pessoa e da família, promovendo uma transição no final de vida com dignidade.

Analisando o descritivo da competência, as intervenções desenvolvidas na fase I do PRC são as que mais se cruzam com o cuidar das pessoas "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." (OE, 2019, p.13566).

Coerente com o descrito na revisão narrativa, o PRC iniciava-se desde as 12/24horas, ainda em contexto de UCI, desde que assegurada a segurança do mesmo. Posteriormente, com a evolução do internamento, e estabilidade do quadro, a pessoa transitava para a enfermaria, onde continuava a fase I, tendo alta com referência para a consulta de PRC, para integração na fase II, desenvolvida no

ginásio do mesmo hospital.

Paralelamente ao carácter evolutivo do internamento, as intervenções no âmbito da fase I do PRC progridem no sentido da adaptabilidade da pessoa à sua nova condição. Se, numa fase inicial, o EEER substitui a pessoa na satisfação das suas AVD, pretende-se, com a evolução do internamento e PRC, que a pessoa transite no sentido da independência e autonomia na gestão da sua patologia.

Na sua grande maioria, as pessoas de quem cuidei no âmbito do PRC tinham sofrido um EAM, embora, como descrito na revisão, os benefícios da RC não se extingam nesta patologia.

Os planos de ER desenvolvidos no âmbito da fase I contemplaram dois pontos fundamentais, a componente de exercício, iniciada com mobilizações precoces, integrando o treino de AVD, e a componente educacional, com ênfase na mudança de FRCV.

De forma a iniciar a intervenção em segurança, foram tidas em conta as recomendações da AACVPR (2013) que dita que a pessoa não deverá apresentar dor precordial nas últimas 8 horas ou indicadores de insuficiência cardíaca descompensada, que os valores de creatina quinase e troponina deverão estar estáveis ou a diminuir e que ritmo cardíaco e ECG se deverão apresentar estáveis nas últimas 8 horas.

Integrada na avaliação inicial da pessoa, esta especificidade demonstra a capacidade que procurei desenvolver de adequar a minha avaliação aos diferentes requisitos de cada situação. Na minha atividade profissional, não é comum a interpretação de ECG, pelo que foi uma lacuna que procurei colmatar para me tornar mais capaz de avaliar alterações, tornando a minha avaliação mais completa e segura.

Coerente com as *guidelines* estudadas, os planos de reabilitação foram estruturados à luz do protocolo instituído que preconizava uma introdução de atividade incremental, adequada à resposta fisiológica da pessoa, pelo que foram tidos em conta as respostas adversas, identificadas na introdução, para cessação ou reajuste da intervenção. Neste sentido, foram avaliadas, no início, durante e fim de cada sessão, a pressão arterial, a frequência cardíaca, a saturação periférica e a perceção de esforço (Escala de Borg modificada). Em contexto de UCI a pessoa encontrava-se monitorizada de forma contínua, já na enfermaria, apenas quem apresentasse comorbilidades que justificassem, manteria monitorização ECG por telemetria.

Todas as sessões eram iniciadas por RFR - posição de relaxamento e conforto, consciencialização e dissociação de tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática – no sentido de prevenir défices ventilatórios associados à imobilidade e capacitar a pessoa para coordenar a respiração com os exercícios gradualmente introduzidos, treinando a técnica de conservação de energia.

A primeira sessão, após estabilização, era desenvolvida no leito, com a introdução de exercícios isométricos e, posteriormente, de mobilizações ativas das articulações. Os cuidados de higiene eram realizados no leito com progressiva participação da pessoa.

Mantendo a estabilidade, progredia-se para o treino de levantar e transferência para cadeirão, após o qual os exercícios isométricos e mobilizações ativas seriam realizados na posição sentada. Da mesma forma, os cuidados de higiene eram agora assistidos no wc, em posição sentada.

Nesta fase, eram introduzidos os exercícios de aquecimento na posição ortostática e o treino assistido de marcha de 5 minutos em plano regular. A pessoa era agora assistida nos cuidados de higiene no wc em posição ortostática.

A par da progressão no sentido de maior independência na satisfação das AVD, e dependente da ausência de contra indicações, poderia escalar a intensidade do exercício até ao treino de marcha de 10-15 minutos, e treino de subida de lance de escadas de 12 degraus, com possível progressão até 24.

A componente psicossocial tem um grande impacto na pessoa e não deve ser desvalorizada, o autor Yohannes et al (2010) salienta que a melhoria da condição física da pessoa nem sempre se traduz na melhoria da sua condição psicológica, evidenciando a necessidade de existirem intervenções direcionadas ao risco e presença de depressão e/ou ansiedade, muitas vezes relacionado com expetativas irrealistas. A promoção da relação terapêutica levada a cabo, fazendo uso de técnicas como escuta ativa e comunicação empática, permitiu que a pessoa expusesse os seus receios e dúvidas, no sentido de, em parceria, estabelecermos estratégias de *coping* eficazes (AACVPR, 2013).

Paralelamente à componente física, foi desenvolvida a componente educacional da fase I, cuja importância tem sido largamente discutida no presente relatório. Esta abordagem teve início ainda na avaliação inicial, como já referido, com a identificação do FRCV, de forma a promover uma intervenção individualizada na gestão dos mesmos e adoção de estilos de vida saudáveis. Por se tratar de um internamento curto, as temáticas abordadas foram priorizadas conforme o

percecionado como mais emergente, a par do que a evidência demonstrou. Sempre que possível, as intervenções educacionais eram estendidas à família, já que a mesma tornava-se fator facilitador na mudança de comportamentos (Meleis et al., 2000).

Tendo sempre presente a preparação da alta, o PRC foi apresentado à pessoa, explorados os seus objetivos, as diferentes fases e respetivos componentes, promovendo, desde o início, a adesão às restantes fases do PRC. Foram realizados ensinamentos sobre a patologia, o procedimento a que a pessoa tinha sido submetida e a terapêutica instituída, fomentando adesão à mesma, e ainda ensinamentos para aquisição de competências de sobrevivência, ou seja, identificação de sinais e sintomas de alerta, quais os recursos em situação de emergência e como os mobilizar.

Ainda na preparação da alta, e após a identificação dos hábitos anteriores ao internamento, eram discutidas estratégias de integração de mudanças de comportamento, dando grande ênfase à componente do exercício físico. Além da prescrição de exercício físico, a ser introduzido de forma incremental após alta, foi realizado ensino da autoavaliação do pulso radial para que, além dos restantes sinais e sintomas de alerta, a pessoa soubesse interpretar a sua resposta fisiológica ao exercício físico, capacitando-a para uma gestão autónoma do mesmo. Neste âmbito, foram ainda ensinadas estratégias de conservação de energia a adotar no domicílio e local de trabalho, além da técnica respiratória treinada durante o internamento.

As estratégias de ensino foram adequadas à pessoa que se encontrava à minha frente, não só aos seus hábitos anteriores, mas a fatores relacionados com a educação para a saúde, nomeadamente nível de escolaridade ou preferências, tendo recorrido a materiais de apoio, como folhetos ou diapositivos (APÊNDICES 8 e 9), e a estratégias de maior adesão como sessões de ensino e esclarecimento de dúvidas em pequenos grupos.

A promoção da adesão ao PRC e aos seus diferentes componentes foi uma preocupação transversal à minha intervenção. Como descrito na introdução, apesar dos benefícios, a sua subutilização é ainda muito grande, e, enquanto EEER, tenho um papel premente na mudança deste quadro. Por se tratar de uma situação com múltiplas mudanças, é uma transição percecionada como assustadora e assoberbante pela pessoa e pela família, o que pode conduzir a esta subutilização dos serviços de saúde, com ausência ou redução de ganhos em saúde (Camicia,

Lutz & Wirt, 2014). Os mesmos autores evidenciam que o core de competências do EEER lhe permite uma articulação ótima entre as diferentes respostas de saúde e recursos na comunidade, integrando os fatores psicossociais na gestão da doença, dando sentido à expressão “facilitador de transição”.

Em contexto hospitalar, como já referido, tive a oportunidade de experienciar diferentes contextos e, embora não detivesse competências suficientes para maximizar as minhas aprendizagens em contexto de UCI, procurei rentabilizar as situações que se apresentaram, sempre sob o olhar atento do EO, de forma a assegurar a segurança dos cuidados prestados.

Tive a oportunidade de prestar cuidados, em contexto pré-operatório, a um senhor de 73 anos que iria ser submetido a CABG. As pessoas submetidas a CABG, além dos riscos inerentes à intervenção, apresentam ainda risco de complicações associadas à imobilidade e complicações respiratórias, que podem incluir alterações na função pulmonar e das trocas gasosas, perda de eficácia do reflexo da tosse, atelectasias e infeções respiratórias (Savci et al., 2011).

Herdy et al. (2008), através de um estudo randomizado, comprovaram que a inclusão, ainda em pré-operatório, destas pessoas na fase I do PRC associada a intervenções de RFR, reduzem a taxa de complicações pós-operatórias, reduzindo a estadia hospitalar.

Já tendo abordado as intervenções inerentes à fase I do PRC, irei agora evidenciar as intervenções no âmbito da RFR, que, a par da vertente educacional, pretenderam consciencializar a pessoa e capacitá-la para a transição iminente, constituindo esta intervenção uma condição facilitadora da mesma. Assim, nas sessões pré-operatórias foram ensinadas e treinadas as seguintes técnicas: posição de relaxamento e conforto, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática com ênfase na fase inspiratória (com recurso a espirómetro de incentivo), tosse com contenção de sutura e treino dos músculos inspiratórios. Embora, inicialmente, o senhor não se encontrasse motivado para as sessões de reabilitação, progressivamente mostrou disponibilidade, manifestando que as mesmas lhe permitiam sentir “algum controlo” (*sic*) sobre a situação, o que reduziu a ansiedade sentida.

Não tendo tido oportunidade de acompanhar este senhor no pós-cirúrgico, pelas condicionantes organizacionais, tive oportunidade de intervir junto de uma senhora de 56 anos, já em contexto de enfermaria, também submetida a CABG. O plano de reabilitação tinha sido iniciado em contexto de UCI, pelo que foi dada

continuidade ao mesmo. Savci et al. (2011) demonstraram os ganhos em saúde e a segurança da associação de RFR à fase I do PRC no pós-operatório imediato, através da continuação das intervenções iniciadas no pré-operatório, demonstrando uma recuperação mais rápida da capacidade funcional, e, portanto, uma progressão mais rápida na participação nas AVD, associada à redução da ansiedade e depressão. Gostaria de salientar que, no pós-operatório, senti uma grande renitência por parte da senhora na participação das sessões, por receios relacionados com a ferida cirúrgica e o medo de sentir dor, pelo que foi fundamental respeitar o tempo da pessoa e desconstruir estes medos através da vertente educacional, de forma a potenciar a sua adesão.

Ao longo de todos os processos de enfermagem desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio, foi sendo avaliada a eficácia das intervenções implementadas, não só no sentido de perceber os ganhos em saúde, muitas vezes fator motivador e de adesão, mas também de reajustar o plano de intervenção quando os resultados obtidos não eram os esperados ou quando havia alterações. Esta reavaliação foi essencial de forma a delinear, progressivamente, planos cada vez mais individualizados e ajustados às necessidades da pessoa e família, e treinar a minha perícia como conceptualizada por Benner.

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

A OMS (2001) propõe, na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, um conceito de deficiência que integre a visão biomédica e social, conceptualizando a deficiência como o resultado de uma relação complexa entre as condições de saúde e fatores individuais da pessoa e fatores externos que representam as circunstâncias de vida da mesma. Assim, a sua gestão não deve somente ser direcionada aos fatores individuais, mas integrar uma abordagem social, no sentido de adaptar o ambiente promovendo o desenvolvimento da atividade e a participação plena da pessoa com deficiência. A OMS (2001) conceptualiza, neste contexto, atividade como a execução de determinada tarefa ou ação intencional pela pessoa, considerando participação como o envolvimento do próprio nas situações que caracterizam a sua vivência. A sua limitação e restrição, respetivamente, referem-se às dificuldades que a pessoa pode experienciar na execução das atividades e envolvimento nas situações.

Hastbacka, Nygard e Nyqvist (2016) apontam como fatores barreira à

participação da pessoa a presença de doença crônica e/ou perda de funcionalidade, ausência de motivação, atitude paternalista por parte dos profissionais de saúde e estabelecimento de objetivos pouco claros. Torna-se assim evidente a importância de uma reabilitação direcionada à pessoa como ser biopsicossocial, que pretende atender às necessidades da mesma e promover a sua reinserção social, considerando o seu meio envolvente, no que Hesbeen (2001) considera ser um projeto social.

Importa antes de mais, diferenciar independência de autonomia, conceitos distintos mas muitas vezes confundidos, sobretudo em situações recentes de incapacidade. Independência refere-se à capacidade da pessoa de realizar as tarefas necessárias para satisfação das suas AVD e, complementarmente, autonomia refere-se à sua capacidade de decisão. Cardol (2001) refere mesmo que a recuperação de autonomia é o grande objetivo do processo de reabilitação centrada na pessoa, sendo para isso necessário que o EEER forneça informação e promova a adaptação do seu ambiente, para que a pessoa tome as suas decisões devidamente informada e sem limitações do meio, na persecução do seu projeto de vida e realização pessoal.

Assisti, nalgumas situações, à própria família a substituir a pessoa nas suas decisões, não com o intuito de causar dano, mas ignorando que esta atitude paternalista prejudica o exercício da autonomia da pessoa e o seu processo de reabilitação. É, portanto, importante sensibilizar a família para a importância da promoção da autonomia da pessoa, facilitando a sua participação familiar.

Gostaria de evidenciar o caso alvo de estudo (APÊNDICE 1) de um senhor de 70 anos, com diagnóstico de AVC do cerebelo, que, após a alta hospitalar, frequentou uma UMDR onde iniciou um plano de reabilitação que contemplava o treino de AVD. Posteriormente encaminhado para a ECCI, foi no domicílio, face ao seu ambiente e aos obstáculos que o mesmo impunha, que este treino ganhou sentido. Assim, foi dada continuidade ao treino de AVD no ambiente da pessoa, tendo sido necessárias adaptações do domicílio, como a instalação e utilização de produtos de apoio que maximizassem a sua independência.

Este senhor, tal como a esposa/cuidadora, tinham uma vida social ativa previamente ao AVC e era um dos seus objetivos recuperarem esta vivência. Obembe e Eng (2015) conduziram uma revisão sistemática que destacou a participação social como um dos grandes objetivos da pessoa na recuperação pós AVC, salientando a efetividade de intervenções de reabilitação neste sentido,

sobretudo quando a prática de exercício físico é um dos componentes do plano. Esta prática potencia a mobilidade, o equilíbrio e a resistência, reduz a fadiga e a ansiedade, promovendo ainda o aumento da confiança e motivação da pessoa.

Foram estudadas, com o casal, hipóteses para a sua reinserção, como a integração em Centro de Dia ou a retoma gradual das suas atividades com recurso a cadeira de rodas para deslocações no exterior – no domicílio já se deslocava com recurso a andarilho, contudo ainda não tinha realizado treino no exterior e a cuidadora não se sentia capacitada para fazer o acompanhamento posterior, tendo receio de uma possível queda em ambiente menos controlado, considerando a ataxia e diminuição de força muscular e equilíbrio descritas no estudo de caso. Contudo, estas respostas não faziam sentido ao senhor que não só não se identificava com a resposta comunitária de Centro de Dia, como não pretendia retomar a sua participação social em cadeira de rodas, mesmo que isso implicasse adiar esta retoma. É comum os serviços comunitários não serem ajustados à individualidade da pessoa, pelo que, apesar de ser esse o seu objetivo, muitas vezes não é uma opção viável para a retoma da participação social (Obembe & Eng, 2015).

Picado, Almeida e Pereira (2019) conduziram um estudo que evidenciou que as pessoas que sofreram AVC demonstram menor autoconfiança, uma atitude menos positiva em relação ao seu corpo, apresentando alterações de autoimagem relacionadas com as alterações de funcionalidade, sequelas do AVC. É importante ter em consideração a perceção da pessoa do seu próprio corpo, de forma a que se estabeleçam estratégias que permitam à pessoa integrar a sua nova identidade de forma saudável, combatendo comportamentos que potenciem o isolamento social e alterações como ansiedade e depressão. A motivação da pessoa dita o seu envolvimento no processo de transição, pelo que a sua promoção é essencial, devendo o EEER implementar pequenas estratégias, como o reforço positivo e promoção do envolvimento da família, fomentando a adesão ao plano de reabilitação.

No exemplo em consideração, conjuntamente com a EO, foi identificado o potencial para marcha eficaz com recurso a andarilho no exterior, com apoio da cuidadora, de forma a fomentar e reintegração social do casal, pelo que foram incluídas, no plano, intervenções que atendessem a este objetivo, como o treino de marcha com andarilho em diferentes pisos, treino de subir e descer escadas com recurso a bengala, treino de força muscular, treino de coordenação motora e treino

de equilíbrio, tendo sido desenvolvidas, paralelamente estratégias junto da cuidadora para a sua capacitação neste âmbito, de forma a que se sentisse segura e capaz de acompanhar o senhor. A motivação de ambos foi fulcral para o sucesso das intervenções, tendo sido possível, ao longo das visitas, realizar pequenos passeios no exterior do domicílio, onde o senhor encontrou vizinhos e amigos com quem não interagira desde o internamento, fomentando, ainda mais, a sua motivação para seguir o plano de reabilitação.

O treino de AVD, já referido no exemplo anterior foi desenvolvido de forma transversal em ambos os contextos de estágio, atendendo às diferentes necessidades da pessoa e do cuidador, e foi uma das intervenções que mais contribuiu para a capacitação das pessoas cuidadas. A MCEER (2011, p.1) frisa mesmo que “um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado”, discriminando dois grupos dentro das AVD, as atividades básicas de vida diária – que se referem ao cuidados pessoal – e as atividades instrumentais de vida diária – que remetem para as atividades domésticas e comunitárias.

Em contexto comunitário este treino foi especialmente desafiante, dadas as diferentes características das pessoas e do seu ambiente, o que tornou cada treino único, à luz da individualidade da pessoa e dos recursos disponíveis. As situações em que a importância do treino de AVD se tornou mais evidente envolviam perdas de funcionalidade ou limitações relacionadas com o AVC.

O AVC, independentemente da etiologia ou território afetado, acarreta elevadas perdas de funcionalidade e, portanto, elevados níveis de dependência. Está comprovada a relação entre maiores níveis de dependência nas AVD e uma maior incidência de depressão e redução da qualidade de vida da pessoa que sofreu AVC, sendo possível contrariar estes fenómenos com a capacitação da pessoa e família (Haghighi, Pazuki, Hosseini & Russafiani, 2013).

A intervenção nas AVD não deve ser desvalorizada, visto que as atividades de lazer, como ler, escrever, frequentar eventos sociais ou conduzir um carro, são as que as pessoas mais associam à recuperação do seu bem-estar, sendo portanto essencial avaliar o impacto do AVC na sua satisfação e incorporar intervenções que atendam à sua reintegração no processo de reabilitação, tal como evidenciado no exemplo discutido anteriormente (Sveen et al., 2004).

Como referido, o planeamento e execução do treino de AVD teve em consideração não só as necessidades da pessoa e família, mas também os recursos

e as condições do domicílio. No âmbito do treino da higiene pessoal deparei-me com diferentes realidades e potencialidades de adaptação das casas de banho, não só pelo espaço disponível, mas também pela organização do mesmo, sendo que algumas casas de banho dispunham de banheira e outras de poliban. Foi assim possível treinar a minha decisão clínica no âmbito da prescrição de produtos de apoio, como barras de apoio, cadeiras ou tábuas de banho, alteadores de sanita ou outros acessórios como esponjas de cabo (Vigia, Ferreira & Sousa, 2017).

No âmbito do vestir e despir os mesmo autores evidenciam a importância da utilização de roupa adaptada, que potencie a independência, nomeadamente roupa larga, com mecanismos de fácil utilização, como velcro e molas de pressão. O ato de vestir e despir também foi treinado, iniciando pelo lado lesado no vestir, e terminando no lado lesado no despir. Percebi que, além de ser fundamental para a pessoa reconquistar a capacidade de se vestir e despir, é também fundamental que a roupa traduza a sua individualidade, reduzindo o já grande impacto que o AVC tem na sua autoestima, pelo que apreendi ser benéfico tentar, sempre que possível, adaptar as roupas já existentes às necessidades atuais.

No treino da alimentação procurei conjugar o treino adaptativo, onde fiz uso de produtos de apoio como talheres e copos adaptados e pratos com rebordo, com a reintrodução da refeição enquanto fenómeno social e familiar, fomentando a participação da pessoa e prevenindo a sua exclusão.

O treino de locomoção e transferência foi talvez dos mais desafiantes pelo medo e risco de queda inerentes, contudo, é importante que o EEER transmita segurança à pessoa na sua capacitação. Gostaria de relembrar o exemplo do estudo de caso (APÊNDICE 1), onde foi desenvolvido um treino de marcha e subir e descer escadas progressivo, com recurso a diferentes tipos de auxiliares de marcha, complementado pela capacitação da cuidadora, no sentido da reintegração social de ambos. No âmbito das transferências, além do treino da técnica, foi importante a adaptação do espaço onde as transferências decorrem, de modo a que sejam executadas em segurança para a pessoa e para o cuidador, respeitando os princípios de mecânica corporal, recorrendo a produtos de apoio adequados, como a tábua de transferências ou o disco giratório (Vigia et al., 2017).

Foi gratificante poder acompanhar e participar neste processo de recuperação de autonomia e independência, percebendo o significado que algo, aparentemente tão simples, como escovar o cabelo acarreta para a pessoa, devolvendo-lhe a autoestima, tal como evidenciado por Picado et al (2019).

Em contexto hospitalar, embora se almeje esta individualização dos cuidados, o facto de não estarmos no ambiente da pessoa condiciona esta vertente, pelo que procurei colher o máximo de informação neste sentido, fornecendo estratégias à pessoa de adaptação pós a alta e simulando situações que pudesse depois encontrar, como por exemplo, utilizar as várias áreas do serviço hospitalar para treino de marcha em pisos diferentes.

O treino de AVD foi um elemento central na minha intervenção junto da pessoa em PRC fase I, como demonstrado na análise da competência específica prévia. As diferentes AVD foram introduzidas de forma incremental, do ponto de vista da complexidade e gasto energético, assegurando a segurança desta intervenção (AACVPR, 2013). Assim, foram introduzidas, progressivamente, atividades no âmbito da higiene pessoal, do sentar, das transferências, do levantar, do treino de marcha e de escadas, tendo sido desenvolvidas estratégias adaptativas e recorrido a produtos de apoio sempre que necessário (MCEER, 2020).

Este treino pretendeu a capacitação da pessoa para o autocuidado considerando a sua nova condição, pelo que foram também ensinadas e treinadas técnicas como a técnica de conservação de energia que permitissem à pessoa desenvolver as suas atividades de forma eficaz e sem risco acrescido.

Uma estratégia transversal de conservação de energia é coordenação da respiração com o movimento, sendo que Santa-Clara e Pezarat-Correia (2016), citados pela MCEER (2020), recomendam coordenar a expiração com a fase concêntrica e a inspiração com a fase excêntrica do movimento, reduzindo assim o esforço respiratório e cardíaco.

As técnicas de conservação de energia são também um elemento fundamental na capacitação da pessoa com insuficiência cardíaca (IC), uma população vulnerável, de quem tive a oportunidade de cuidar em contexto hospitalar.

A pessoa com IC experiencia diferentes sintomas, nomeadamente fadiga e dispneia, que condicionam a satisfação das suas AVD. O impacto negativo que a IC tem na capacidade funcional está largamente documentado, sendo que o risco da pessoa com IC apresentar limitações funcionais é 50% superior à pessoa sem IC (Hibino & Gorniak, 2021). Os mesmos autores evidenciam que cerca de 26,7% das pessoas com IC apresentam dependência na satisfação de pelo menos uma ABVD e cerca de 75% apresentam dependência na satisfação de pelo menos uma AIVD.

Complementarmente, Norberg, Boman e Lofgren (2008) conduziram um estudo que relacionou as perdas de funcionalidade com a idade e a classificação da

New York Heart Association (NYHA), que contempla quatro graus (I a IV) descritores de presença e/ou grau de sintomas face ao esforço. Os autores apuraram que pessoas mais idosas com IC, independentemente da classificação NYHA, demonstram maior dependência na realização das AVD, sendo que, as que apresentam maior intolerância ao esforço, ou seja grau III/IV (NYHA), demonstram proporcionalmente maiores graus de dependência.

Torna-se assim evidente a importância de estabelecer um processo de reabilitação que promova a capacitação da pessoa e recuperação da sua autonomia e independência, sendo as técnicas de conservação de energia uma parte fundamental neste processo, estando a sua implementação relacionada com melhores resultados funcionais e redução de incidência de depressão (Norberg et al., 2017).

Vatwani e Margoni (2019) destacam algumas estratégias de conservação de energia, que foram ajustadas à individualidade e recursos de cada pessoa de quem cuidei. Destacam a importância da organização do espaço – de forma a reduzir o esforço para realizar tarefas comuns, como por exemplo, manter os utensílios de cozinha ou wc em locais ao nível da pessoa, evitando recorrer a armários altos ou baixos –, assim como da organização do tempo, de forma a que não coincidam diferentes eventos de elevado dispêndio energético num curto espaço de tempo. Os autores sugerem também a simplificação de tarefas – como por exemplo, repartir a limpeza da casa em vários dias, recorrendo, sempre que possível, a eletrodomésticos –, salientam a importância de utilizar técnicas corretas de mecânica corporal, nomeadamente no levantamento de pesos, como as compras, e recorrer, quando necessário, a produtos de apoio como cadeiras de banho, que permitam à pessoa satisfazer as suas ABVD e AIVD na posição sentada, reduzindo o esforço cardiorrespiratório.

Ao longo das sessões de PRC, senti o receio das pessoas de quem cuidava, receio de que qualquer atividade pudesse desencadear novo episódio agudo. Ahlund, Back e Sernet (2013) referem que, após evento agudo, é expectável que as pessoas demonstrem elevados níveis de cinesiofobia – medo do movimento –, que deverão decrescer ao longo do tempo, sob risco de comprometerem a recuperação funcional da pessoa e o sucesso da prevenção secundária. Os mesmo autores evidenciaram que a participação num PRC se traduziu na redução da cinesiofobia, a par do incremento da atividade e exercício físico, no sentido de uma maior capacitação da pessoa.

Na intervenção junto destas pessoas procurei desconstruir o medo, promovendo a escuta ativa, de forma a perceber a sua origem e incidir sobre a mesma. Na sua maioria, a cinesiofobia estava intrinsecamente relacionada com a falta de conhecimentos e auto percepção ineficaz, pelo que os ensinamentos sobre a prática de exercício físico e o treino supervisionado foram elementos facilitadores na transição para uma nova identidade, uma identidade segura, capaz de gerir a prática de exercício físico, pois foi na capacitação, a pessoa compreender o que mudar, como e porquê, que esteve a chave para a adesão à mudança, tal como evidenciou Song (2003), que relacionou a adesão ao PRC com o aumento da percepção de auto eficácia, adoção de comportamentos de saúde e consequente aumento da qualidade de vida.

A capacitação da pessoa com DCV está intrinsecamente relacionada com a capacitação na gestão da doença, surgindo assim o conceito de prevenção secundária, com os objetivos de reduzir o risco cardiovascular, promover a adoção e adesão a hábitos de vida saudáveis, reduzir o impacto da incapacidade e promover a qualidade de vida da pessoa e família (Balady et al., 2000).

Esta capacitação inicia-se ainda no internamento, fase I, como descrito na competência específica anterior, mas não se esgota aí, a capacitação na adoção de estilos de vida saudável tem maior expressão na fase II do PRC. Isto acontece sobretudo pelo tempo disponível para intervenção neste âmbito, além da disponibilidade psico-emocional da pessoa, que percebi ser um fator decisivo, já que na fase imediata pós-evento a pessoa poderá não estar disponível para ensinamentos ou treinos, visto ainda se encontrar a gerir o evento, como aconteceu na situação alvo de estudo (APÊNDICE 2).

As pessoas junto de quem intervimos, em contexto de fase I e fase II do PRC, experienciavam a transição saúde-doença crónica, não compreendendo que, de forma a atrasar ou mesmo regredir a doença aterosclerótica, é necessária a adoção de hábitos de vida saudáveis que irão acompanhá-las ao longo da sua vida.

Como exemplo, cerca de 50% das pessoas que sofreram EAM descontinuaram a terapêutica protetora nos três anos seguintes do evento, muitas delas por se sentirem bem e não compreenderem o objetivo da terapêutica. Contudo, Shah et al (2009) evidenciaram que as intervenções individualizadas do PRC promovem um aumento da adesão a este tipo de terapêutica a longo prazo.

Estas pessoas não se sentiam situadas nem lhes faziam sentido as intervenções de prevenção secundária, ambos indicadores do processo de uma

transição saudável.

A AACVPR (2013) sugere que seja realizada uma avaliação da preparação para a mudança, que não contemple apenas a identificação do conhecimentos prévios mas também da força motivadora para mudar determinado comportamento, relacionando os objetivos de mudança de comportamento com os objetivos de vida, por exemplo, o aumento da aptidão física permitirá o regresso mais cedo ao trabalho ou a participação em atividades de lazer do interesse da pessoa.

Michelsen et al. (2018) comprovaram que a implementação de intervenções de enfermagem individualizadas, que atendam às características e necessidades da pessoa, promovem uma maior adoção de estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, melhor gestão dos FRCV, o que se traduziu na redução do colesterol total e LDL, da pressão arterial e cessação tabágica.

A intervenção do EEER tem efetivamente um caráter transformador na forma como a pessoa se vê e se relaciona com a sua patologia, assumindo a responsabilidade pela gestão e controlo dos fatores modificáveis, por oposição a aceitar, e muitas vezes não aderir a longo prazo, a planos generalistas que não compreende nem se revê nos objetivos. Ades et al. (2013) enumeram algumas estratégias chave na promoção da adesão ao PRC e mudanças de comportamento daí decorrentes: realizar entrevista motivacional, estabelecer metas individuais e exequíveis, explicar a prescrição de exercício físico, promover a gestão de problemas que interfiram na adesão, reconhecer o alcançar de objetivos da pessoa, através de reforço positivo e *feedback* contínuo e promover intervenções em grupo sempre que façam sentido à pessoa.

As intervenções em grupo, nomeadamente as sessões de educação para a saúde conduzidas no decorrer da fase II do PRC, demonstraram ser bastante produtivas, promovendo um ambiente em que as pessoas se sentiam confortáveis para partilhar as suas dúvidas e receios, encontrando apoio em pessoas que experienciam transições semelhantes. Dois dos temas que mais suscitaram dúvidas e foram discutidos neste momento referiam-se ao reinício da atividade sexual e ao momento de regresso ao trabalho.

Previamente referida, a temática da sexualidade é ainda hoje tabu, mesmo entre os profissionais de saúde, que se sentem inibidos de abordar esta temática, por sentirem que estão a invadir a privacidade da pessoa (Steinke et al, 2013). Foi curioso observar que a própria pessoa toma a iniciativa de inquirir sobre esta questão quando não vê a sua necessidade atendida, revelando sensibilidade para o

impacto que a DCV tem na sexualidade. Cohen et al (2020) demonstraram que a retoma da atividade sexual nos primeiros meses pós EAM está fortemente associada com o aumento da taxa de sobrevivência a longo prazo e da qualidade de vida, salientando a necessidade de um aconselhamento sexual mais precoce.

O aconselhamento sexual pretende mais do que apenas definir o retorno o momento da reintrodução da atividade sexual, pretende a capacitação da pessoa para retomar a sua intimidade e sexualidade de forma segura e satisfatória. Os seus conteúdos devem incluir a avaliação da função sexual, visto que a DCV e respetiva terapêutica podem causar alterações, o ensino sobre os riscos associados à prática sexual e como os minimizar, nomeadamente através da prática de exercício físico regular, a utilização de um ambiente familiar confortável, a prática de atividades sexuais com menor dispêndio energético e evitação de sexo anal, e o ensino sobre sinais de alerta e como proceder (Steinke et al., 2013). Este aconselhamento foi desenvolvido sobretudo na fase II do PRC, momento em que a pessoa estava mais desperta para estas alterações, ao invés de no internamento, em que o foco incidia ainda sobre a patologia em si e o impacto imediato, nomeadamente na capacidade de regresso ao trabalho.

O regresso ao trabalho é um marco para muitas das pessoas pós evento agudo, sendo que a decisão não depende apenas da aptidão física da pessoa, que poderá ser avaliada através da prova de esforço, mas também da exigência física e mental expectável do trabalho em questão (AACVPR, 2013). Ilustrando com o estudo de caso (APÊNDICE 2), a Sr.^a exercia enquanto professora que, não sendo um trabalho com uma exigência física intensa, acarretava elevados níveis de *stress* e exigência, assim como adaptações constantes, pelo que o retorno ao trabalho foi programado de modo progressivo, minimizando o impacto destes fatores (Reibis et al., 2019).

Estão descritos fatores barreira ao regresso ao trabalho – tensão no trabalho, ansiedade, depressão, comorbilidades, idade e baixa escolaridade – e fatores facilitadores – controlo no trabalho, competência laboral, perceção de saúde e *status* económico elevado -, que, não sendo decisores, foram tidos em consideração na promoção do regresso ao trabalho (Reibis et al., 2019).

Na minha intervenção procurei fornecer as ferramentas necessárias para que a pessoa percorre-se, de forma autónoma, o seu caminho, no sentido de maior aquisição de autonomia e independência, considerando e mobilizando os recursos disponíveis. Complementarmente, a família e/ou cuidador foram vistos não só como

recursos mas também como recipiente de cuidados, procurando capacitá-los para o seu novo papel, com o objetivo de promover uma transição saudável de todos os intervenientes no processo de cuidados.

1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A intervenção do EEER não se extingue no cuidado e na capacitação da pessoa com alterações na sua funcionalidade, procurando também maximizar as suas potencialidades, importa destacar que, muitas vezes, os contornos destas três competências não são estanques, podendo mesmo sobrepor-se no cuidado à pessoa.

Dean (2018) destaca a importância de um investimento na maximização da funcionalidade da pessoa com incapacidade, através de programas de treino personalizados aliados à promoção de hábitos de vida saudáveis. Esta díade promove a maximização dos benefícios tradicionais do plano de reabilitação e intervenções biomédicas, reduzindo ou mesmo revertendo a progressão da doença, tratando-se de uma abordagem que reduz os custos associados à incapacidade.

Gostaria de destacar um caso, em contexto comunitário, em que esta abordagem demonstrou resultados efetivos e duradouros, de um senhor de 78 anos que, após internamento de 24 dias por infeção do trato urinário, teve alta para o domicílio com francas alterações da funcionalidade.

Quando iniciei a minha intervenção o senhor já era acompanhado pela ECCI há várias semanas, pelo que tinha já recuperado a autonomia e independência nas AVD, estando, inclusive, em negociação a integração do senhor em resposta comunitária – Centro de Dia – com a qual o senhor se identificava, de forma a retomar a sua participação social, contudo percecionei o potencial de maximizar as capacidades deste senhor, sobretudo no âmbito da promoção do andar.

Apesar de apresentar marcha autónoma no domicílio, sem recurso a auxiliar de marcha, o senhor apresentava uma postura corporal curvada, com inclinação do tronco e flexão do pescoço, a sua marcha caracterizava-se por uma passada segura, embora lenta, e equilíbrio mantido, exceto nas mudanças de direção, altura em que apresentava discreta alteração do equilíbrio ortostático dinâmico. Esta avaliação era sobreponível no subir e descer escadas e declives, apoiando-se no corrimão existente na saída do domicílio de forma eficaz. Porém, não tinha confiança e manifestava receio de queda no exterior, pelo que a retoma de atividades lúdicas com a esposa estavam condicionadas, só se deslocando para situações de

necessidade e sempre com apoio unilateral.

A pessoa idosa, dadas as alterações decorrentes do processo de senescência, tem uma vulnerabilidade acrescida de vir a apresentar perda de peso, diminuição de força muscular, equilíbrio e resistência, diminuindo a sua atividade física e perdendo a capacidade de satisfazer as suas AVD de forma autónoma e independente, num fenómeno que a literatura descreve como fragilidade (Torpy, Lynm & Glass, 2006). Um internamento hospitalar prolongado pode agravar estas perdas, dada a imobilidade associada, pelo que um grande número de idosos recebe alta com menor capacidade de satisfazer as suas AVD, face à capacidade basal pré-internamento, tornando evidente o papel essencial da reabilitação destas pessoas na preparação da alta (Covinsky et al., 2003). Gorgon, Said e Gale (2007) salientam que, apesar da instituição de planos de reabilitação direcionados à recuperação de mobilidade, a grande maioria dos idosos teve alta com défices na mobilidade, sendo que apenas 9,5% dos idosos retornaram ao domicílio com a capacidade de marcha que lhes permitisse deslocações ao exterior ou de subir e descer escadas, reforçando a importância de manter as intervenções de reabilitação em contexto domiciliário.

Com a perceção da perda de funcionalidade da marcha, assistimos a uma perda de autoestima e segurança por parte do idoso, que se traduz no medo e real risco de queda e do que esta possa significar – trauma, imobilidade e perda de independência. Gai, Guimarães e Gomes (2009) identificam a instabilidade postural como o grande contribuidor para a queda no idoso, apresentando a reabilitação vestibular como intervenção promotora do equilíbrio corporal, o que se traduz numa melhoria da velocidade e qualidade da marcha. Os mesmos autores evidenciam a importância de associar intervenções direcionadas ao descondicionamento físico do idoso, através planos de treino de exercício físico que englobe o treino de força, resistência e flexibilidade.

Assim, foi delineado um plano de reabilitação que pretendeu maximizar a mobilidade do senhor, face ao potencial identificado. Este plano contemplou exercícios de fortalecimento muscular, de equilíbrio e treino de marcha, assim como intervenções no âmbito da prevenção de quedas.

Os exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores progrediram de mobilizações ativas para ativas resistidas, aumentando a resistência, com recurso a diferentes objetos do domicílio conforme o seu peso (garrafas de água de 0,5L, pacotes de arroz de 1kg). Relativamente aos músculos abdominais

foram promovidos exercícios do tipo agachamento com recurso a cadeira, inicialmente com apoio das mãos, mas no sentido de não recorrer às mesmas, cruzando-as no peito. Os membros inferiores, além treino de marcha, foram também exercitados através de mobilizações ativas, na posição ortostática, com recurso a cadeira, onde o senhor se apoiava.

De forma a promover e potenciar o equilíbrio ortostático dinâmico, foram implementadas intervenções de correção postural em frente a um espelho, que permitiu que a pessoa se consciencializasse desta correção e a promovesse de forma autónoma. Foram, ainda, desenvolvidos exercícios de equilíbrio como a alternância de carga nos membros inferiores e contorno de obstáculo dispostos no domicílio (mesa de café) e na escadaria do prédio (vasos).

Também o treino de marcha e de subir e descer escadas foi implementado no sentido progressivo de maior dificuldade, iniciando no domicílio, em piso regular e progredindo para o exterior, em piso irregular, com declives e obstáculos, aumentando as distâncias progressivamente e o número de lances de escadas.

Paralelamente foram desenvolvidas intervenções junto do idoso e da cuidadora de forma a reduzir o risco de queda, nomeadamente a adoção de calçado adequado e a otimização do ambiente físico do domicílio – retirada de tapetes e recolocação de vasos.

Os ganhos do plano instituído foram evidentes, o senhor apresentava no término uma postura corporal correta, marcha estável e segura, com capacidade para diferentes velocidades e sem alterações de equilíbrio durante a mesma, não só no domicílio, mas também no exterior, o que contribuiu, também, para a redução do risco de queda. Complementarmente, manifestou um maior sentido de segurança e perceção de autoeficácia, o que levou a que o senhor retomasse atividades lúdicas com a esposa no exterior, nomeadamente frequência de jardins e biblioteca municipal, o que contribuiu para a melhoria da sua autoestima e maximização da sua participação.

Na sequência deste caso, e face ao elevado número de idosos que percecionei residirem na área de intervenção da ECCI, fez-me sentido desenvolver um instrumento que facilitasse processo de transição similares e que permitisse que as suas aprendizagens e ganhos fossem permanentes, mesmo após o término da intervenção da equipa. Assim, construí, sob a orientação da EO, o folheto “Exercitar para recuperar! – O exercício físico na reabilitação do idoso” (APÊNDICE 6), que contempla alguns exemplo de exercícios chave dos quatro grandes grupos de

exercício – força, resistência, equilíbrio e flexibilidade – que a literatura refere como essenciais e complementares na maximização da funcionalidade do idoso (ACSM, 2018).

Como referido anteriormente, no desenrolar do estágio hospitalar tive o privilégio de acompanhar as diferentes fases do PRC aí desenvolvidas, pelo que pude intervir de forma ativa em diferentes momentos da fase II, fase onde o treino de exercício físico tem especial expressão.

Ainda durante o internamento, era agendada a prova de esforço para avaliar a FC máxima, assim como sinais e sintomas de intolerância ao esforço, o que permitia proceder à estratificação de risco cardiovascular, como abordado na introdução. Dependendo da estratificação, a pessoa era então avaliada na consulta de RC e integrada no grupo correspondente. As pessoas integradas no grupo de baixo risco participavam em cerca de 18 sessões (2 vezes por semana), desenvolvidas no ginásio do hospital, e as pessoas integradas no grupo de médio/alto risco, participava no mínimo em 36 sessões, com monitorização ECG contínua, não tendo tido oportunidade de participar nas sessões de médio/alto risco.

À semelhança do restante PRC, também as sessões de exercício físico decorriam segundo um protocolo instituído, ainda que o mesmo não existisse em formato físico, limitação que já foi analisada, e sempre baseado na melhor evidência científica, que se reúne em normas de orientação, como a da ACSM (2018).

No início e término de cada sessão, ou sempre que surgisse alguma alteração, eram avaliados os parâmetros PA, FC e SpO₂, sendo que na primeira sessão, na intermédia e na última eram também avaliados o peso e perímetro abdominal, o que permitia o acompanhamento dos ganhos e ajuste de intervenções neste âmbito, nomeadamente mudanças de comportamento relacionadas com hábitos alimentares. Tendencialmente, as pessoas apresentavam uma redução do peso e do perímetro abdominal, o que funcionava também como elemento motivador.

Durante as sessões, a pessoa mantinha monitorização contínua por banda torácica com cardiofrequencímetro, possível de observar em grandes ecrãs na sala onde decorria o treino aeróbio, paralela à sala onde decorria o treino de resistência e flexibilidade. De forma a calcular a intensidade do treino, recorria-se à fórmula de Karvonen que, através da subtração da FC de repouso da FC máxima (apurada na prova de esforço), fornecia a FC de reserva. Complementarmente, era monitorizada, ao longo da sessão, a Escala de Percepção Subjetiva de Esforço de Borg.

No início de cada treino eram desenvolvidas atividades de aquecimento, conforme descritas na revisão narrativa. Idealmente o treino de resistência de flexibilidade seriam desenvolvidos antes do treino aeróbico contudo, pela limitação de recursos, era necessário que, em grupos maiores, os mesmos fossem divididos e alternassem entre si.

Conforme orientação da ACSM (2018), o treino de resistência era realizado com uma intensidade que permitisse à pessoa realizar 10 a 15 repetições sem fadiga significativa, incrementando para uma intensidade de 11 a 13 na Escala de Percepção Subjetiva de Esforço de Borg. A pessoa realizava 1 a 3 séries de 8 a 10 exercícios que focassem os grandes grupos musculares, com recurso a equipamento que fosse ambos seguro e confortável para a pessoa utilizar. Estavam disponíveis, no ginásio, elementos como elásticos, caneleiras, halteres e bolas medicinais. Os exercícios foram selecionados em conjunto com o fisioterapeuta, numa ótica de parceria. Era o nosso objetivo que os exercícios fossem não só seguros, mas também diversificados e adaptados à pessoa que estava à nossa frente, considerando as suas limitações e preferências, procurando uma individualização que está comprovada no aumento da adesão ao treino. Dada esta diversidade, é fundamental um ensino e supervisão contínua do modo como a pessoa executa os diferentes exercícios, para que tenham os ganhos pretendidos e não causem lesões músculo-esqueléticas.

O treino aeróbio era possível realizar em passadeira rolante e cicloergómetro, dependendo das preferências e limitações da pessoa. Embora a recomendação da ACSM seja de 20 a 60 minutos, o treino nunca ultrapassava os 30 minutos, de forma a incluir as restantes componentes. Segundo a ACSM (2018) a intensidade recomendada encontra-se entre os 40 a 80% da FC de reserva ou uma intensidade percecionada de 12 a 16. Ao longo das sessões, conforme a resposta fisiológica da pessoa, era incrementada a intensidade, que iniciava, habitualmente, nos 40%.

Embora só tenha tido oportunidade de observar este treino uma única vez, em pessoas cujo desempenho permitia esta incrementação, era iniciado, já decorridas cerca de 50% das sessões, o treino intervalado de alta intensidade. Dun, Smith & Liu (2019) destacam que esta modalidade apresenta ganhos mais significativos nos sistemas cardiovascular, respiratório e músculo-esquelético que o tradicional treino contínuo de intensidade moderada, salientando a sua segurança. A prescrição desta modalidade é, como o nome indica, por intervalos alternados de alta e baixa intensidade. Os mesmos autores atribuem à prescrição de intervalos longos os

ganhos mais expressivos, em termos práticos, 4 intervalos de elevada intensidade de 3 a 4 minutos (85 a 95% da FC de reserva e percepção de esforço de 15 a 17), intercalados com 3 intervalos de baixa intensidade de 3 a 4 minutos (50 a 75% da FC de reserva e percepção de esforço de 12 a 14).

No término de cada treino aeróbico era desenvolvido o treino de flexibilidade que constituía também o momento de alongamentos, fundamental para reduzir, de forma gradual e segura, a FC. Um treino de cerca de 10 minutos, contemplava alongamentos estáticos e dinâmicos das articulações major e região lombar, devendo manter cerca de 15 segundos no ponto em que a pessoa sentisse ligeiro desconforto ou tensão, repetindo cada exercício 4 vezes (ACSM, 2018).

Os momentos iniciais e finais das sessões eram momentos privilegiados para consolidação da relação terapêutica, onde procurava explorar junto da pessoa as estratégias adotadas para mudança de comportamentos associados a FRCV, esclarecendo dúvidas que surgiam pontualmente e identificando ainda alterações psicossociais que pudessem interferir na prossecução do PRC, de modo a intervir na sua adaptação, fomentando a adesão contínua da pessoa ao PRC.

Outra modalidade de treino que gostaria de ter tido oportunidade de explorar são os programas *home-based*. Tratam-se de programas de treino de exercício físico que a pessoa desenvolve de forma autónoma, com base na prescrição da equipa de RC, no seu ambiente. Sheperd e While (2012) referem que, embora exista a crença que são programas menos eficazes, os ganhos na qualidade de vida da pessoa em PRC *home-based* são equiparáveis aos PRC desenvolvidos em centros. Estes programas poderão, inclusive, promover a adesão de pessoas mais idosas ou com outras incapacidades ou limitações, que de outra forma não iriam ingressar num PRC.

O EEER tem uma intervenção preponderante em todos os momentos da maximização da função cardiorrespiratória e motora da pessoa integrada em PRC, pois reúne competências que lhe permitem, com segurança e eficácia, prescrever e supervisionar programas de treino de exercício físico, a par da rentabilização do potencial de adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis da pessoa com DCV, na ótica da prevenção secundária. Estas intervenções permitem, assim, que a pessoa e sua família experienciem transições no sentido da consolidação de competências que lhes permita uma gestão competente e duradoura da sua DCV, maximizando os seus ganhos, o que se traduz numa maior qualidade de vida.

ANÁLISE DA APRENDIZAGEM REALIZADA

Terminada a análise crítica das atividades desenvolvidas, considerando as competências comuns do EE e específicas do EEER, importa agora revisitar o que me propus a concretizar na fase do projeto e proceder a uma análise global que me permita avaliar os ganhos obtidos e as dificuldades sentidas, assim como as estratégias que implementei na tentativa de as ultrapassar.

No âmbito da aprendizagem por PBL, foi definido um tema com base na sua pertinência, emergência e gosto pessoal, o cuidado à pessoa em PRC. O objetivo desta metodologia de ensino é exatamente a aquisição de competências na área escolhida, pelo que o planeamento foi realizado nesse sentido. Contudo, pela multidimensionalidade das pessoas cuidadas e pelas respostas que cada contexto de estágio oferece à população, as oportunidades de aprendizagem que surgiram foram muito mais enriquecedoras do que inicialmente previsto.

Na fase de projeto, foi conduzida uma revisão narrativa da literatura, que me permitiu clarificar conceitos e consolidar conhecimentos teóricos no âmbito da transição da pessoa em PRC, bem como integrar as orientações de prática clínica mais recentes e ajustadas à população portuguesa. Revisão essa espelhada na introdução do presente documento, contudo, face às diferentes situações que se apresentaram, senti necessidade de aprofundar algumas dessas temáticas ou mesmo alargar a minha pesquisa a outras áreas, como a reabilitação motora, sensorial, cognitiva, respiratória, da alimentação, eliminação ou da sexualidade, de forma a prestar cuidados integrados baseados na melhor evidência.

Atendendo à metodologia de PBL, e no sentido de integrar o conhecimento teórico na prática clínica, foi conduzida uma reflexão crítica contínua, muitas vezes com o EO, o que proporcionava um exercício interessante de confrontar a prática efetiva com o descrito na literatura, que me permitiu evoluir, gradualmente, nos diferentes níveis de competência conceptualizados por Patricia Benner.

A minha experiência profissional, sobretudo na área comunitária, trouxe importantes contributos para o desenvolvimento do estágio em contexto de ECCI, impulsionando uma mais rápida adaptação ao contexto, respetivas dinâmicas e mobilização dos recursos disponíveis. A intervenção junto da pessoa em contexto comunitário reveste-se de especificidades próprias do seu contexto familiar e social que muitas vezes não é tão expressivo em contexto hospitalar. Este facto foi possível verificar sobretudo em situações de capacitação da pessoa e cuidador que

só ganhavam sentido, e muitas vezes careciam de reajustes, quando a pessoa retornava ao domicílio.

Embora tenha sido efetivamente um estágio rico do ponto de vista da aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEER, careceu de oportunidades de aquisição das competências previstas no projeto inicial, uma vez que não é desenvolvida pela ECCI a fase III do PRC. Analisando o que é preconizando face aos recursos da ECCI, parece-me existir aqui uma oportunidade de se dar continuidade ao PRC na comunidade, na promoção da maximização e manutenção dos comportamentos de vida saudáveis adquiridos, em parceria com o hospital de origem.

Mesmo na ausência de um PRC estruturado, foram desenvolvidas intervenções no âmbito da maximização da capacidade funcional da pessoa e da prevenção secundária que concorrem para a aquisição das competências delineadas. Ainda assim, e de forma a otimizar este contexto de estágio e as suas aprendizagens, estabeleci o objetivo de “Cuidar da pessoa com necessidade de intervenção especializada, no domicílio, com ênfase na capacitação da pessoa e cuidador”, criando um plano de atividades para sua consecução, que senti ser facilitador, por ter guiado o meu percurso.

Experiei, especialmente em contexto comunitário, a tradução prática da competência do EEER enquanto gestor de cuidados, já que, dadas as dinâmicas institucionais, os diferentes elementos da equipa desenvolvem a sua intervenção de forma mais individual, pelo que o EEER, que estabelece uma proximidade maior com a pessoa, é reconhecido com a figura de referência na gestão dos cuidados e articulação entre todos os elementos da equipa.

Contrariamente ao experienciado em contexto comunitário, a adaptação ao contexto hospitalar foi um pouco mais morosa, considerando a falta de experiência na área, o que significou um esforço complementar para integração nas diferentes valências, que consegui com razoável sucesso, exceto no contexto de UCI, que, dadas as especificidades e imenso *core* de conhecimentos e competências técnicas, não seria possível ou expetável no tempo disponível. Ainda assim, procurei rentabilizar a minha permanência neste serviço, como descrito no relatório.

Embora o PRC se encontre bem cimentado neste local de estágio, e devidamente fundamentado, foi perceptível o investimento dos diferentes profissionais envolvidos na melhoria dos cuidados prestados, havendo abertura para discussão sobre o que poderia ser melhorado, como o ajuste da periodicidade, duração e

temáticas abordadas nas sessões de educação para a saúde no âmbito da fase II, de forma a promover a adesão às mesmas, ou a existência de um protocolo escrito que congregasse todo o trabalho realizado no âmbito do PRC, permitindo a sua avaliação e replicação. Paralelamente, e de forma a contribuir ativamente para esta melhoria, procurei dar respostas a outras necessidades do Serviço de Cardiologia, através da criação de um instrumento de análise da prática do EEER, que permitisse evidenciar os ganhos efetivos da intervenção do EEER em contexto de Serviço de Internamento ou a revisão dos materiais de apoio às sessões de educação para a saúde nesse serviço.

A pessoa e família em processo de reabilitação experienciam múltiplas transições concomitantes, tendo sido possível apreender a relevância desta perspetiva teórica na promoção da transição da pessoa para a sua nova identidade, no sentido de aquisição de maior autonomia e independência, através da sua capacitação e maximização de funcionalidade.

Neste sentido, foram conduzidos processos de cuidados especializados de enfermagem baseados na observância dos princípios éticos e deontológicos orientadores da profissão, cujos objetivos atenderam às necessidades identificadas pela pessoa e pela família, promovendo a adesão às intervenções e potenciando o projeto de vida da pessoa.

A avaliação da pessoa e família foi conduzida no sentido de apreender alterações na funcionalidade, limitações da atividades ou restrições na participação social, compreendendo uma avaliação biopsicossocial, complementada com a aplicação de instrumentos de avaliação sensíveis à prática do EEER, que permitiram também a quantificação dos ganhos dos planos instituídos. As intervenções foram delineadas, como já referido, com base na discussão fundamentada com a EO, e sempre considerando os recursos do contexto e da pessoa. Ao longo de cada processo de enfermagem, foi conduzida uma reavaliação permanente que permitiu o reajuste de intervenções e avaliação dos ganhos.

A atuação do EEER caracteriza-se também pelo elevado número de técnicas associadas, pelo que o treino destas técnicas constituiu uma componente essencial de ambos os estágios. Inicialmente, senti alguma dificuldade na aplicação de algumas técnicas, sobretudo no âmbito da RFR, não só pela técnica em si, mas pela adaptação da técnica às diferentes características das pessoas e do contexto. Contudo, com o treino contínuo e orientação clara e precisa das EO, foi possível, gradualmente, atingir maior autonomia no desenvolvimento de técnicas como treino

de AVD com recursos a produtos de apoio, posicionamentos terapêuticos ou mobilizações.

Embora o estágio tenha permitido o desenvolvimento de competências noutras áreas além da cardiorrespiratória e motora, como na área neurológica e da sexualidade, gostaria de ter tido oportunidade de desenvolver competências na área da alimentação e da eliminação, consciente de que o percurso não termina nesta etapa e outras oportunidades surgirão.

No âmbito do PRC, acompanhei diversas pessoas com diferentes DCV, ao longo das fases I e II, passado por todas as fases transicionais do PRC aí desenvolvidas. Na fase I foram desenvolvidas intervenções promotoras da mobilização precoce e prevenção de complicações associadas à imobilidade, que tiveram em conta as especificidades da pessoa, nomeadamente alterações prévias da funcionalidade ou comorbilidades. Paralelamente foi introduzida a componente de prevenção secundária que se baseia na identificação e mudança de FRCV, procurando incidir sobre os pontos prioritários, dada a limitação de tempo, e a promoção da integração da pessoa na fase II.

Já na fase II, integrada numa equipa multidisciplinar que articula de perto a sua atuação, facilitador da eficácia de um programa, foram desenvolvidas intervenções no domínio do treino de exercício. As sessões incluíam treino aeróbico, de resistência e flexibilidade, com a prescrição baseada em protocolo, mas ajustada à pessoa. Desenvolvi competências sobretudo na monitorização e supervisão do treino, promovendo uma prática segura e eficaz que maximiza a função cardiorrespiratória da pessoa. Complementarmente, a capacitação da pessoa na gestão da DCV foi uma constante, procurando adequar os ensinamentos às capacidades e necessidades identificadas, fomentando a adesão às mudanças de comportamentos através de estratégias motivacionais.

As intervenções implementadas no *continuum* do PRC são numa ótica transicional, que transita pelas três competências do EEER, o cuidar, o capacitar e o maximizar a função, pelo que o suporte da intervenção na Teoria das Transições foi adequado e ajustado aos planos desenvolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei, e creio que com sucesso, sistematizar, tanto quanto possível, as aprendizagens que fui adquirindo ao longo do estágio, à luz do que me propus no projeto, procurando articulá-las com todos os contributos teóricos das restantes unidades curriculares. Não sendo possível evidenciar toda a riqueza de experiências e aprendizagens, que não se esgotaram na temática escolhida inicialmente, procurei selecionar situações que espelhassem exatamente essa riqueza e complexidade. Através de uma prática reflexiva, integrei saberes teóricos nas atividades desenvolvidas no estágio, dando assim sentido às aprendizagens que, por sua vez, me permitiram desenvolver as competências a que me propus com sucesso.

Ficou patente neste percurso, e agora evidenciado no presente relatório, o potencial e a pertinência das intervenções do EEER enquanto facilitador de transições da pessoa em PRC, nos três grandes domínios da sua intervenção, o cuidar, o capacitar e o maximizar.

Termino este percurso com um olhar mais específico e diferenciado sobre as necessidades de cuidados e as potencialidades da pessoa e família. Desenvolvi ainda um pensamento e juízo crítico que me permitem intervir de forma integrada junto das várias áreas de reabilitação – motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da sexualidade – já que, como referido, o meu percurso foi mais além do projetado inicialmente, mas, ainda assim, pela especificidade das várias áreas, reconheço potencial para a continuação do seu desenvolvimento futuro.

Embora seja o encerrar de um capítulo, não é, do todo, o fim do percurso mas antes uma etapa determinante da transição para uma nova identidade, a de Mestre e EEER, com potencial de intervenção em todo o ciclo de vida da pessoa, nos três níveis de prevenção. Assumo a identidade de uma EEER que fundamenta a sua prática na melhor evidência científica, é capaz de intervenções especializadas, está atenta aos aspetos de gestão e promove a produção de evidência científica, no sentido de espelhar os ganhos em saúde das suas intervenções especializadas, valorizando a Enfermagem de Reabilitação, tudo competências que se cruzam com os descritores de Dublin, ficando evidente de que forma foram adquiridas as competências que concorrem para a atribuição de grau de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACVPR. (2012). *AACVPR Stratification Algorithm for Risk of Event*. Acedido a 26/06/2019. Disponível em: https://www.aacvpr.org/Portals/0/Registry/AACVPR%20Risk%20Stratification%20Algorithm_June2012.pdf.
- AACVPR. (2013). *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. (5.^a Ed.). Estados Unidos da América: Human Kinetics.
- Abreu, A. & Araújo, C. (2016). Conceito, componentes, fases e recursos humanos e materiais da Reabilitação Cardíaca. In A. Abreu, C. Araújo, M. Mendes & S. Serra (Eds.), *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (pp.45-57). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Abreu, A.; Aguiar, C.; Mendes, M. & Santa-Clara, H. (Eds.). (2013). *Manual de reabilitação cardíaca*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- ACSM. (2018). *ACSM' Guidelines for exercise testing and prescription*. (10^a. Ed) Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Acedido a 08/12/2020. Disponível em https://www.academia.edu/36843773/ACSM_Guidelines_for_Exercise_Testing_and_Prescription_10th
- Ades, P.; Keteyian, S.; Balady, G.; Houston-Miller, N.; Kitzman, D.; Mancini, D. & Rich, M. (2013). Cardiac rehabilitation exercise and self-care for chronic heart failure. *JACC: Heart Failure*. 1(6). 540-47. Acedido a 23/12/2020. DOI:10.1016/j.jchf.2013.09.002.
- Ahlund, K.; Back, M.; & Sernet, N. (2013). Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first-time myocardial infarction. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 45. 1028-33. Acedido a 9/06/2021. DOI: 10.2340/16501977-1219.
- Andrew, B.; Qian, M. & Valentine, J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*. 41(1). 29-42. Acedido a 25/02/2021. DOI: 10.1348/014466502163778.
- Arian, M.; Ramezani, M.; Tabatabaeichehe, M. & Kamali, A. (2016). Designing and evaluating patient education pamphlets based on readability indexes and

- comparison with literacy levels of society. *Evidence based care journal*. 6(2). 19-28. Acedido a 15/04/2021. DOI:10.22038/ebcj.2016.7304.
- ARN. (org.) (2013). *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions*. Acedido a 22/05/2021. Disponível em: https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN_Care_Transitions_White_Paper_Journal_Copy_FINAL.pdf.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 16/04/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 16/04/2020. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf.
- BACPR. (2017). *The BACPR standarts and core componentes for cardiovascular disease prevention and rehabilitation 2017*. (3ª. Ed). London: British Cardiovascular Society.
- Baker, JD. (2016). The purpose, process and methods of writing a literature review. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 103(3). 265-269. Acedido a 13/05/2020. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/296481122_The_Purpose_Process_and_Methods_of_Writing_a_Literature_Review.
- Balady, G.; Ades, P.; Comoss, P.; Limacher, M.; Pina, I.; Southard, D.; ... & Bazarre, T. (2000). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. *Circulation*. 102(9). 1069-73. Acedido a 25/06/2021. DOI: 10.1161/01.CIR.102.9.1069
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biddle, M., Gulanick, M., & Berra, K. (2008) Interdisciplinary team in cardiac rehabilitation. In Moser, D. & Riegel, B., (Ed.) *Cardiac Nursing: A companion to Braunwald's Heart Disease* (p309-318). Missouri: Saunders Elsevier.

- Bolas, R. (2016). Pessoa em programa de reabilitação cardíaca. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 381-92). Loures: Lusodidacta.
- Brewer, L.; Boleware, A. & Boss, B. (2008). Cardiac and Cardiovascular Rehabilitation. In S. P. Hoeman, S. R. Epstein & J. S. Formango (Eds.), *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, & Outcomes* (pp. 674-697). Missouri: Mosby.
- Buckley, J. (2021). The changing landscape of cardiac rehabilitation; from early mobilisation and reduced mortality to chronic multi-morbidity management. *Disability and Rehabilitation*. 1-8. Acedido a 18/07/2021. DOI: 10.1080/09638288.2021.1921062.
- Camicia, M.; Lutz, B. & Wirt, S. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: a white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*. 39. 3-15. Acedido a 01/04/2021. DOI: 10.1002/mj.135.
- Canadian Nurses Association. (org.) (2008). *Advanced Nursing practice: A national framework*. Acedido a 03/02/2021. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.
- Cardol, M. (2001). *Beyond disability. Assessing participation and autonomy in medical rehabilitation*.
- Cohen, G.; Nevo, D.; Hasin, T.; Benyamini, Y.; Goldbourt, U. & Gerber, Y. (2020). Resumption of sexual activity after acute myocardial infarction and long-term survival. *European Journal of Preventive Cardiology*. Acedido a 29/06/2021. DOI: 10.1093/eurjpc/zwaa011.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Lisboa. Acedido a 30/06/2020. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>.
- Corra, U.; Piepoli, M.; Benzer, W.; Bjarnason-Wehrens, B.; Dendale, P.; Gaita, D.; ...; Schmid, J.P. (2012). Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. *European Heart Journal*. 31.

1967-76. Acedido a 31/07/2020. DOI:10.1093/eurheartj/ehq236.

- Covinsky, K.; Palmer, R.; Fortinsky, R.; Counsell, S.; Stewart, A.; Kresevic, D. & Landefeld, S. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51(4). 451-58. Acedido a 02/07/2021. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x
- Dalal, H. & Doherty, P. (2015). Cardiac rehabilitation. *BMJ*. 351. Acedido a 30/07/2020. DOI:10.1136/bmj.h5000.
- Dean, E. (2018). Maximizing the functional performance outcomes of patients undergoing rehabilitation by maximizing their overall health and wellbeing. *Journal of Human Kinetics*. 65. 57-68. Acedido a 02/07/2021. DOI: 0.2478/hukin-2018-0039.
- Decreto-Lei N.º115/2013 (2013). Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário Da República*, I Série, N.º151 (07-08-2013), 4749–4772. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/498487>.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Despacho n.º 7433/2016, de 6 de junho*. Diário da República – 2.ª série, nº 108, de 6 de junho de 2016. Acedido a 16/05/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/74616725>.
- Dolansky, M., Zullo, M., Hassanein, S., Schaefer, J., Murray, P. & Boxer, R. (2011). Cardiac Rehabilitation in skilled nursing facilities: A missed opportunity. *Heart & Lung*. 41. 115-124. Acedido a 25/12/2020. DOI: 10.1016/j.hrtlng.211.08.006.
- Dun, Y.; Smith, J. & Liu, S. (2019). High-Intensity Interval Training in Cardiac Rehabilitation. *Clinical Geriatric Medicine*. 35(4). 469-487. Acedido a 04/07/2021. DOI: 10.1016%2Fj.cger.2019.07.011.
- Esterhuizen, P. & Freshwater, D. (2008). Clinical supervision and reflective practice. In Freshwater, D.; Taylor, B. V. & Sherwood, G. (Ed.), *International textbook of reflective practice in Nursing*. (pp119-136). Oxford : Blackwell Pub.
- European Heart Network. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics : 2017 edition*. Acedido a 26/12/2020. Disponível em: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*. 24(4). 230-235. Acedido a 21/02/2022. DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329.

- Flynn, F.; Cafarelli, M.; Petrakos, K. & Christophersen, P. (2007) Improving outcomes for acute coronary syndrome patients in the hospital setting. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 22(3). 166-76. Acedido a 31/12/2020. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=722259&Journal_ID=54006&Issue_ID=722251.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). *Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio*. Diário da República – 2.ª série, nº 94, de 16 de maio de 2016. Acedido a 16/05/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/74443337>.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). *Despacho n.º 8597/2017, de 29 de setembro*. Diário da República – 2.ª série, nº 189, de 29 de setembro de 2017. Acedido a 16/05/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/108234779>.
- Gai, J.; Guimarães, R. & Gomes, L. (2009) Vestibular rehabilitation in elderly patients with postural instability. *Jornal brasileiro de medicina*. 96(3): 30-33. Acedido a 03/07/2021. DOI: 10.111-604022.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. London: Further Education Unit.
- Gorgon, E.; Said, C. & Gale, M. (2007). Mobility on discharge from an aged care unit. *Physiotherapy Research International*. 12(2). 72-81. Acedido a 03/07/2021. DOI: 10.1002/pri.348.
- Gulanick, M. & Berra, K. (2008) Cardiac Rehabilitation. In Moser, D. & Riegel, B., (Ed.) *Cardiac Nursing: A companion to Braunwald's Heart Disease* (p.1230-1239). Missouri: Saunders Elsevier.
- Haghgoo, H.; Pazuki, E.; Hosseini, A. & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the neurological sciences*. 328(1-2). 87-91. Acedido a 25/07/2021. DOI:10.1016/j.jns.2013.02.027.
- Haigang, J.; Fang, L.; Yuan, L. & Zhang, Q. (2019). Effects of exercise-based cardiac rehabilitation in patients with acute coronary syndrome: a meta-analysis. *Medicine Science Monitor*. 25.5015-27. Acedido a 04/01/2021. DOI: 10.12659/MSM.917362.

- Hansen, D.; Dendale, P.; Berger, J.; Onkelinx, S.; Reyckers, I.; Hermans, A.; ...; & Meeusen, R. (2008). Importance of exercise training session duration in the rehabilitation of coronary artery disease patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 15(4) 453-9. Acedido a 4/01/2021. DOI: 10.1097/HJR.0b013e3282fd5c5e.
- Hastbacka, E.; Nygrd, M. & Nyqvist, F. (2016). Barriers and facilitators to societal participation of people with disabilities: A scoping review of studies concerning European countries. *Alter*. 10(3). 201-220. Acedido a 24/06/2021. DOI: 10.1016/j.alter.2016.02.002.
- Herdy, A.; Marcchi, P.; Vila, A.; Tavares, C.; Collaço, J.; Niebauer, J. & Ribeiro, J. (2008). Pre- and postoperative cardiopulmonary Rehabilitation in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 87(9). 714-719. Acedido a 06/06/2021. DOI:10.1097/PHM.0b013e3181839152.
- Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociência: Loures.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde – 2017*. Acedido a 22/12/2020. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=367854789&att_display=n&att_download=y.
- Hibino, H. & Gorniak, S. (2021) Dependence and reduced motor function in heart failure: future directions for well-being. *Heart failure reviews*. Acedido a 26/07/2021. DOI: 10.1007/s10741-021-10145-2.
- Koukoui, F.; Desmoulin, F.; Lairy, G.; Bleinc, D.; Booursiquot, L.; Galinier, M.; ...; & Rouet, P. (2015). Benefits of cardiac rehabilitation in heart failure patients according to etiology. *Medicine*. 94(7). 1-9. Acedido a 26/12/2020. DOI: 10.1097/MD.0000000000000544.
- Lawler, P.; Fillion, K. & Eisenberg, M. (2011). Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Heart Journal*. 162(4). 571-584. Acedido a 29/12/2020. DOI: 10.1016/j.ahj.2011.07.017.
- Leegwater, M. (2015). *Joint Quality Initiative – the origin of the Dublin descriptors – short story*. Acedido a 15/04/2020. Disponível em <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of->

[the-Dublin-descriptors-short-history.pdf](#).

- Lynggaard, V.; Nielsen, C.; Zwisler, A.; Taylor, R. & May, O. (2017). The patient education – learning and coping strategies – improves adherence in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. *International Journal of Cardiology*. 236. 65-70. Acedido a 05/01/2021. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.02.051.
- Majmudar, S.; Wu, J. & Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: why it matters. *Muscle nerve*. 50. 4-13. Acedido a 02/06/2021. DOI:10.1002/mus.24202.
- Mampuya, W. (2012). Cardiac Rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*. 2(1). 38-49. Acedido a 30/07/2020. DOI:10.3978/j.issn.2223-3652.2012.01.02.
- Martin, B.J.; Arena, R.; Haykowsky, M.; Hauer, T.; Austford, L.; Knudtson, M.; ...; & Stone, J. (2013). Cardiovascular fitness and mortality after contemporary cardiac rehabilitation. *Mayo Clinic Proceedings*. 88(5). 455-63. Acedido a 23/12/2020. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.02.013.
- McBride, M., Andrews, G. (2013) The transition from acute care to home: a review of issues in discharge teaching and a framework for better practice. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. 23(3). 18-24. Acedido a 29/11/2020. DOI: 10.1016/j.cjca.2012.07.798.
- McCormack, B.; McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*. 56(5). 472-9. Acedido a 29/01/2021. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- McCullen, P.; Howie, W.; Philipsen, N.; Bryant, V.; Setlow, P.; Calhoun, M. & Green, Z. (2014). Electronic medical records and electronic health records: overview for nurse practitioners. *The journal of nurse practitioners*. 10(9). 660-5. Acedido a 11/03/2021. DOI: 10.1016/j.nurpra.2014.07.013.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (Org.). (2011). Parecer sobre as actividades de vida diárias. *PARECER Nº12/2011*. Acedido a 31/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

- MCEER. (Org.) (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances In Nursing Science*, 23(1), 12–28. Acedido a 03/01/2020. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10970036&site=ehost-live>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York:Springer Publishing Company.
- Mendes, M. (2016). Reabilitação Cardíaca em Portugal: Ponto da Situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 35(12). 669-71. Acedido a 02/12/2020. DOI:10.1016/j.repc.2016.06.006.
- Michelsen, H.; Nilsson, M.; Scherstén, F.; Sjölin, I.; Schiopu, A. & Leosdottir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to observational study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 18(167). 1-9. Acedido a 20/06/2021. DOI:10.1186/s12872-018-0907-0.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 10/11/2020. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Minosso, J.; Souza, L.& Oliveira, M. (2016). Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto & contexto enfermagem*. 25(3).1-9. Acedido a 04/06/2021. DOI:10.1590/0104-07072016001470015.
- Momsen, A.; Rasmussen, J.; Nielsen, C.; Iversen, M. & Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: and overview of reviews. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44. 901-12. Acedido a 16/03/2021. DOI: 10.2340/16501977-1040.
- Norberg, E.; Boman, K. & Lofgren, B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 22. 203-210. Acedido a 26/07/2021. DOI:10.1111/j.1471-6712.2007.00514.x.
- Norberg, E.; Lofgren, B.; Boman, K.; Wenneberg, P. & Brannstrom, M. (2017) A

client-centred programme focusing energy conservation for people with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.24(6). 455-67. Acedido a 26/07/2021. DOI: 10.1080/11038128.2016.1272631.

Obembe, A. & Eng, J. (2015). Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurorehabilitation and neural repair*. 30(4). 384-92. Acedido a 25/06/2021. DOI: 10.1177/1545968315597072.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Acedido a 26/01/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª Série, nº 26, de 6 de Fevereiro de 2019. Acedido a 16/04/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 16/04/2019. Acedido a 16/04/2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/122216820>.

Orsini, M.; Lial, L.; Moreira, R.; Bastos, V.; Pupe, C.; Bittar, C.; ... &Oliveira, A.(2015). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: prudence and limit of programs. *Physical Medicine and Rehabilitatio International*. 2(9). Acedido a 05/06/2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/284030105>.

Picado, S.; Almeida, G. & Pereira,C. (2019). Perception of body image and body scheme in post-stroke patient. *European Journal of Public Health*. 29(1). Acedido a 24/06/2021. DOI: 10.1093/eurpub/ckz034.047

Piepoli, M. F.; Hoes, A.W.; Agewall, S.; Albus, C.; Brotons, C.; Catapano, A.L.;...; Verschuren, W.M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. Acedido a 27/07/2020. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106.

Price, K.; Gordon, B.; Bird, S. & Benson, A. (2016). A review of guidelines for cardiac

rehabilitation exercise programmes: is there an international consensus?. *European Journal of Preventive Cardiology*. 23(16). 1715-33. Acedido a 09/01/2020. DOI: 10.1177/2047487316657669.

Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), prática e políticas em saúde. *Revista Interlegere*. 1(11). 30-51. Acedido a 03/03/2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/download/4300/3505>.

Reibis, R.; Salzwedel, A.; Abreu, A.; Corra, U.; Davos, C.; Doehner, W.; ... & Voller, H. (2019) The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients. *European journal of preventive cardiology*. 26. 1-12. Acedido a 30/06/2021. DOI:10.1177/2047487319839263

Santa-Clara, H., Pinto, I., Santos, V., Pinto, R., Melo, X., Almeida, J. P., ..., Mendes, M. (2015). Atividade física e exercício físico: especificidades do doente cardíaco. *Revista fatores de risco*. 35. 28-35. Acedido a 13/12/2020. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2154/1/Factores%20de%20Risco%202015%208.pdf>.

Savci, S.; Degirmenci, B.; Saglam, M.; Arikan, H.; Inalince, D.; Turan, H. & Demirc, M. (2011). Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 45(5). 286-293. Acedido a 07/06/2021. DOI:10.3109/14017431.2011.595820

Seiki, E.; Watanabe, Y.; Shimada, K.; Sunayama, S.; Onishi, T.; Kawakami, K.; ...; & Daida, H. (2008). Effects oh phase III cardiac reahabilitation programa on physycal status and lipid profiles in elderly patients with coronary artery disease. *Circulation Journal*. 72. 1230-4. Acedido a 10/01/2021. DOI: 10.1253/circj.72.1230.

Servey, J.; Stephens, M. (2016). Cardiac rehabilitation: improving function and reducing risk. *American Academy of Family Physicians*. 94(1). 37-43. Acedido a 02/01/2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386722/>.

Shah, N.; Dublay, S.; Ting, H.; Montori, V.; Thomas, R.; Wagie, A. & Roger, V. (2009). Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community. *The American journal of medicine*. 122(10). 1-13.

Acedido a 20/06/2021. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.12.021.

Sheperd, C. & While, A. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 49. 755-71. Acedido a 26/11/2020. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.019.

Silveira, C.; Abreu, A.. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 35(12). 659-668. Acedido a 15/11/2020. DOI:10.1016/j.repc.2016.06.006.

Smith Jr., S., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Cerqueira, M., Dracup, K., ... & Taubert, K. (2001) AHA/ACC Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 Update. *Circulation*. 104. 1577-79. Acedido a 31/07/2020. DOI:10.1161/hc3801.097475.

Song, K. (2003). The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior and quality of life. *Journal of Korean academy of nursing*. 33(4). 510-18. Acedido a 20/06/2021. DOI: 10.4040/jkan.2003.33.4.510.

Steinke, E.; Jaarsma, T.; Barnason, S.; Byrne, M.; Doherty, S.; Dougherty, C.; ... & Moser, D. (2013). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners A Consensus Document From the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *European Heart Journal*. 34. 3217–35. Acedido a 29/06/2021. DOI:10.1093/eurheartj/eh270

Sveen, U.; Thommessen, B.; Bautz-Holter, E.; Wyller, T. & Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 18(267). Acedido a 25/07/2021. DOI: 10.1191/0269215504cr719oa.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45(6). 204-11. Acedido a 01/02/2021. DOI:10.3928/01484834-20060601-04.

Teixeira, M. & Azevedo, A. (2016). Retorno à atividade profissional, condução de automóvel e viagem em altitude no doente cardiovascular. In A. Abreu, C. Araújo, M. Mendes & S. Serra (Eds.), *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (pp.351-63). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

- Thomas, R.J. (2007). Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs - A raft for the rapids: why have we missed the boat? *Circulation*. 116. 1644-1646. Acedido a 16/12/2020. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.728402.
- Torpy, J.; Lymn, C. & Glass, R. (2006). Frailty in older adults. *Journal of american medical association*. 296(18). Acedido a 03/07/2021. DOI: 10.1001/jama.296.18.2280.
- Vatwani, A. & Margonis, R. (2019). Energy Conservation Techniques to Decrease Fatigue. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 100. 1193-6. Acedido a 26/07/2021. DOI: 10.1016/j.apmr.2019.01.005.
- Vigia, C.; Ferreira, C. & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (351-363).Lusodidacta.
- White, C. (2014). Improving the quality, safety and efficiency of care with actionable clinical protocols. *British Medical Journal*. Acedido a 07/04/2021.
- WHO. (org.). (1993). Rehabilutation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. *Report of a WHO Expert Committee*.Geneva. Acedido a 30 de abril de 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38455/WHO_TRS_831.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- WHO. (org.). (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Acedido a 23/06/2021. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>.
- WHO. (org.). (2011). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Acedido a 30/06/2020. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/.
- WHO. (org.). (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Fact Sheet. Acedido a 16/05/2020. Disponível em [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- WHO. (org.). (2019). Patient safety. Fact Sheet. Acedido a 07/03/2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- WHO. (org.). (2020). Quality Health services. Fact Sheet. Acedido a 07/03/2021.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

Wurdinger, S. D. (2016). *The power of project-based learning: Helping students develop important life skills*. London: Rowman & Littlefiel.

Yohannes, A.; Doherty, P.; Bundy, P. & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 19. 2806-13. Acedido a 24/12/2020. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x.

**ANEXO 1 – Algoritmo de estratificação de risco de evento
AACVPR
(AACVPR, 2012, p.1)**

AACVPR Stratification Algorithm for Risk of Event

Not specific solely to exercise events.

1 Patient is at **HIGH RISK** if ANY ONE OR MORE of the following factors are present:

- Left ventricular ejection fraction < 40%
- Survivor of cardiac arrest or sudden death
- Complex ventricular dysrhythmias (ventricular tachycardia, frequent [$> 6/\text{min}$] multiform PVCs) at rest or with exercise
- MI or cardiac surgery complicated by cardiogenic shock, CHF, and/or signs/symptoms of post-procedure ischemia
- Abnormal hemodynamics with exercise, especially flat or decreasing systolic blood pressure or chronotropic incompetence with increasing workload
- Significant silent ischemia (ST depression 2mm or greater without symptoms) with exercise or in recovery
- Signs/symptoms including angina pectoris, dizziness, lightheadedness or dyspnea at low levels of exercise (< 5.0 METs) or in recovery
- Maximal functional capacity less than 5.0 METs*
- Clinically significant depression or depressive symptoms

2 Patient is at **LOW RISK** if ALL of the following factors are present:

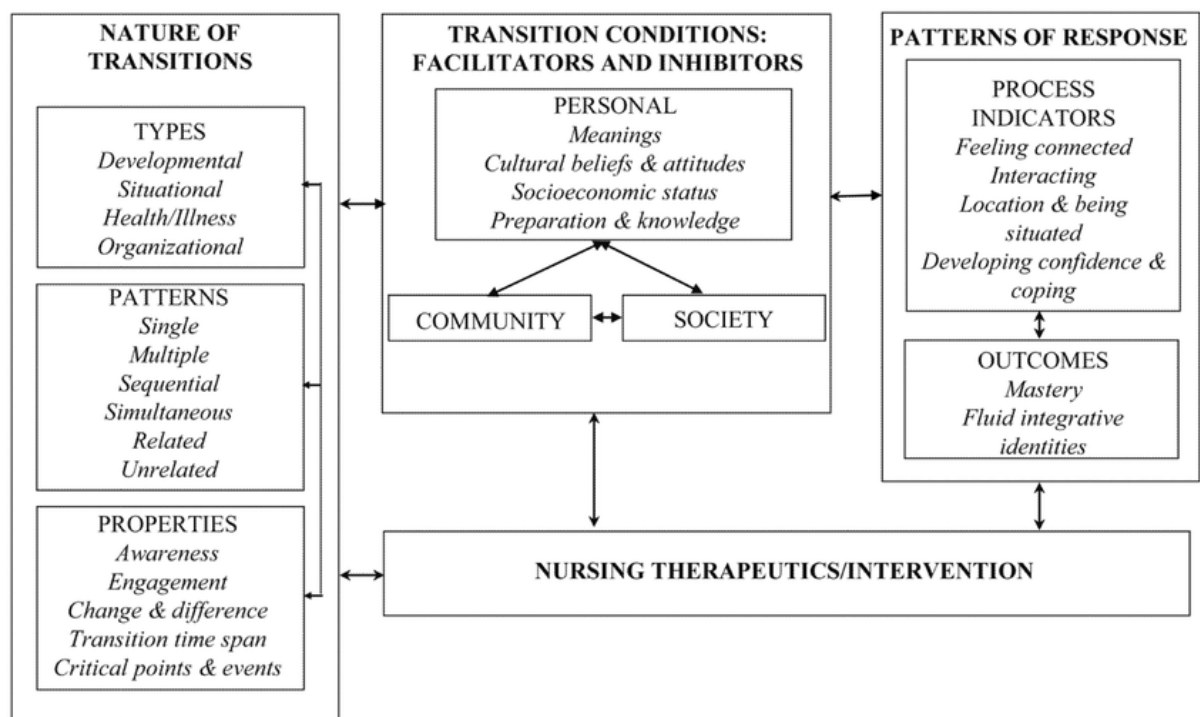
- Left ventricular ejection fraction $> 50\%$
- No resting or exercise-induced complex dysrhythmias
- Uncomplicated MI, CABG, angioplasty, atherectomy, or stent:
 - Absence of CHF or signs/symptoms indicating post-event ischemia
- Normal hemodynamic and ECG responses with exercise and in recovery
- Asymptomatic with exercise or in recovery, including absence of angina
- Maximal functional capacity at least 7.0 METs*
- Absence of clinical depression or depressive symptoms

3 Patient is at **INTERMEDIATE RISK** if they meet neither High Risk nor Low Risk standards:

- Left ventricular ejection fraction = 40–50%
- Signs/symptoms including angina at “moderate” levels of exercise (60–75% of maximal functional capacity) or in recovery
- Mild to moderate silent ischemia (ST depression less than 2mm) with exercise or in recovery

**If measured functional capacity is not available, this variable can be excluded from the risk stratification process.*

ANEXO 2 – Teoria das Transições de Afaf Meleis
(Meleis et al., 2000, p.17)



APÊNDICE 1 – Estudo de Caso em contexto de ECCI

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Local de Estágio – UCC [REDACTED] ECCI

Discente

Ana Rita Rodrigues nº 2698

Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Local de Estágio – UCC [REDACTED] ECCI

Discente

Ana Rita Rodrigues nº 1698

Docente Orientador: Prof. José Magalhães

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Lisboa

Novembro de 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

FC – Frequência Cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

MRC – *Medical Research Council*

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

TA – Tensão Arterial

TC-CE – Tomografia Computorizada Crânio-encefálica

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA	7
2. COLHEITA DE DADOS	8
2.1 Dados Pessoais	8
2.2 História de Doença Atual	8
2.3 Antecedentes de Saúde	9
2.4 Condições Habitacionais e de acessibilidade	10
2.5 Componente social	11
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	12
3.1. Avaliação Neurológica	12
3.2 Avaliação Respiratória	15
3.3. Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento	16
3.4. Avaliação da Dor	27
3.5. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado	28
3.6 Avaliação do Cuidador	33
4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	36
4.1 Principais objetivos de reabilitação do cliente e cuidador	36
4.2 Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE®	38
5. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS

ANEXO I – Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

ANEXO II – Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)

ANEXO III – Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Escala de Coma de Glasgow.....	12
Quadro 2. Avaliação dos Pares Cranianos.....	14
Quadro 3. Questionário de Dispneia – <i>Medical Research Council</i>	16
Quadro 4. Escala de Força Muscular - <i>Medical Research Council</i>	16
Quadro 5. Escala Modificada de <i>Ashworth</i>	17
Quadro 6. Avaliação da espasticidade segundo a Escala Modificada de <i>Ashworth</i>	17
Quadro 7. Classificação Funcional da Marcha de Holden.....	24
Quadro 8. Escala de Quedas de Morse.....	25
Quadro 9. Escala de Braden.....	26
Quadro 10. Índice de Barthel.....	29
Quadro 11. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....	30
Quadro 12. Escala de Lawton e Brody.....	31
Quadro 13. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	33

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido em contexto de estágio clínico, numa ECCI, e pretende espelhar e complementar o processo de análise e reflexão desenvolvido ao longo do desenrolar do respetivo processo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Paralelamente, pretende ainda evidenciar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER junto da pessoa com sequelas pós AVC isquémico do cerebelo, e respetiva família, em contexto comunitário.

Segundo Crowe et al. (2011), a metodologia do estudo de caso permite uma análise de intervenções detalhada em contexto de prática clínica. Quando devidamente descrito e fundamentado, esta metodologia traz contributos preciosos sobre a prestação de cuidados, as suas limitações ou ganhos em saúde de determinadas intervenções.

Assim, após breve revisão anátomo-patológica para melhor enquadramento do caso estudado, irei descrever, de forma detalhada e fundamentada, a avaliação conduzida, analisando quais os focos de intervenção, segundo linguagem CIPE, utilizando como referencial o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER, 2015).

Posteriormente será descrito o plano de cuidados desenvolvido à luz destes focos, quais as intervenções planeadas e as executadas, analisando os respetivos resultados, decorrentes da avaliação contínua a que o plano foi sujeito.

1. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA

Em Portugal, no ano de 2017, morreram 11 270 pessoas na sequência de um AVC (INE, 2019), uma taxa que tem vindo a reduzir face ao investimento na resposta precoce a este evento. Contudo isto significa um maior número de pessoas com sequelas pós-AVC, que acarretam grandes níveis de incapacidade e perda de funcionalidade, pelo que se torna fundamental também um crescente investimento na capacitação destas pessoas e famílias.

A OMS (1988) define AVC como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram mais de 24 horas ou causam morte, sem outra causa aparente que não a de origem vascular.

De acordo com a sua etiologia, o AVC poderá ser isquémico ou hemorrágico. A pessoa alvo do estudo de caso, sofreu um AVC isquémico embólico, que ocorre na presença de uma oclusão arterial por um êmbolo em circulação na corrente sanguínea, sendo a instalação do quadro súbita. Estima-se que 34% sejam de origem cardíaca, nomeadamente por fibrilhação auricular ou outras arritmias, enfartes, ou complicações de cirurgia vascular (Ferro & Pimentel, 2006).

Dependendo das estruturas envolvidas no AVC, as manifestações e sequelas do mesmo serão diferentes, pelo que é importante compreender as suas funções e quais as alterações associadas. No caso analisado estamos perante um AVC na região das artérias vertebrais, no cerebelo.

Situado na fossa craniana posterior, o cerebelo tem um papel fundamental na coordenação motora, articulação verbal, controlo de movimentos oculares, controlo de equilíbrio, e controlo das funções autonómicas. Além destas funções já bem estudadas, tem-se vindo a analisar a possibilidade de ter um papel no controlo de funções cognitivas específicas como funções executivas, de linguagem, viso-espaciais e de comportamento (Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006). No que diz respeito a AVC que afetem o território das artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos, estão descritas alterações como desequilíbrio e ataxia, nistagmo, diplopia e parésia dos movimentos oculares, disartria, disfagia, coma, síndromes alteras e parésias e/ou alterações da sensibilidade (Ferro & Pimentel, 2006).

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 Dados Pessoais

Nome: Sr. A.A.T. (A.T.)

Idade: 70 anos

Sexo: Masculino

Naturalidade: Vale de Cambra, Aveiro

Residência: Lisboa

Estado civil: Casado

Cuidadora: Sr.^a T.T. (esposa)

Profissão: Reformado (vendedor comercial)

Componente familiar: O Sr. A.T. reside com a sua esposa e têm, em conjunto, um filho, o Sr. F.T., de 42 anos, que reside nos arredores de Lisboa com a sua esposa e dois filhos do casal, R.T de 9 anos e G.T. de 7 anos. O Sr. A.T. e a Sr.^a T.T. têm uma relação próxima com o filho, nora e netos. Refere ainda existência de sobrinhos com quem mantém um contato próximo.

2.2 História de Doença Atual

Diagnóstico: Acidente Vascular Cerebral isquémico do cerebelo

Síntese de evolução: Segundo informação colhida junto da nota de alta, o Sr. A.T. recorreu ao serviço de urgência do Hospital do Barreiro-Montijo a 25/11/2018 após episódio de vertigem rotatória e diplopia de instalação súbita, efetuou TC-CE, com ausência de lesões isquémicas ou hemorrágicas.

No SU, instalou-se quadro de hemiparesia esquerda e hemihipostesia ipsilateral associado a alterações de linguagem. Repetiu TC-CE e realizou angioTC-CE que revelou lesão isquémica aguda, tendo ainda sido detetada fibrilhação auricular no ECG. Não foi submetido a terapêutica de fase aguda do AVC e a 26/11, 24horas após início de sintomas, foi transferido para o hospital de São José.

Na admissão apresentava vertigem, nistagmo horizontal mais exuberante na levoversão, hemiataxia esquerda, hemihipostesia direita, protusão simétrica a língua, elevação simétrica do véu palatino e disfonia. Repetiu TC-CE que mostrou acentuação da hipodensidade do hemisfério cerebeloso esquerdo, e angioTC-CE que mostrou oclusão da artéria vertebral esquerda, tendo sido admitido diagnóstico de AVC isquémico do cerebelo.

Devido ao tempo de evolução e por apresentar lesão isquémica estabelecida, não foi considerado elegível para terapêutica de fase aguda, tendo sido observado

por neurologia que considerou não haver indicação para craniectomia descompressiva, iniciando terapêutica antiedematosa.

A 27/11 o Sr. A.T. foi admitido na Unidade Cerebrovascular, tendo sido transferido posteriormente para Unidade de Cuidados Intensivos por quadro de insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Na sequência do desmame ventilatório houve necessidade de realizar traqueostomia a 11/12.

Foi novamente transferido para a UCV a 13/12, onde repetiu TC-CE que revelou diminuição do efeito de massa da lesão isquémica. À data, apresentava protusão da língua simétrica, parésia da elevação do véu palatino à esquerda, sem reflexo faríngeo, hemiataxia esquerda e hemihipostesia direita.

Por apresentar estabilidade clínica, a 17/12 foi transferido para a Medicina 2.1 do Hospital S. António dos Capuchos, onde iniciou levante para o cadeirão, com boa tolerância, colaborando na cinesiterapia. Gradualmente, iniciou levante e treino de marcha, com melhoria da coordenação dos movimentos.

Durante o internamento foi tentada a remoção de sonda nasogástrica (instituída para alimentação e administração de terapêutica) e reintrodução da alimentação por via oral, contudo o Sr. A.T. não apresentou reflexo de deglutição eficaz, com dessaturação, taquicardia e necessidade de aspiração do conteúdo administrado, pelo que, a 06/03, foi colocada PEG, sem intercorrências.

O Sr. A.T. teve alta a 21/3, com seguimento na Consulta de Cerebrovascular e Otorrinolaringologista, encaminhado para a Unidade de Média Duração e Reabilitação, Residência Montepio Montijo.

Nesta unidade, e segundo registo da plataforma *Gestcare*, foi desenvolvido um plano de intervenção de reabilitação e capacitação da pessoa e cuidador, que teve como principais focos a reeducação funcional respiratória, o treino de oclusão de traqueostomia, treino de marcha, treino de AVD e a capacitação da cuidadora.

Após três meses, o Sr. A.T. tem alta da UMDR, com encaminhamento para a ECCI, onde daria continuidade ao plano de intervenção.

2.3 Antecedentes de Saúde

Hábitos aditivos: O Sr. A.T. é ex-fumador, fumou entre os seus 30 e 50 anos, 20 UMA (unidades maço ano), nega outros hábitos aditivos.

Alergias: Sem alergias conhecidas.

Terapêutica Habitual:

- Levetiracetam 500 mg, 1cp ao Peq. Almoço e 1cp ao Deitar;
- Esomeprazol 20 mg, 1cp em jejum;
- Bisoprolol 2,5 mg, 1cp ao Almoço se TA (sistólica) > 100 mmHg ou FC > 60 bpm e 1cp ao Jantar;
- Sertralina 50 mg, 1cp ao Peq. Almoço e 1cp ao Jantar;
- Pregabalina 50 mg, 1cp ao Peq. Almoço e 1cp ao Jantar;
- Acenocumarol 4 mg, esquema conforme INR
- Quetiapina 50 mg, 1cp ao Jantar;
- Brometo de tiotrópio 2,5mcg/dose, solução para inalação por nebulização, uma nebulização ao Peq. Almoço, Almoço e Deitar;
- Salbutamol 100mcg/dose, suspensão pressurizada para inalação, duas inalações ao Peq. almoço, almoço e Deitar;
- Beclometasona 250mcg/dose, solução pressurizada para inalação, uma inalação ao Peq. Almoço e ao Deitar.

Comorbilidades:

- Hipertensão Arterial;
- Epilepsia idiopática, com mais de 30 anos de evolução, sem crises há vários anos;
- Síndrome vertiginoso.

Hábitos de Vigilância de Saúde: Previamente ao internamento, o Sr. A.T. atendia a consultas semestrais de Medicina Geral e Familiar na USF Vasco da Gama, consultas anuais de Neurologia e semestrais de Otorrinolaringologista no Hospital Egas Moniz.

Disponibilidade de Recursos Sociais, familiares e de saúde/doença: O Sr. A.T. e esposa/cuidadora auferem um valor mensal que lhes permite suprir as suas necessidades, não apresentando dificuldades ou carências financeiras.

O filho do casal, Sr. F.T., não estando presente diariamente, mantém um contacto permanente, no sentido de perceber as necessidades do casal e facilitar a sua resolução. O Sr. F.T. é fisioterapeuta e, não se sentindo capaz de assumir os cuidados ao pai neste âmbito, providenciou um fisioterapeuta particular no domicílio.

A esposa/cuidadora, Sr.^a T.T., contratou uma empregada doméstica, que presta serviços semanalmente.

2.4 Condições Habitacionais e de acessibilidade

O Sr. A.T. reside num apartamento com dois quartos, uma casa de banho,

uma sala e uma cozinha. Trata-se de um apartamento com boas condições de higiene e salubridade, com áreas e largura de portas que permitem a deslocação de cadeira de rodas. A casa de banho foi adaptada no sentido de promover uma maior independência do cliente (substituição de banheira por poliban com cadeira de banho e duas barras de apoio fixas para as transferências, colocação de barras de apoio rebatíveis na sanitas, substituição do lavatório e armário respetivo por um mais baixo e com espaço por baixo que permita acomodar o cliente na cadeira de rodas, colocação de tomada e interruptor elétrico ao nível do cliente), restantes divisões foram adaptadas, através da retirada ou reposicionamento de móveis, exceto a cozinha, já que não era uma divisão onde o cliente desenvolve-se atividades.

O acesso ao prédio não apresenta barreira arquitetónicas, sendo realizado por uma porta larga, sem escadaria ou declives, que permite a passagem de uma cadeira-de-rodas. O apartamento corresponde a um quinto andar, tendo acesso por dois elevadores, com espaço suficiente para acomodar uma cadeira de rodas e um acompanhante, ou por escadaria com corrimão.

Para deslocações ao exterior, nomeadamente consultas ou sessões de fisioterapia, o cliente desloca-se em cadeira de rodas, sempre acompanhado pela esposa. Uma vez que esta não conduz, deslocam-se em táxi adaptado, em alternativa, mas de forma mais esporádica, o transporte é feito pelo filho do casal.

2.5 Componente social

Previamente ao internamento, o Sr. A.T., apesar de reformado, ainda desenvolvia a sua atividade laboral enquanto vendedor comercial, não pela questão monetária, mas pelo “sentimento de utilidade” (sic). Refere que após o horário laboral gostava de passear, tendo uma vida social ativa na sua área de residência, referindo que “estar em casa não era para mim” (sic).

Presentemente, não apresenta capacidade de desenvolver a sua atividade laboral e as idas ao exterior acontecem maioritariamente no contexto de idas a consultas, com grande insegurança por parte da cuidadora em transportar o cliente ao exterior.

3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

3.1. Avaliação Neurológica

Estado de consciência: De forma a objetivar esta avaliação, procedeu-se à aplicação da Escala de Coma de Glasgow que, através da avaliação de três indicadores – abertura ocular, resposta verbal e resposta motora – permite obter um valor que caracteriza o estado de consciência da pessoa. Este somatório poderá compreender entre um score mínimo de 3 – pessoa em coma profundo – ou um score máximo de 15 – pessoa desperta e totalmente alerta (Baptista, 2003).

Face à avaliação realizada (itens a sombreado), O Sr. A.T. apresenta um score de 15, encontrando-se vígil, com reação adequada a estímulos verbais e outros do meio ambiente.

Quadro 1. Escala de Coma de Glasgow (Baptista, 2003, p. 78)

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Estado de orientação: O Sr. A.T. apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente.

Atenção: Não apresenta alterações no âmbito da atenção, no que concerne à vigilância, tenacidade e concentração.

Memória: Não apresenta alterações da memória imediata ou recente de curto prazo, tendo repetido três palavras não relacionadas do Teste Mini-Cog aplicado (rio, nação, dedo) no imediato e cerca de 5 minutos depois. Não apresenta alterações da memória recente a longo prazo, sendo capaz de descrever os exercícios musculares que realizou na manhã do próprio dia, não apresentando ainda alterações da memória remota, descrevendo eventos passados. Mantém memória declarativa sem alterações.

Linguagem: O Sr. A.T. apresenta disfonia, não apresentando outras alterações no âmbito do discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura e linguagem elaborada. Aparentemente sem alterações na escrita.

Capacidades práticas: A análise sumária das capacidades práticas foi prejudicada pelas alterações de coordenação e sensibilidade presentes (descritas em componente próprio), contudo, não aparenta alteração das capacidades práticas na avaliação dos gestos simbólicos ou icônicos.

Negligência Hemiespacial Unilateral: Aparentemente sem *neglet*, respondendo e interagindo a estímulos em ambos os hemiespaços.

Mini-avaliação cognitiva – Teste Mini-Cog: Construído para ser de aplicação simples e rápida (3 minutos), o Mini-Cog tem demonstrado grande sensibilidade na identificação de pessoa com défice cognitivo (Ismail, Rajii & Shulman, 2010). A sua aplicação consiste em dois testes: pedir para a pessoa memorizar três palavras não relacionadas, existindo seis versões validadas destas palavras, e pedir para a pessoa desenhar um mostrador de relógio que marque 11h10 ou 8h20, após o qual a pessoa deverá repetir as palavras. A pontuação do teste contempla quatro resultados: 3 palavras recordadas ou 1-2 palavras recordadas e teste do relógio normal – negativo para défice cognitivo – e 1-2 palavras recordadas e teste do relógio anormal ou 0 palavras recordadas – positivos para défice cognitivo (Ismail et al., 2010).

O Sr. A.T. foi avaliado usando a versão 4 das três palavras (rio, nação e dedo), tendo conseguido recordar as três, já o teste do relógio, foi pedido que marcasse 8h20, o que o cliente não conseguiu completar. Assim, recordado 3 palavras, o Sr. A.T. não apresenta défice cognitivo.

Avaliação dos Pares Cranianos:

A avaliação dos pares cranianos permite, através de múltiplas técnicas específicas, sistematizar as alterações neurológicas existentes. No quadro infra,

encontra-se descrita a avaliação efetuada no âmbito de cada par craniano e o resultado observado.

Quadro 2. Avaliação dos Pares Cranianos

Avaliação dos pares cranianos M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; NA – Não avaliável.		Direita	Esquerda
I – Olfativo	De olhos fechados, identificar um odor forte (café, tabaco e limão), bilateral.	M	M
II – Ótico	Encerrando um olho, testar a acuidade visual e campo de visão do outro (contagem de dedos).	M	M
III – Oculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Testar resposta pupilar (iluminação), movimentos conjugados e simetria ocular (seguir o dedo do enfermeiro que desenha um H).	M	Reação pupilar lentificada, elevação da pálpebra superior diminuída
V – Trigêmeo	De olhos fechados, testa-se bilateralmente a sensibilidade tátil (compressa), térmica (gelo e soro aquecido) e dolorosa (espátula partida) nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular.	D	M
	Com fio de algodão, toca-se na córnea: reflexo córneo-palpebral.	D	M
	Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente.	M	M
VII – Facial	Sorrir e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras – pesquisar apagamento do sulco nasogeniano.	M	D
	Avaliar a capacidade de reconhecer sabores nos 2/3 anteriores da língua (salgado-sal; amargo-limão; doce-açúcar).	M	M
VIII – Acústico	De olhos fechados, testar a acuidade auditiva (identificar o som esfregar os dedos ou relógio); com diapasão: teste de Rinne e teste de Weber.	D	D
	Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico,	Sentado: M Ortostático: D	

	sentado e ortostático.		
IX – Glossofaríngeo	Avaliar a capacidade de reconhecer sabores nos 1/3 posterior da língua (salgado-sal; amargo-limão; doce-açúcar).	M	M
X – Vago	Com uma espátula, pesquisar reflexo do vômito. Identificar alterações do tom de voz ou presença de rouquidão.	A Disfonia	
XI – Espinhal	Avaliar capacidade de lateralizar a cabeça e elevar os ombros contra a resistência das mãos do enfermeiro.	M	D
XII - Hipoglosso	Testar a propulsão antero-posterior e a lateralidade da língua, pesquisar atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva na fossa piriforme.	Desvio da língua e úvula à direita, sem atrofia da língua	

3.2 Avaliação Respiratória

3.2.1 Avaliação Objetiva

O Sr. A.T. apresenta traqueostomia nº 8 com cânula fenestrada clampada, bem tolerada.

Inspeção Estática: O Sr. A.T. apresenta um tórax normolíneo e simétrico, sem alterações cutâneas.

Inspeção Dinâmica: A frequência respiratória oscila entre os 16 e os 18 ciclos/min, com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude torácica superficial, sendo a respiração simétrica.

Palpação: A traqueia encontra-se na linha média, não apresenta alterações da expansibilidade do tórax.

Percussão: Não apresenta alterações.

Sinais Vitais: TA: 101/60 mmHg; FC: 71bpm; SpO2 (em ar ambiente): 99%, T.ax: 36, 4°C.

Auscultação Pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído nas bases pulmonares. Apresenta roncos localizados na base esquerda, audíveis nos dois tempos respiratórios.

3.2.2 Avaliação Subjetiva

Tosse: O Sr. A.T. apresenta o reflexo de tosse mantido, mas ineficaz.

Expetoração: Apresenta secreções traqueobrônquicas mucopurulentas em

pequena a moderada quantidade.

Toracalgia: O cliente não apresenta toracalgia.

Dispneia: Para a avaliação da dispneia fez-se uso do Questionário de Dispneia MRC, recomendada pela DGS (2009), onde foram explicados os diferentes graus e respetivos significados ao cliente, sendo que o mesmo refere enquadrar-se no Grau 0 – sem dispneia, a não ser com exercício extenuante.

Quadro 3. Questionário de Dispneia – *Medical Research Council*

Grau	Características Definitórias
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Ainda mais devagar que pessoa da mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára de respirar após caminhar uma quadra (90 a 120m) ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se

3.3. Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento

3.3.1 Força Muscular: Para avaliação da força muscular, foi utilizada a Escala de Força Muscular do MRC, que compreende os seis graus descritos infra.

Quadro 4. Escala de Força Muscular - *Medical Research Council*

0 – Nenhuma contração visível	1 – Contração visível sem movimento do segmento	2 – Movimento ativo com eliminação da gravidade	3 – Movimento ativo contra a gravidade	4 – Movimento ativo contra a gravidade e resistência	5 – Força normal
--	--	--	---	---	------------------------

Movimentos Avaliados	D	E
Abdução do Ombro	5	5
Flexão do Cotovelo	5	5
Extensão do Punho	5	5
Flexão da Anca	4	4
Extensão do Joelho	4	4
Dorsiflexão do Tornozelo	4	4

3.3.2 Tônus Muscular: Um dos instrumentos mais difundidos e utilizados para avaliar a alteração do tônus muscular/espasticidade na pessoa com AVC é a Escala Modificada de *Ashworth* (Teixeira et al., 2017). A avaliação é conduzida em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, através da mobilização passiva da extremidade, sendo avaliada a partir do momento em que apresente resistência e traduzindo-se em seis graus diferentes, descritos no quadro seguinte.

Quadro 5. Escala Modificada de *Ashworth* (Menoita, 2012, p. 60)

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

Realizando a avaliação descrita, e aplicando a escala no caso do Sr. A.T, foi possível construir o seguinte quadro.

Quadro 6. Avaliação da espasticidade segundo a Escala Modificada de *Ashworth*

Segmento	Movimento	Avaliação	
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo Umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0

	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão Plantar	0	0
	Dorsiflexão	0	0
	Desvio Cubital	0	0
	Desvio Radial	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polegar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo Femoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão Plantar	0	0
	Flexão Dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0

	Abdução	0	0
--	---------	---	---

3.3.3 Coordenação de Movimentos: O Sr. A.T. apresenta hemiataxia à esquerda documentada, que se traduz em descoordenação dos movimentos do hemicorpo esquerdo.

Como expectável, o Sr. A.T. apresentou dismetria à esquerda na prova index-nariz e disdiacocinesia à esquerda na prova dos movimentos alternados.

3.3.4 Sensibilidade

No âmbito da sensibilidade, foram avaliadas as sensibilidades superficiais e profundas, como descrito, a sensibilidade superficial foi avaliada na vertente tátil, térmica e dolorosa, já a sensibilidade profunda foi avaliada a componente postural, vibratória e de pressão.

Sensibilidade Superficial	Tátil (toque de algodão): não foram percecionadas alterações
	Térmica (com recurso a quente e frio): foi percecionada sensibilidade superficial térmica discretamente diminuída em todo o hemicorpo direito, sem alterações à esquerda
	Dolorosa (pressão com espátula partida): não foi percecionada alteração
Sensibilidade Profunda	Postural: com os olhos fechados conseguiu identificar a posição em que foram posicionados os diferentes membros (distal para o proximal), não sendo percecionadas alterações
	Vibratória: com recurso a diapasão, não foram percecionadas alterações
	Pressão: não foram percecionadas alterações

3.3.5 Amplitudes Articulares

Não tendo sido utilizado o equipamento indicado (goniómetro), o Sr. A.T. não aparenta alterações no âmbito da amplitude articular.

3.3.6 Equilíbrio

Após uma avaliação subjetiva, foi possível perceber que o Sr. A.T. mantém o equilíbrio sentado estático e dinâmico, mas apresenta alterações no equilíbrio ortostático estático e dinâmico. No sentido de objetivar estas alterações, foi aplicada a amplamente divulgada e utilizada Escala de Equilíbrio de Berg.

Esta escala é constituída por 14 tarefas funcionais que envolvem o equilíbrio

estático e dinâmico, podendo cada uma ser pontuada de 0 a 4, dependendo do desempenho da pessoa. O somatório total é de 56 pontos, sendo que uma pontuação de 0 a 20 indica mau equilíbrio e de 40 a 56 indica bom (Abreu & Caldas, 2008).

Após a aplicação da escala infra (itens a sombreado), foi possível objetivar que o Sr. A.T. apresenta um mau equilíbrio, com um score de 20.

Quadro7. Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg	
1. Posição sentada para posição de pé (Instruções: por favor levante-se, tente não usar as mãos para se apoiar)	
Pontuação	
(4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	
(3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos	
(2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas	
(1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se	
(0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)	
Pontuação	
(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	
(3) Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão	
(2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	
(1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	
(0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	
3. Permanecer sentado sem apoio de costas mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)	
Pontuação	
(4) Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza durante 1 minuto	
(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	

4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)
Pontuação
(4) Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
(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
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira para a outra com o apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.
Pontuação
(4) Capaz de transferir-se com segurança com o uso mínimo das mãos
(3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
(2) Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais com/ ou supervisão
(1) Necessita de uma pessoa para ajudar
(0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)
Pontuação
(4) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
(3) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
(2) Capaz de permanecer em pé por 3 segundos
(1) Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
(0) Necessita de ajuda para não cair
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: junte os seus pés e fique sem se apoiar)
Pontuação
(4) Capaz de posicionar os pés juntos por 1 minuto com segurança
(3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão

(2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
(1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
(0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para a frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar a rotação do tronco).
Pontuação
(4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
(3) Capaz de alcançar acima de 12,5 cm (5 polegadas)
(2) Capaz de alcançar acima dos 5 cm (2 polegadas)
(1) Capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão
(0) Perda de equilíbrio durante várias tentativas/ necessidade de suporte externo
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções; pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)
Pontuação
(4) Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
(3) Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
(2) Incapaz de pegá-lo, mas estica-se até ficar a 2 – 5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente
(1) Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentado
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento).

Pontuação
(4) Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição de peso
(3) Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menos 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
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se em redor de si mesmo. Pausa. Gira-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário)
Pontuação
(4) Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mais
(3) Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou mais
(2) Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
(1) Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
(0) Necessita de ajuda enquanto gira
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes).
Pontuação
(4) Incapaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
(3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos
(2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
(1) Capaz de completar mais que 2 movimentos com mínimo de ajuda
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se achar que não vai conseguir coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado).
Pontuação
(4) Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente,

permanecer por 30 segundos
(3) Capaz de colocar um pé mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer durante 3 segundos
(2) Capaz de dar um pequeno passo, independentemente e permanecer por 30 segundos
(1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
(0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé
14. Permanecer em pé sobre uma perna (instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)
Pontuação
(4) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos)
(3) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
(2) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos
(1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
Score: 20 – Mau equilíbrio

3.3.7 Marcha

O Sr. A.T. demonstra marcha presente com auxiliar de marcha – andarilho – contudo, devido hemiataxia à esquerda e ao mau equilíbrio que apresenta, necessita de ajuda de uma pessoa para que esteja marcha seja eficaz e segura. Objetivando esta avaliação, de seguida apresenta-se a Classificação Funcional da Marcha de Holden, que permite classificar a marcha da pessoa em seis categorias. O Sr. A.T. apresenta-se na categoria 1 – Marcha Dependente Nível II.

Quadro 7. Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 – Marcha Ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura

1 – Marcha Dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 – Marcha Dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 – Marcha Dependente com Supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 – Marcha Independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 – Marcha Independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

3.3.7 Quedas

A Escala de Quedas de Morse é uma ferramenta que, através da avaliação de 6 pontos distintos, permite uma avaliação objetiva do risco de queda da pessoa. A pontuação final pode variar entre 0 e 125 pontos, sendo que a pontuação de 0 a 24 representa sem risco de queda, de 25 a 50 representa baixo risco de queda e 51 a 125 representa alto risco de queda (Costa-Dia, Ferreira & Oliveira, 2014).

O Sr. A.T., face às suas múltiplas alterações já descritas apresenta um elevado risco de queda, atestado pelo score final da Escala de Quedas de Morse – 65 – Alto Risco.

Quadro 8. Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	

Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Score: 65 – Alto Risco	

3.3.8 Avaliação de risco de úlcera por pressão – Escala de Braden:

Segundo a DGS (2011), deve-se proceder à avaliação de risco de úlcera por pressão a todos os clientes, independentemente do seu contexto de cuidados, fazendo uso da Escala de Braden. Esta escala contempla a avaliação de 6 dimensões, a sua cotação pode variar entre 1 a 4 (exceto forças e deslizamento que variam 1 a 3), podendo o score final ser compreendido entre 6 e 23. Um score final inferior a 16 corresponde a Alto Risco e um score superior a 17 corresponde a um Baixo Risco.

O Sr. A.T. não apresenta perdas de integridade cutânea, nomeadamente úlceras por pressão, revelando a avaliação de Escala de Braden um score de 18 – Baixo Risco.

Quadro 9. Escala de Braden

Item	Pontuação
Perceção Social Capacidade de reação significativa ao desconforto	Completamente limitada – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3

	Nenhuma limitação – 4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida – 1
	Pele muito húmida – 2
	Pele ocasionalmente húmida – 3
	Pele raramente húmida – 4
Atividade Nível de atividade física	Acamado – 1
	Sentado – 2
	Anda ocasionalmente – 3
	Anda frequentemente – 4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3
	Nenhuma limitação – 4
Nutrição Alimentação Habitual	Muito pobre – 1
	Provavelmente inadequada – 2
	Adequada – 3
	Excelente – 4
Fricção e Forças de Deslizamento	Problema – 1
	Problema potencial – 2
	Nenhum problema – 3
Score: 18 – Baixo Risco	

3.4. Avaliação da Dor

A presença de dor, nas suas mais variadas apresentações, poderá constituir-se com um impeditivo para implementação de um programa de reabilitação, além do sofrimento causado pela mesma. Assim, a DGS em 2003 emite uma circular normativa onde considera a dor como o 5º sinal vital, evidenciando a importância da sua avaliação e registo sistemático para melhor intervenção. Uma das escalas de autoavaliação proposta é a Escala Numérica da Dor, onde a pessoa quantifica a sua dor de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima). O Sr. A. T., ao longo das sessões do programa de reabilitação, avaliou sempre a sua dor em 0 (sem dor).

3.5. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

3.5.1 Descrição das alterações na AVD (ABVD e AIVD)

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação ressalva, no Parecer Nº12/2011, o conceito de AVD como o “conjunto de atividade ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.” (MCEER, 2011, p.1), subdividindo-as em dois grandes grupos, as atividade básicas de vida diárias, que dizem respeito ao cuidado pessoal da pessoa, e as atividade instrumentais de vida diária, que dizem respeito às atividades domésticas ou comunitárias.

A avaliação do grau de dependência de cada ABVD e AIVD permite o diagnóstico da necessidade de satisfação das AVD a par da capacitação da pessoas e/ou cuidador para a sua satisfação de forma autónoma e independente, tanto quanto o seu potencial permita.

No âmbito das ABVD, o Sr. A.T. é independente no uso do poliban com recurso a cadeira de banho e barras de apoio, na higiene oral e no arranjo pessoal. Mantém controlo de esfíncteres sendo independente na utilização do sanitário, com recurso a barras de apoio. Dependente na preparação da roupa, requer ajuda parcial a vestir a roupa na parte inferior do corpo, independente na parte superior. Relativamente à alimentação, é dependente na administração através da PEG. Independente nas deslocações em cadeira-de-rodas no domicílio, requer ajuda no exterior, necessitando também de supervisão na marcha com andarilho que realiza apenas no domicílio. O Sr. A.T. é independente na transferência cama-cadeira, cadeira-cadeirão e cadeira-sanita (e vice-versa), contudo precisa de ajuda parcial na transferência cadeira-cadeira de banho, devido a barreira arquitetónica.

No âmbito das AIVD o Sr. A.T. é dependente na preparação de refeições, nas tarefas domésticas, no lavar a roupa e fazer compras, contudo, eram tarefas que não fazia previamente. É dependente na administração de terapêutica pela PEG, mas independente na administração de terapêutica por inaladores, conhecendo o seu regime terapêutico. É capaz de gerir pequenas somas de dinheiro, utilizar o telefone ou telemóvel para números conhecidos e utilizar táxi ou carros particulares como meio de transporte com ajuda da cuidadora.

Complementarmente à avaliação descritiva, foi conduzida uma avaliação do Índice de Barthel e da Escala de Medida de Independência Funcional, os dois instrumentos que, dada a fiabilidade dos seus resultados, são dos mais largamente difundidos na avaliação da dependência, sendo os dois instrumentos recomendados

pela DGS na avaliação da pessoa pós AVC (DGS, 2011).

Quadro 10. Índice de Barthel

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

Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Acidente ocasional	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
Score: 55 – Dependência Moderada	

Quadro 11. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	<u>Dependência Modificada</u> 5- Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) <u>Dependência Completa</u> 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	Com ajuda

Autocuidado	
A – Alimentação	1
B – Higiene Pessoal	6
C – Banho (Lavar o corpo)	6
D – Vestir Metade Superior	5
E – Vestir Metade Inferior	3
F – Utilização de sanita	6
Controlo de Esfíncteres	
G – Bexiga	6
H – Intestino	7
Mobilidade	
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	5
J - Sanita	5

K – Banheira, duche	2
Locomoção	
L – Marcha/cadeira de rodas	6
M – Escadas	2
Comunicação	
N – Compreensão	7
O – Expressão	3
Consciência do mundo Exterior	
P – Interação Social	5
Q – Resolução dos problemas	4
R - Memória	7
Score: 86 – Incapacidade Funcional Ligeira	

3.5.4 Escala de Lawton e Brody – Escala de AIVD

Esta escala permite a avaliação do nível de dependência da pessoa na execução de AIVD, através da cotação de oito grupos que traduzem as atividades domésticas e comunitárias que constituem as AIVD (Sequeira, 2007).

Quadro 12. Escala de Lawton e Brody

Capacidade para usar o telefone	
Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc.	1
Marca alguns números mais conhecidos	2
Atende o telefone mas não marca	3
Não usa o telefone de todo	4
Compras	
Faz todas as compras independentemente	1
Só faz, independente, pequenas compras	2
Necessita ser apoiado para fazer compras	3
Completamente incapaz para fazer pequenas compras	4
Cozinhar	
Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente	1
Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes	2
Aquece e serve refeições já preparadas ou repara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	3

Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	4
Lida da casa	
Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	2
Faz tarefas diárias leves mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	4
Não participa em qualquer atividade doméstica	5
Tratamento da roupa	
Cuida completamente a lavagem da sua roupa	1
Lava pequenas peças	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros	3
Deslocações	
Viaja independentemente em transporte públicos ou conduz o seu próprio carro	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	2
Viaja em transporte públicos quando acompanhados por outras pessoas	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	4
Não viaja de todo	5
Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos	
É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo corretos	1
Assume a responsabilidade se a medicação estiver preparada previamente	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	3
Capacidade para tratar de finanças	
Lida com assuntos financeiros de forma independente	1
Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	3
Score: 26 – Severamente dependente	

3.6 Avaliação do Cuidador

A intervenção junto do cuidador é essencial no sucesso de qualquer plano de cuidados de enfermagem, contudo, numa situação de incapacidades recém-adquiridas, esta intervenção ganha especiais contornos, pois existe uma necessidade premente de capacitar o cuidador no sentido da satisfação das necessidades da pessoa cuidada e prevenção de sobrecarga do próprio cuidador, facilitando a transição para um novo papel.

Sequeira (2018) propõe a avaliação do índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) (Anexo I) e índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI) (Anexo II), de forma estruturar a intervenção junto do mesmo, existindo ainda o índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI) (Anexo III) que permite a avaliação da satisfação do cuidador, um fator que, conjuntamente com a sobrecarga, influencia os cuidados prestados, pelo que avaliação da Escala de Sobrecarga de Zarit, o instrumento mais utilizado internacionalmente e validado para a população portuguesa, é o recomendado (Sequeira, 2010).

A Sr.^a T.T. referiu sentir-se capaz de assistir o Sr. A.T. na satisfação das AVD, incluindo na utilização dos produtos de apoio e ajudas técnicas referidos, contudo, apresenta algumas dificuldades na gestão da traqueostomia. No âmbito da mobilidade, a Sr.^a T.T. refere não sentir segurança em apoiar o esposo no exterior, na marcha com recurso a andarilho, com receio que o mesmo possa cair. Foi perceptível pela avaliação dos índices, e corroborado pela Sr.^a, que a situação de maior dependência do marido acarretou algumas alterações na sua dinâmica que tiveram um grande impacto, visto tratar-se, previamente, de uma Sr.^a com uma vida social muito ativa, ainda assim, também é perceptível a capacidade adaptativa da Sr.^a, que procura pôr em prática estratégias de combate a essas alterações, demonstrando um nível de sobrecarga ligeira.

Quadro 13. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Questões	Nunca = 1	Quase nunca = 2	Algum as vezes = 3	Bastan tes vezes = 4	Quase sempre = 5
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente		X			

necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?			X		
Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?		X			
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	X				
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?			X		
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			X		
Sente-se incapaz de cuidar do seu		X			

familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?		X			
Score: 53 – Sobrecarga Ligeira					

4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4.1 Principais objetivos de reabilitação do cliente e cuidador

Face à avaliação conduzida e aqui detalhada, podemos identificar dois tipos distintos de transições presentes, a transição saúde-doença, que o Sr. A.T. se encontra a experienciar, e a transição da sua esposa para o papel de cuidadora. É função do EEER não só dar resposta às necessidades do cliente, mas também da sua família/cuidadores, capacitando ambos na integração da sua nova identidade.

No âmbito da avaliação respiratória, foram descritas várias alterações que condicionam um risco de ventilação comprometida e um risco de infeção por uma limpeza das via aéreas ineficaz. A presença de traqueostomia em pessoas que sofreram AVC, tal como a disfagia, conferem um elevado risco da pessoa vir a desenvolver infeções respiratórias, sendo essencial desenvolver intervenções na sua prevenção (Marciniak et al., 2009). Neste sentido, e face às alterações descritas, foi estabelecido um plano de RFR com os objetivos de promover a expansão pulmonar, a mobilização de secreções e a tosse eficaz, a par da otimização da terapêutica inalatória e da capacitação da esposa no cuidado à traqueostomia (Chebib et al, 2019).

Paralelamente, no âmbito da disfagia, a evidência indica-nos que intervenções que visem o treino neuromuscular, que pretende estimular a sensibilidade e fortalecer os músculos faciais, orais e faríngeos, através de estimulação vibratória e exercícios do músculo bucinador, língua e lábios, contribuem para uma melhoria a longo prazo da função da deglutição (Hagglund et al., 2020). Contudo não foram conduzidas intervenções direcionadas à disfagia, visto que o Sr. A.T. tinha contratualizado os serviços de uma terapeuta da fala, cuja intervenção era exclusivamente dirigida à disfagia, pelo que se optou por priorizar outras áreas de intervenção. Ainda assim, foram desenvolvidas, junto da cuidadora, estratégias de capacitação no cuidado à PEG, uma área que a própria identificou como necessária.

Na avaliação neuromuscular, articular, da postura e movimento foram identificadas alterações no âmbito da coordenação de movimentos, do equilíbrio e da força muscular, o que se traduziu em profundas alterações da marcha, tendo sido identificado o potencial de marcha com andarilho, e a necessidade de capacitação da cuidadora na sua assistência. Ilg e Timmann (2013) demonstraram que, na

sequência de um AVC no cerebelo, um plano de RFM, composto por exercícios de treino de marcha, treino de equilíbrio e treino muscular e de coordenação, incrementalmente mais complexos e exigentes (por exemplo: treino de equilíbrio estático para dinâmico; treino de movimentos lentos para rápidos), promovem uma melhoria da estabilidade postural, que se traduz em menor dependência no andar e, conseqüentemente, nas restantes AVD, potenciando a reintegração familiar e social da pessoa. A reintegração social é uma das prioridades do casal, pelo que, as estratégias definidas pretenderão também dar resposta a esta necessidade do casal, atendendo ao seu projeto de vida.

Dadas as alterações, o Sr. A.T. apresentava ainda um elevado risco de queda, pelo que, além das intervenções de RFM, foram promovidas intervenções para a sua prevenção, nomeadamente otimização do ambiente físico do domicílio, promoção da utilização de roupa e calçado adequados, assim como adaptação correta do auxiliar de marcha (Gillespie et al., 2012).

A par da contínua capacitação da esposa, sua cuidadora, e face à avaliação conduzida junto da mesma, é também uma prioridade da minha intervenção prevenir a sua sobrecarga. Adelman et al (2014) sugerem intervenções práticas como reconhecer a cuidadora como parte da equipa de cuidados, atendendo às suas necessidades, receios e dúvidas, fomentar que invista em si, não só na sua saúde mas também em atividades de lazer que lhe agradem, dar a conhecer e promover a utilização de recursos comunitários sensíveis à sua situação, como respostas para descanso do cuidador.

4.2 Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE®

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado de Enfermagem	Ações de diagnóstico e de intervenção
30/9	Risco de ventilação comprometida	Sem ventilação comprometida	Vigiar respiração Vigiar ventilação Monitorizar saturação de oxigénio Auscultar tórax Assistir no posicionamento (posição de descanso e relaxamento) Ensinar e treinar dissociação de tempos respiratórios Executar técnica de reeducação diafragmática posterior, da hemícupula direita e esquerda Executar técnica de reeducação costal superior, inferior direita e esquerda e costal global (com uso de bastão) Incentivar a executar técnica respiratória Otimizar inaladores
30/9	Limpeza das vias aéreas ineficaz	Limpeza das vias aéreas eficaz	Vigiar respiração Monitorizar saturações de oxigénio Avaliar limpeza das vias aéreas Auscultar tórax Assistir no posicionamento Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória

			Executar técnica de percussão torácica e de compressão torácica Ensinar e treinar tosse dirigida Executar tosse manualmente assistida Vigiar expectoração
30/9	Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar técnicas respiratórias	Conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias melhorados	Avaliar conhecimento e capacidade sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação (posição de descanso e relaxamento, correção postural, dissociação dos tempos respiratórios, inspirações profundas, respiração diafragmática) Ensinar e treinar técnica de posicionamento e técnica respiratória para otimizar a ventilação

Avaliação

Dia 30/9: Cliente eupneico, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude superficial, sendo a respiração simétrica, sat.O₂: 97% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído nas bases pulmonares. Apresenta roncos localizados na base esquerda, audíveis nos dois tempos respiratórios. Foram executadas técnicas respiratórias de otimização de ventilação e de limpeza das vias aéreas. Cliente expectorou, pela traqueostomia, secreções traqueobrônquicas em moderada quantidade, mucopurulentas, de cor esverdeada e composição espessa. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitóraxes, sem ruídos adventícios. Realizados ensinamentos sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação.

Dia 4/10: Cliente eupneico, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude superficial, sendo a respiração simétrica, sat.O₂: 96% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído nas bases pulmonares. Apresenta roncos localizados na base esquerda, menos audíveis que na VD

anterior. Foram executadas técnicas respiratórias de otimização de ventilação e de limpeza das vias aéreas. Cliente expetorou, pela traqueostomia, secreções traqueobrônquicas em menor quantidade, mucopurulentas, de cor amarelada e composição viscosa. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitóraxes, sem ruídos adventícios. Reforçados ensinios sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação e incentivada a sua realização de forma autónoma.

Dia 16/10: Cliente eupneico, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório misto mas predominantemente costal, amplitude superficial, sendo a respiração simétrica, sat.O2: 98% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído (menos que em VD anterior) nas bases pulmonares, sem ruídos adventícios. Foram executadas técnicas respiratórias de otimização de ventilação. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitóraxes, sem ruídos adventícios. Reforçados ensinios sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação e incentivada a sua realização de forma autónoma, que refere realizar (posição de descanso e relaxamento, correção postural, dissociação de tempos respiratórios), com potencial para melhorar capacidade de realizar respiração diafragmática de forma autónoma, realizado treino.

Dia 22/10: Cliente eupneico, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório misto mas predominantemente costal, amplitude superficial, sendo a respiração simétrica, sat.O2: 98% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído nas bases pulmonares. Apresenta roncos localizados na base esquerda, audíveis nos dois tempos respiratórios. Foram executadas técnicas respiratórias de otimização de ventilação e de limpeza das vias aéreas. Cliente expetorou, pela traqueostomia, secreções traqueobrônquicas em pequena quantidade, mucopurulentas, de cor amarelada e composição viscosa. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitóraxes, sem ruídos adventícios. Apresenta capacidade melhorada para realizar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.

30/9	Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade do cuidador para cuidar da traqueostomia	Conhecimento e as capacidade do cuidador para cuidar da traqueostomia melhorados	Assistir no autocuidado do estoma Avaliar conhecimento e capacidade do cuidador para cuidar da traqueostomia Ensinar o cuidador no uso de dispositivos de traqueostomia
------	--	--	---

			Ensinar o cuidador sobre cuidados à traqueostomia Ensinar o cuidador sobre complicações
Avaliação Dia 30/09: A Sr.^a T.T. manifesta dificuldade na gestão do dispositivo, contudo, sabe descrever os cuidados necessários, assim como os sinais de complicações r/c com a traqueostomia. Foram reforçados ensinamentos e prestados cuidados à traqueostomia na presença da cuidadora, que se sente insegura em fazê-lo. Dia 04/10: A Sr.^a T.T. refere manter insegurança na prestação dos cuidados à traqueostomia, contudo descreve os mesmos de forma correta, foi incentivada a participar nos cuidados, fê-lo com relutância. Dia 22/10: A Sr.^a T.T. refere sentir-se mais segura, mantendo necessidade de validação e supervisão ocasional por parte da equipa de saúde, no sentido de reforçar esta segurança. Foi supervisionada a técnica, que executou de forma correta, sabendo identificar os cuidados necessários e os sinais de alerta para eventuais complicações.			
30/9	Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha	Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada	Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (pequena, média e grande distância, subir e descer escadas) Treinar o andar com auxiliar de marcha Assistir no transferir-se Assistir no andar com auxiliar de marcha
30/9	Potencial para melhorar o conhecimento e capacidade do cuidador sobre assistir a andar com auxiliar de marcha	Conhecimento e capacidade do cuidador sobre assistir a andar com auxiliar de marcha melhorados	Avaliar conhecimento e capacidade do cuidador sobre assistir a andar com auxiliar de marcha Ensinar cuidador sobre assistir a andar com auxiliar de marcha Instruir cuidador a assistir a andar com auxiliar de

			marcha Treinar cuidador a assistir a andar com auxiliar de marcha
Avaliação Dia 30/9: Apresenta marcha atáxica à esquerda, o que se traduz numa marcha instável, com um passo com amplitude e comprimento irregular. Cliente capaz de realizar marcha com andador em médias distâncias, piso regular, e subir e descer escadas com bengala, com apoio. Realizados ensinamentos sobre marcha com andador, nomeadamente a sua correta utilização, cliente recetivo, realizados ensinamentos sobre subir e descer escadas com bengala, nomeadamente correta colocação dos pés, cliente recetivo. Realizado treino de marcha com andador no domicílio, em piso regular, e treino de subir e descer escadas (2 lances) com bengala, que tolerou. Cuidadora encontra-se pouco recetiva a desenvolver conhecimentos e capacidades para assistir o cliente no andar com andador por medo, prestado apoio emocional. Dia 4/10: Avaliação sobreponível. Cliente demonstra conhecimento sobre a correta utilização do andador, reforçados ensinamentos sobre o subir e descer escadas com bengala, nomeadamente colocação da bengala. Realizado treino de marcha com andador no domicílio, recorrendo a marcações no chão, em piso regular, e treino de subir e descer escadas (2 lances) com bengala, que tolerou. Cuidadora mantém-se pouco recetiva, prestado apoio emocional e reforçada importância do cliente maximizar o seu potencial. Dia 16/10: Mantém marcha atáxica à esquerda, o que se traduz numa marcha instável, apresenta um passo com amplitude e comprimento menos irregular. Cliente capaz de realizar marcha com andador em médias distâncias, piso regular, com supervisão, mantendo apoio no subir e descer escadas com bengala. Demonstra conhecimentos sobre a correta utilização dos auxiliares de marcha. Realizado treino de marcha com andador no domicílio, em piso regular, e no exterior (curta distância) em piso irregular, e treino de subir e descer escadas (2 lances) com bengala, que tolerou. Cuidadora recetiva a desenvolver conhecimentos e capacidades para assistir no andar com andador de forma gradual – realizados ensinamentos e treino de marcha com andador em pequenas distâncias no domicílio. Dia 22/10: Avaliação sobreponível. Realizado treino de marcha com andador no domicílio, em piso regular, e treino de subir e descer			

escadas (2 lances) com bengala, que tolerou. Cuidadora refere ter assistido cliente no andar com andarilho numa curta distância (sala-wc), sem intercorrências, o que fomentou um sentimento de segurança no seu conhecimento e capacidade. Reforçados ensinamentos e treinos junto da cuidadora.

30/9	Equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido	Equilíbrio corporal não comprometido	Avaliar equilíbrio corporal Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural) Executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros inferiores, apoio unipodal, exercícios de coordenação de movimentos) Incentivar a treinar o equilíbrio corporal
30/9	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para técnica de equilíbrio corporal	Conhecimento e capacidade para técnica de equilíbrio corporal melhorados	Avaliar conhecimento e capacidade para técnica de equilíbrio corporal Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal Treinar técnica de equilíbrio corporal

Avaliação

Dia 30/9: Cliente apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico mantidos, equilíbrio ortostático estático e dinâmico com alterações, é capaz de permanecer em pé com supervisão, precisa de apoio na marcha com andarilho, sobretudo nas mudanças de direção. Promovida correção postural em frente ao espelho (posição ortostática), cliente não demonstra conhecimento sobre importância de correção postural, realizados ensinamentos, contudo demonstra capacidade para a executar, incentivado a treinar até próxima VD.

Dia 4/10: Avaliação sobreponível. Durante treino de marcha, em frente ao espelho, cliente inicia autonomamente correção postural, refere ter realizado este exercício desde última VD. Reforço positivo. Executado treino de equilíbrio através de exercícios de coordenação de movimentos (marcha com traçado no chão) e exercícios de alternância de carga nos membros inferiores em posição ortostática, sem apoio e de olhos fechados, cliente demonstra conhecimento e capacidade para realizar treino.

Dia 16/10: Equilíbrio sentado sem alterações, equilíbrio ortostático estático e dinâmico com alterações menos evidentes, sobretudo nas

mudanças de direção durante a marcha com andarilho, para as quais o cliente já só requer supervisão. Mantém capacidade para correção postural autónoma. Foram treinadas técnicas de equilíbrio executadas na VD anterior.

Dia 22/10: Avaliação sobreponível. Mantém capacidade para correção postural autónoma, que realiza várias vezes ao dia, em frente ao espelho – reforço positivo. Tentada execução de técnica de treino de equilíbrio com apoio unipodal, sem sucesso. Treinada técnica de alternância de carga nos membros inferiores em posição ortostática, sem apoio, de olhos fechados e exercícios de coordenação de movimentos, também em posição ortostática. Cliente mantém conhecimento sobre técnicas, apresentando a capacidade de as executar melhorada.

30/9	Movimento muscular diminuído	Movimento muscular mantido	Monitorizar a força muscular Executar técnicas de exercício muscular e articular (mobilizações ativas e ativas-resistidas, exercícios de agachamento com auxiliar de marcha, exercícios de fortalecimento muscular) Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares
30/9	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para técnicas de exercício muscular e articular	Conhecimento e capacidade para técnicas de exercício muscular e articular melhorado	Avaliar conhecimentos e capacidade para técnicas de exercício muscular e articular Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular Treinar técnicas de exercícios muscular e articular

Avaliação

Dia 30/9: Apresenta força muscular 4/5 nos MI e 5/5 nos MS, foram executados exercícios ativos-resistidos do MS e treino de fortalecimento muscular dos MI com recurso a pedaleira (15 minutos) que utente tolerou, e treino de marcha com andarilho e subir e descer escadas com bengala. Incentivado a executar exercícios musculares e articulares entre VD, realizados ensinamentos e técnicas neste sentido.

Dia 4/10: Mantém força muscular descrita, refere realizar pedaleira (10 a 15 minutos) diariamente, não realizando exercícios no âmbito dos MS, foram reforçados ensinamentos sobre importância de investimento nos exercícios musculó-articulares dos MS. Foram executados exercícios ativo-resistidos do MS e treino de fortalecimento muscular dos MI com recurso a pedaleira (15 minutos), treino de marcha com andador e subir e descer escadas com bengala, agachamentos com recursos à cadeira (duas séries de 5) que utente tolerou.

Dia 16/10: Mantém força muscular descrita, com discreto aumento nos MS, refere realizar pedaleira (10 a 15 minutos) diariamente, iniciou exercícios musculó-articulares ativos dos MS. Foi executado treino de fortalecimento muscular dos MS com recurso a garrafas de água de 0,5L (0,5kg) e dos MI com recurso a pedaleira (15 minutos), treino de marcha com andador e subir e descer escadas com bengala, agachamentos com recursos do andador (duas séries de 5), que utente tolerou.

Dia 22/10: Apresenta força muscular 5/5 em todos os segmentos corporais, refere realizar pedaleira (10 a 15 minutos) diariamente, iniciou exercícios de fortalecimento muscular dos MS com recurso a peso de 0,5kg. Realizado treino de fortalecimento muscular dos MS com recurso a garrafas de água de 0,5L (0,5kg) e dos MI com recurso a pedaleira (15 minutos), treino de marcha com andador e subir e descer escadas com bengala, agachamentos com recursos do andador (duas séries de 5), que utente tolerou.

30/9	Risco de queda elevado	Sem queda	Avaliar risco de queda (Escala de Morse) Ensinar o cliente sobre prevenção de quedas Assistir no andar com auxiliar de marcha Gerir ambiente Gerir medidas de segurança Otimizar ambiente físico
30/9	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda melhorado	Avaliar conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda Assistir a identificar condições de risco para a queda Ensinar o cuidador sobre prevenção de quedas

Avaliação

Dia 4/10: Foram realizados, junto do Sr. A.T. e da esposa, ensinamentos sobre a importância da prevenção de quedas, através da otimização do ambiente físico, e utilização de roupa e calçado adequado, ambos receptivos aos ensinamentos, demonstram conhecer o elevado risco de queda do Sr. A.T.. A esposa, sua cuidadora, demonstra pouca receptividade em assistir no andar com auxiliar de marcha pelo elevado risco de queda, realizados ensinamentos.

Dia 16/10: Ambos demonstram conhecimentos sobre importância da gestão do ambiente físico e identificam, autonomamente, fatores de risco para a queda, sobretudo no exterior, como piso irregular e presença de declives no exterior do domicílio. Validada integridade e adaptação dos auxiliares de marcha do Sr. A.T. (andarilho e bengalas). Apresenta roupa e calçado adequado.

Dia 22/10: Sr. A.T. mantém elevado risco de queda r/c alterações da mobilidade, contudo a esposa demonstra maior segurança em assistir o Sr. A.T. no andar com auxiliar de marcha, sabendo reconhecer condições de risco para queda e como os gerir.

4/10	Risco de stress do cuidador	Stress do cuidador reduzido	Avaliar stress do cuidador (Escala de Zarit) Apoiar o cuidador no tomar conta Ensinar o cuidador sobre recursos na comunidade Incentivar a comunicação de emoções Incentivar o envolvimento da família
4/10	Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para gerir stress	Conhecimento do cuidador para gerir stress melhorado	Avaliar conhecimento do prestado de cuidados para gerir o stress Ensinar o cuidador sobre adaptação Ensinar sobre o papel de cuidador

Avaliação

Dia 4/10: Incentivada a comunicação de emoções, a Sr.^a T.T. manifestou desmotivação com a situação atual, visto que o casal tinha uma vida social ativa previamente ao AVC, sentindo-se “presa” (sic). Foi prestado apoio emocional, sob forma de diálogo, com algum efeito. Foram ainda realizados ensinamentos sobre estratégias de gestão de stress, promovendo um maior envolvimento da família que a Sr.^a

refere não ser possível.

Dia 16/10: Foram aplicados os índices CADI, CAMI e CASI, assim como a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, de forma a adequar a intervenção na sua prevenção. Incentivada a contactar com as suas amigas, grande fonte apoio valorizado pela Sr.^a e a participar em atividades lúdicas, *hobbies*, do seu agrado, que a Sr.^a procura incluir na sua rotina. Refere motivação face à possibilidade do Sr. T.T. retomar gradualmente algumas das atividades sociais no exterior consigo.

Dia 22/10: A Sr.^a T.T. refere manter contacto periódico com pessoas significativas, tendo iniciado pequenas atividades sociais que não impactem com o seu papel de cuidadora. Refere que a capacitação no âmbito dos cuidados à traqueostomia e no apoio da mobilidade do esposo contribuíram para que se sentisse mais segura e menos ansiosa, tal como toda a capacitação prévia à intervenção descrita.

5. CONCLUSÃO

A metodologia de estudo de caso permitiu, de forma individualizada e devidamente fundamentada, compreender fenómenos de saúde/doença cujos contributos serão importantes para situações semelhantes no futuro.

Analisando o estudo de caso, creio que se tornaram evidentes os ganhos em saúde para o Sr. A.T e para a sua esposa. A avaliação inicial, ainda que extensa, pretendeu, de forma fundamentada, avaliar a multidimensionalidade da pessoa e família, permitindo identificar problemáticas reais e potenciais, visto que o EEER também atua na prevenção de complicações.

O plano traçado foi ao encontro não só das problemáticas e das necessidades identificadas, mas também nas identificadas pelo Sr. A. T. e sua esposa, na perspetiva de promover uma transição saudável para ambos que considere os objetivos e necessidades individuais de cada um. É importante referir que esta transição não cessou no fim deste estudo de caso mas que, à luz dos indicadores de processo, como sentirem-se integrados e motivados, se desenrola no sentido positivo.

As intervenções desenvolvidas, na ótica da capacitação, tiveram o objetivo transversal de promover a autonomia e independência do casal, promovendo também a retoma da participação social, uma prioridade referida por ambos, pelo que os pequenos (grandes) ganhos neste âmbito tiveram especial valor para o casal e serviram como fonte de motivação para a continuação do plano.

Este estudo permitiu ainda evidenciar a importância da intervenção diferenciada do EEER, integrado numa equipa multidisciplinar, em contexto comunitário, onde a capacitação da pessoa e família têm especial expressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. & Caldas, S. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista brasileira de fisioterapia*.12 (4).324-30. Acedido a 27/10/2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.
- Adelman, R.; Tmnova, L.; Delgado, D.; Dion, S. & Lachs, M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 311(10). 1052-60. Acedido a 12/12/2019. DOI: 10.1001/jama.2014.304.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22/12/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf.
- Baptista, R. (2003). Avaliação do doente com alteração do estado de consciência – escala de Glasgow. *Referência – Revista de Educação em Enfermagem*. 10. 77-80. Acedido a: 21/10/2019. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2067&id_revista=5&id_edicao=11.
- Bugalho, P.; Correa, B.; Viana-Baptista, M. (200&9 Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica*. 19. 257-268. Acedido a 28/10/2019. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/924/597>
- Chebib, N.; Cuvelier, C.; Malezieux-Picard, A.; Parent, T.; Roux, X.; Fassier, T.; ...; & Prendki, V. (2019). Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Aging clinical an experimental research*. 33. 1091-100. Acedido a 14/12/2019. DOI:10.1007/s40520-019-01437-7.
- Costa-Dias, M.; Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de enfermagem de referência*. IV(2). 7-17. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a02.pdf>.
- Crowe, S.; Cresswell, K.; Robertson, A.; Huby, G.; Avery, A. & Sheik, A. (2011). The

- case study approach. *Medical Research Methodology*. 11(100). 1-9. Acedido a 31/10/2019. DOI: 10.1186/1471-2288-11-100.
- DGS. (2003) *A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. Nº 09/DGCG. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2009). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Nº054/2011. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.
- DGS. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Nº40ª/DSPCD. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>.
- Ferro, J.; Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Gillespie, L.; Robertson, M.; Gillespie, W.; Sherrington, C.; Gates, S.; Clemson, L. & Lamb, S. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9. Acedido a 12/12/2019 DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Hagglund, P.; Hagg, M.; Jaghagen, E.; Larsson, B. & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurology*. 20(405). Acedido a 12/12/2020. DOI:10.1186/s12883-020-01980-1.
- Ilg, W. & Timmann, D. (2013). Gait Ataxia—Specific Cerebellar Influences and Their Rehabilitation. *Movement Disorders*. 28(11). 1566-1575 Acedido a 28/10/2019. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=4f277934-92d4-493c-9bd2-3a5f888c5ece%40pdc-v-sessmgr04>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estatísticas da Saúde—2017. Acedido a 22/12/2020. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=367854789&att_display=n&att_download=y
- Ismail, Z.; Rajji, T. & Shulman, K. (2010). Brief cognitive screening instruments: an update. *International journal of geriatric psychiatry*. 25. 111-120. Acedido a

21/10/2019. DOI:10.1002/gps.2306.

- Marciniak, C.; Korutz, A.; Lin, E.; Roth, E.; Welty, L. & Lovell, L. (2009). Examination of selected clinical factors and medication use as risk factors for pneumonia during stroke rehabilitation: a case-control study. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 88(1). 20-8. Acedido a 18/01/2020. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3181909b73.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (Org.). (2011). Parecer sobre as actividades de vida diárias. *PARECER Nº12/2011*. Acedido a 31/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12). 9-16. Acedido a 30/10/2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, P.; Henriques, A.; Pereira, A.; Teixeira, C.; Margato, D.; Sousa, L. (2017). Instrumentos de avaliação da intensidade do tônus muscular na pessoa após acidente vascular cerebral. *Revista investigação em enfermagem*. Maio 2017. 9-21. Acedido a 21/10/2019. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2720/1/Rev%20Invest%20Enferm%202017%209.pdf>.
- WHO (MONICA Project Investigators). (1988). The World Health Organization MONICA Project: Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 41, 105-114. Acedido a 26/10/2019. DOI:10.1016/0895-4356(88)90084-4.

ANEXO I

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio			X	
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas" / sem poder fazer nada para dominar a situação			X	
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	X			
4	Traz-me problemas de dinheiro	X			
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim			X	
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar			X	
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	X			
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto			X	
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares	X			
10	Deixa-me muito cansado fisicamente			X	
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim		X		
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	X			
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais			X	
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	X			
15	Ando a dormir pior por causa desta situação		X		
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria			X	
17	Esta situação faz-me sentir irritado		X		
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria			X	

19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias			X	
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	X			
23	A minha saúde ficou abalada			X	
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	X			
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	X			
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação		X		
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	X			
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam		X		
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar			X	
30	Esta situação faz-me sentir culpado		X		

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinala, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

ANEXO II

**Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as
dificuldades (CAMI)**

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)

O CAMI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
1 Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo		X		
2 Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante			X	
3 Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				X
4 Reservar algum tempo livre para mim próprio			X	
5 Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer	X			
6 Ver o lado cómico da situação		X		
7 Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu	X			
8 Cerrar os dentes e continuar	X			
9 Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido			X	
10 Procurar obter toda a informação possível acerca do problema			X	
11 Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está	X			
12 Viver um dia de cada vez			X	
13 Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder	X			
14 Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível			X	
15 Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				X
16 Pensar que a situação está agora melhor do que antes	X			
17 Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				X
18 Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução		X		
19 Chorar um bocado			X	
20 Aceitar a situação tal como ela é				X
21 Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante			X	

22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe		X		
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam			X	
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas			X	
25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação			X	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento			X	
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				X
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				X
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido			X	
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte			X	
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				X
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				X
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela			X	
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação			X	
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				X
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes	X			
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras	X			
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				X

Se tem outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

ANEXO II

Índice Para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Prestar cuidados pode dar satisfação porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades			X	
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido			X	
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido			X	
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				X
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido			X	
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz			X	
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa	X			
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				X
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever	X			
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem			X	
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				X
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido			X	
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém			X	
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				X
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero	X			
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade	X			
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado	X			

20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				X
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				X
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos	X			
24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido			X	
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades			X	
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé	X			
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes	X			
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível			X	
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato			X	
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado			X	

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dão.

Prestar cuidados pode dar satisfação porque:		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
		Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

**APÊNDICE 2 – Estudo de Caso em contexto de Serviço de
Cardiologia**

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

**Local de Estágio – Hospital [REDACTED], Internamento de
Cardiologia**

Discente

Ana Rita Rodrigues nº 2698

Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

**Local de Estágio – Hospital [REDACTED], Internamento de
Cardiologia**

Discente

Ana Rita Rodrigues nº 2698

Docente Orientador: Prof. José Magalhães

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Lisboa

Janeiro de 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

FC – Frequência Cardíaca

MRC – *Medical Research Council*

TA – Tensão Arterial

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA	7
2. COLHEITA DE DADOS	8
2.1 Dados Pessoais	8
2.2 História de Doença Atual	8
2.3 Antecedentes de Saúde	8
2.4 Condições Habitacionais e de acessibilidade	9
2.5 Componente social	9
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	10
3.1. Avaliação Neurológica	10
3.2 Avaliação Cardiorrespiratória	10
3.3. Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento	12
3.4. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado	15
4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	21
4.1 Principais Objetivos de Reabilitação do cliente	21
4.3 Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE®	23
5. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Questionário de Dispneia – <i>Medical Research Council</i>	11
Quadro 2. COPD Assessment Test – CAT.....	12
Quadro 3. Escala de Força Muscular - <i>Medical Research Council</i>	12
Quadro 4. Escala de Quedas de Morse.....	13
Quadro 5. Escala de Braden.....	14
Quadro 6 – Índice de Barthel.....	16
Quadro 7. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....	18
Quadro 8. Escala de Lawton e Brody.....	19

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido em contexto de estágio clínico, num Serviço de Internamento de Cardiologia, e pretende espelhar e complementar o processo de análise e reflexão desenvolvido ao longo do desenrolar do respetivo processo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Paralelamente, pretende ainda evidenciar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER junto da pessoa com EAM, integrada na fase I do PRC.

Segundo Crowe et al. (2011), a metodologia do estudo de caso permite uma análise de intervenções detalhada em contexto de prática clínica. Quando devidamente descrito e fundamentado, esta metodologia traz contributos preciosos sobre a prestação de cuidados, as suas limitações ou ganhos em saúde de determinadas intervenções.

Assim, após breve revisão anátomo-patológica para melhor enquadramento do caso estudado, irei descrever, de forma detalhada e fundamentada, a avaliação conduzida, analisando quais os focos de intervenção, segundo linguagem CIPE, utilizando como referencial o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER, 2015).

Posteriormente será descrito o plano de cuidados desenvolvido à luz destes focos, quais as intervenções planeadas e as executadas, analisando os respetivos resultados, decorrentes da avaliação contínua a que o plano foi sujeito.

1. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA

O EAM é uma das principais causas de morte e perda de funcionalidade mundiais. Do total de EAM, cerca de 30% resultam na morte da pessoa, dos quais 50% ocorrem em ambiente pré-hospitalar, com 5 a 10% adicionais no primeiro ano pós EAM (Zafari, 2017).

O EAM é definido como a morte isquêmica súbita de tecido do miocárdio, que ocorre na sequência da oclusão de um vaso coronário, causado pela rutura de uma placa aterosclerótica instável em 90% dos casos (Thygesen, Alpert & White, 2017; Frangogiannis, 2015).

Anand et al (2008) referem que os fatores de risco com maior expressão para o desenvolvimento de um EAM são hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, excesso de peso, dieta alimentar de risco (hiperlipídica, hipersalina, hiperglucídica), hábitos tabágicos (passados ou presentes), hábitos etílicos, inatividade física e alterações psicossociais.

O enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST representa entre 25 a 40% do total de EAM (O’Gara et al., 2013). O sintoma mais comum é dor retrosternal (93,3%), podendo estar associada a radiação para o membro superior esquerdo (48,9%) ou direito (23,3%), maxilar ou pescoço (32,2%) ou região dorsolombar (27,8%). Pode ainda apresentar outros sintomas como dispneia (38,9%), náuseas (33,3%) ou diaforese (32,2%) (Ferry et al., 2019). Associados ao EAMCSST, estão o aumento analítico dos biomarcadores de necrose miocárdica e a elevação do segmento ST, observável no ECG.

O seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para a aumentar a probabilidade de sobrevivência e a qualidade de vida subsequente. O tratamento, com fibrinólise ou intervenção coronária percutânea, demonstra melhores resultados quando iniciado na primeira hora, a chamada “golden hour” (O’Gara et al., 2013).

Como referido, as pessoas que sobrevivem ao EAM apresentam uma redução da sua qualidade de vida, associada a sintomas que podem estar subjacentes a insuficiência cardíaca. Kim, Kim e Hwang (2015) conduziram um estudo que permitiu identificar quais os principais sintomas que condicionam a qualidade de vida da pessoa pós EAM, sendo os cinco principais a fadiga, dispneia em esforço, astenia, tonturas e tosse seca, evidenciando a importância da sua avaliação e intervenção, reduzindo o seu impacto.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 Dados Pessoais

Nome: Sra. A.P.B.G. (A.G.)

Idade: 61 anos

Sexo: Feminino

Naturalidade: Lisboa, Portugal

Residência: Carcavelos

Estado civil: Divorciada

Profissão: Professora de Biologia (3º Ciclo do Ensino Básico)

Componente familiar: A Sra. A.G. reside com a sua filha, Sra. J.G. (38 anos) e com duas netas, M.G. (2 anos) e F.G. (10 meses), com quem mantém boa relação. Divorciada há cerca de um ano, refere um divórcio conturbado, mantendo uma relação conflituosa com o ex-marido. Refere ainda o falecimento do pai e da mãe, com quem mantinha relações próximas, no espaço do último ano. Segundo a própria, estes eventos estarão na origem do síndrome depressivo que apresenta.

2.2 História de Doença Atual

Diagnóstico: Enfarte Agudo do Miocárdio Infero-posterior com Supra ST

Síntese de evolução: A Sr. A.G. foi trazida pela viatura médica de emergência e reanimação por quadro de dor retrosternal opressiva com irradiação ao membro inferior esquerdo e maxilar, acompanhada por náuseas e diaforese. Com indicação para angioplastia coronária transluminal percutânea por EAMCSST em evolução, foi realizada revascularização completa com abordagem de uma lesão de um vaso – 100% estenose do segmento distal da coronária direita, com fluxo TIMI 0 – com colocação de dois *stents* revestidos, com sucesso e sem complicações.

Durante o internamento sem recorrência de dor torácica e sem sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca.

2.3 Antecedentes de Saúde

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão Arterial;
- Dislipidémia;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
- Síndrome Depressivo;

- Descolamentos da retina com cirurgia há 15 dias.

Terapêutica Habitual:

- Bupropiona 150 mg, 1cp ao Peq. Almoço;
- Venlafaxina 75 mg, 1cp ao Peq. Almoço;
- Escitalopram 20 mg, 1 cp ao Peq. Almoço;
- Colírios: Sulfato de atropina, 8/8horas; Prednisolona 10mg/ml, 5/5horas.

Alergias: Sem alergias conhecidas.

Hábitos aditivos: A Sr. A.G. é fumadora, refere fumar há cerca de 45 anos, 20 UMA (unidades maço ano). Refere ainda ingerir bebidas alcoólicas de forma moderada em contexto social (não superior a uma vez por semana).

Hábitos de Vigilância de Saúde: Previamente ao internamento, a Sra. A.G. atendia a consultas semestrais de Medicina Geral e Familiar na USF Carcavelos, consultas semestrais de Pneumologia na Clínica Europa e consultas trimestrais de Psiquiatria na Clínica Miraflores.

Disponibilidade de Recursos Sociais, familiares e de saúde/doença: A Sra. A.G. e a filha auferem um valor mensal que lhes permite suprir as necessidades do agregado familiar, não apresentando dificuldades ou carências financeiras.

A Sra. A.G. contrata os serviços semanais de uma empregada doméstica.

2.4 Condições Habitacionais e de acessibilidade

A Sra. A.G. reside numa moradia térrea, com acesso por dois degraus, com quatro quartos, duas casas de banho, uma sala de estar e de jantar, uma cozinha e um jardim. A moradia apresenta boas condições de higiene e salubridade, não apresentando barreiras à cliente.

Para deslocações ao exterior, no seu quotidiano, a cliente desloca-se maioritariamente de automóvel (da própria), com recurso ocasional a transportes públicos.

2.5 Componente social

Previamente ao internamento, a Sra. A.G. exercia a sua profissão, professora de Biologia, considerando “uma motivação para o dia-a-dia” (sic) a interação com os seus alunos e com os seus pares. Refere que, além da sua filha e netas, considera como pessoas significativas um pequeno grupo de amigas na sua zona de residência, com quem desenvolve atividades socioculturais semanalmente (cinema, concerto,...).

3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

3.1. Avaliação Neurológica

Estado de consciência: A cliente apresenta-se vigil, com reação adequada a estímulos verbais e outros do meio ambiente.

Estado de orientação: A Sra. A.G. apresenta-se orientada auto e alopsiquicamente.

Estado de humor e motivação: Na avaliação inicial a utente apresentava humor eufórico, e referia motivação para mudança de comportamentos, com maior ênfase na cessação tabágica e introdução de exercício físico (caminhadas).

Atenção: Não apresenta alterações no âmbito da atenção, no que concerne à vigilância, tenacidade e concentração.

Memória: Não apresenta alterações da memória imediata ou recente de curto prazo e longo prazo, não apresentando ainda alterações da memória remota. Mantém memória declarativa sem alterações.

Linguagem: Não apresenta alterações no âmbito do discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, escrita e linguagem elaborada.

Capacidades práticas: Sem alteração das capacidades práticas na avaliação dos gestos simbólicos ou icónicos.

Cognição: Não foram identificadas alterações sugestivas de défice cognitivo, pelo que não foi aplicado instrumento de despiste.

3.2 Avaliação Cardiorrespiratória

3.2.1 Avaliação Objetiva

Inspeção Estática: A Sra. A.G. apresenta um tórax normolíneo e simétrico, sem alterações cutâneas.

Inspeção Dinâmica: A frequência respiratória oscila entre os 18 a 20 ciclos/min, com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude torácica superficial, sendo a respiração simétrica.

Palpação: A traqueia encontra-se na linha média, não apresenta alterações da expansibilidade do tórax.

Percussão: Não apresenta alterações.

Auscultação Pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitórax, mas diminuído nas bases pulmonares, sem ruídos adventícios.

Sinais Vitais em repouso: TA: 96/57mmHg; FC: 74bpm; SpO2 (em ar ambiente): 96%, T.ax: 36,2°C.

Marcadores de necrose miocárdica: Troponina I 93311 → 46409; Creatina Fosfoquinase 2012 → 557.

3.2.2 Avaliação Subjetiva

Tosse: Apresenta o reflexo de tosse mantido e eficaz, refere tosse esporádica não produtiva.

Expetoração: Não apresenta.

Toracalgia: Não apresenta.

Dispneia: Para a avaliação da dispneia fez-se uso do Questionário de Dispneia MRC, recomendada pela DGS (2009), onde foram explicados os diferentes graus e respetivos significados ao cliente, sendo que a mesma refere enquadrar-se no Grau 0 – sem dispneia, a não ser com exercício extenuante.

Quadro 1. Questionário de Dispneia – *Medical Research Council*

Grau	Características Definitórias
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Ainda mais devagar que pessoa da mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára de respirar após caminhar uma quadra (90 a 120m) ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se

3.2.3 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Cliente refere diagnóstico clínico há cerca de um ano e meio, não sabe especificar critérios de diagnóstico ou estadio da patologia. É vigiada em consulta de pneumologia semestral, sem prescrição de terapêutica, realiza imunoterapia anti-gripal anual e pneumocócica. Nega sintomatologia, excepto tosse esporádica não produtiva, e nega exacerbações nos últimos 12 meses.

No guia imitado pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2019) é recomendado que o impacto da DPOC seja avaliado através do Questionário de Dispneia MRC e do CAT – *COPD Assessment Test* –, que, através de oito itens, pretende avaliar o nível de impacto que a sintomatologia da DPOC tem na qualidade de vida da pessoa.

Quando complementados com a avaliação da função pulmonar e a frequência

de exacerbações, é possível definir a gravidade da DPOC. No presente caso não existia informação da função pulmonar.

Quadro 2. COPD Assessment Test – CAT

Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a tossir
Não tenho nenhuma expetoração (catarro no peito)	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de expetoração (catarro)
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto um grande aperto no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia
Score: 5 – Impacto Baixo							

3.3. Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento

3.3.1 Força Muscular: Para avaliação da força muscular, foi utilizada a Escala de Força Muscular do MRC, que compreende os seis graus descritos infra, sendo que a Sr.^a A.G. apresenta força muscular grau 5 em todos os movimentos.

Quadro 3. Escala de Força Muscular - Medical Research Council

0 – Nenhuma contração visível	1 – Contração visível sem movimento do segmento	2 – Movimento ativo com eliminação da gravidade	3 – Movimento ativo contra a gravidade	4 – Movimento ativo contra a gravidade e resistência	5 – Força normal
--	--	--	---	---	------------------------

3.3.2 Tónus Muscular: A Sra. A.G. não apresenta diminuição ou aumento do tónus muscular, sem espasticidade.

3.3.3 Coordenação de Movimentos: A cliente não apresenta alteração na coordenação de movimentos, apresentando a prova índice-nariz, calcanhar Joelho e diacocinesia sem alterações.

3.3.4 Sensibilidade: Aparentemente sem alterações.

3.3.5 Amplitudes Articulares: Não tendo sido utilizado o equipamento indicado (goniómetro), não aparenta alterações no âmbito da amplitude articular.

3.3.6 Equilíbrio: Foi possível avaliar que a cliente apresenta o equilíbrio sentado e ortostático (estático e dinâmico) mantido. Pela limitação de tempo de intervenção, não foi possível aplicar uma escala que mensurasse este equilíbrio, como a Escala de Equilíbrio de Berg.

3.3.7 Marcha: Previamente ao internamento, a Sr. A.G. apresentava uma marcha eficaz, sem recurso a auxiliares de marcha.

3.3.7 Quedas

A Escala de Quedas de Morse é uma ferramenta que, através da avaliação de 6 pontos distintos, permite uma avaliação objetiva do risco de queda da pessoa. A pontuação final pode variar entre 0 e 125 pontos, sendo que a pontuação de 0 a 24 representa sem risco de queda, de 25 a 50 representa baixo risco de queda e 51 a 125 representa alto risco de queda (Costa-Dia, Ferreira & Oliveira, 2014).

A Sra. A.G. subjetivamente não apresenta risco de queda, atestado pela aplicação da Escala de Morse, com um score de 10.

Quadro 4. Escala de Quedas de Morse

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

Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Score: 10 – Sem Risco	

3.3.8 Avaliação de risco de úlcera por pressão – Escala de Braden:

Segundo a DGS (2011), deve-se proceder à avaliação de risco de úlcera por pressão a todos os clientes, independentemente do seu contexto de cuidados, fazendo usso da Escala de Braden. Esta escala contempla a avaliação de 6 dimensões, a sua cotação pode variar entre 1 a 4 (exceto forças e deslizamento que variam 1 a 3), podendo o score final ser compreendido entre 6 e 23. Um score final inferior a 16 corresponde a Alto Risco e um score superior a 17 corresponde a um Baixo Risco.

A Sra. A.G. não apresenta perdas de integridade cutânea, nomeadamente úlceras por pressão, revelando a avaliação de Escala de Braden um score de 18 – Baixo Risco.

Quadro 5. Escala de Braden

Perceção Social Capacidade de reação significativa ao desconforto	Completamente limitada – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3
	Nenhuma limitação – 4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida – 1
	Pele muito húmida – 2
	Pele ocasionalmente húmida – 3
	Pele raramente húmida – 4
Actividade Nível de atividade física	Acamado – 1
	Sentado – 2
	Anda ocasionalmente – 3
	Anda frequentemente – 4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3
	Nenhuma limitação – 4
Nutrição Alimentação Habitual	Muito pobre – 1
	Provavelmente inadequada – 2

	Adequada – 3
	Excelente – 4
Fricção e Forças de Deslizamento	Problema – 1
	Problema potencial – 2
	Nenhum problema – 3
Score: 18 – Baixo Risco	

3.3.9. Avaliação da Dor

A presença de dor poderá constituir-se com um impeditivo para implementação de um programa de reabilitação, além do sofrimento causado. A DGS em 2003 emite uma circular normativa onde considera a dor como o 5º sinal vital, evidenciando a importância da sua avaliação e registo sistemático para melhor intervenção. Uma das escalas de autoavaliação proposta é a Escala Numérica da Dor, onde a pessoa quantifica a sua dor de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima). A Sr.^a A.G., ao longo das sessões do programa de reabilitação, avaliou sempre a sua dor em 0 (sem dor).

3.4. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

3.4.1 Descrição das alterações na AVD (ABVD e AIVD)

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação ressalva, no Parecer Nº12/2011, o conceito de AVD como o “conjunto de atividade ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.” (MCEER, 2011, p.1), subdividindo-as em dois grandes grupos, as atividade básicas de vida diárias, que dizem respeito ao cuidado pessoal da pessoa, e as atividade instrumentais de vida diária, que dizem respeito às atividades domésticas ou comunitárias.

No âmbito das ABVD, a Sr.^a A.G. é independente na higiene pessoal, no uso do poliban/banheira, mantendo hábitos de higiene adequados. Mantém controlo de esfíncteres e independência na utilização do sanitário. É igualmente independente no vestir e despir. No âmbito da alimentação, referiu manter uma alimentação oral hiperlipídica e hipercalórica, com cerca de 3 a 4 refeições diárias, com longos períodos de jejum, que relaciona com o seu trabalho, referindo ainda ingerir menos de 0,5l de água por dia. Relativamente à locomoção, é independente mas nega realizar exercício físico, referindo caminhada ocasional com filha/amigas, cerca de 30/45 minutos, em ritmo conversacional, com boa tolerância. É igualmente

independente nas transferências.

No âmbito da AIVD, a Sr.^a referiu independência em todas as vertentes previamente ao internamento.

No internamento, embora a utente não apresente incapacidade funcional, imediatamente após o EAM a Sr.^a apresenta dependência total em todas as AVD, uma vez que a atividade física necessária para as desenvolver poderia desencadear novo evento cardíaco. Assim, a interpretação dos instrumentos de avaliação de dependência que se apresentam de seguida, devem ter este fator em conta.

Sexualidade: Cliente refere não desenvolver prática sexual desde o seu divórcio, refere também que não rejeita a hipótese de num futuro próximo o fazer.

Quadro 6. Índice de Barthel

Item	Pontuação	09/12	10/12
1. Alimentação			
Independente	10		X
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5	X	
Dependente	0		
2. Transferências			
Independente	15		
Precisa de alguma ajuda	10		X
Necessidade de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5		
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	X	
3. Toalete			
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5		X
Dependente, necessidade de alguma ajuda	0	X	
4. Utilização do wc			
Independente	10		
Precisa de alguma ajuda	5		X
Dependente	0	X	
5. Banho			
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5		
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	X	X
6. Mobilidade			

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15		
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10		
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5		
Imóvel	0	X	X
7. Subir e descer escadas			
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10		
Precisa de ajuda	5		
Dependente	0	X	X
8. Vestir			
Independente	10		
Com ajuda	5		X
Impossível	0	X	
9. Controle Intestinal			
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	X	X
Acidente ocasional	5		
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0		
10. Controle urinário			
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	X	X
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5		
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0		
Score total		25	55

Quadro 7. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	<u>Dependência Modificada</u> 5- Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) <u>Dependência Completa</u> 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	Com ajuda

	1 – Ajuda total (indivíduo <25%)	
--	----------------------------------	--

	09/12	10/12
Autocuidado		
A – Alimentação	5	5
B – Higiene Pessoal	1	3
C – Banho (Lavar o corpo)	1	3
D – Vestir Metade Superior	1	3
E – Vestir Metade Inferior	1	3
F – Utilização de sanita	1	4
Controlo de Esfíncteres		
G – Bexiga	1	1
H – Intestino	1	1
Mobilidade		
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	3
J - Sanita	1	1
K – Banheira, duche	1	1
Locomoção		
L – Marcha/cadeira de rodas	1	1
M – Escadas	1	1
Comunicação		
N – Compreensão	7	7
O – Expressão	7	7
Consciência do mundo Exterior		
P – Interação Social	7	7
Q – Resolução dos problemas	7	7
R - Memória	7	7
Score:	52	65

Quadro 8. Escala de Lawton e Brody

Capacidade para usar o telefone	
Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc.	1
Marca alguns números mais conhecidos	2
Atende o telefone mas não marca	3
Não usa o telefone de todo	4
Compras	

Faz todas as compras independentemente	1
Só faz, independente, pequenas compras	2
Necessita ser apoiado para fazer compras	3
Completamente incapaz para fazer pequenas compras	4
Cozinhar	
Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente	1
Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes	2
Aquece e serve refeições já preparadas ou repara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	3
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	4
Lida da casa	
Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	2
Faz tarefas diárias leves mas não consegue manter uma limpeza aceitável	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	4
Não participa em qualquer atividade doméstica	5
Tratamento da roupa	
Cuida completamente a lavagem da sua roupa	1
Lava pequenas peças	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros	3
Deslocações	
Viaja independentemente em transporte públicos ou conduz o seu próprio carro	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	2
Viaja em transporte públicos quando acompanhados por outras pessoas	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	4
Não viaja de todo	5
Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos	
É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos	1
Assume a responsabilidade se a medicação estiver preparada previamente	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	3

Capacidade para tratar de finanças	
Lida com assuntos financeiros de forma independente	1
Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	3
Score: 27 – Severamente dependente	

4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

4.1 Principais Objetivos de Reabilitação do cliente

A Sr.^a A.G. encontra-se a atravessar uma transição saúde-doença, desencadeada pelo EAM, na qual o EEER tem um papel preponderante na facilitação da mesma, através da promoção de aquisição de competências que permitam a Sr.^a A.G. gerir a sua doença de forma autónoma. Paralelamente, a Sr.^a experiencia transições situacionais – divórcio e óbito dos pais – que, não sendo experienciadas de forma saudável, dão origem a alterações como ansiedade e depressão que poderão condicionar o desenrolar das restantes transições.

No âmbito do PRC, os autores Servey e Stephens (2016) alertam que a presença de alterações como ansiedade e depressão poderão condicionar o envolvimento da pessoa e, portanto, os seus ganhos, pelo que salientam a importância da avaliação e intervenção junto destas alterações. Fernandes et al (2017) conduziram um estudo onde comprovaram que uma intervenção integrada reduz eficazmente a ansiedade e depressão. Esta intervenção deve contemplar uma componente educacional, que capacite a pessoa para gestão da doença, a par de estratégias de *coping*, como técnicas de relaxamento ou o envolvimento da família no processo.

O problema major identificado é a imobilidade a que a pessoa se encontra sujeita, dada a instabilidade pós EAM. A intervenção do EEER vai, assim, ao encontro dos problemas potenciais que podem advir desta imobilidade imposta.

Na componente respiratória, é importante ter presente que a imobilidade acresce riscos de compromisso ventilatório – como a redução da capacidade vital e o volume residual –, de infeção respiratória e de atelectasia, pelo que devem ser implementadas intervenções que promovam uma correta ventilação, mantendo a mobilidade costal e diafragmática (Schujmann, Lunardi & Fu, 2018). Paralelamente, a Sr.^a A.G. tinha diagnóstico prévio de DPOC, pelo que devem ser implementadas intervenções direcionadas à especificidade da patologia, que minimizem ou previnam as limitações associadas ao processo fisiopatológico da DPOC (GOLD, 2019). Neste sentido, é recomendado um plano que promova o relaxamento da pessoa, diminuindo a tensão muscular, previna ou corrija defeitos posturais e assinergias ventilatórias, promova uma limpeza eficaz das vias aéreas e a prática de exercício físico.

A implementação de um programa de reabilitação cardíaca que contemple a

introdução precoce e progressiva de exercício físico, iniciada ainda em contexto intra-hospitalar, comprovou ser eficaz na promoção da capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas que experienciaram EAM (Peixoto & Guizilini, 2015). A AACVPR (2013) recomenda que nesta fase, a fase I, aliada à mobilização precoce, sejam ainda implementadas intervenções de identificação de FRCV, com início de ensinamentos ajustados às prioridades identificadas e maior ênfase na preparação da alta – reintrodução no mercado laboral e atividades familiares/sociais e referência para a fase II.

A AACVPR (2013) sugere um exemplo de plano de atividade física que se desenrola em 4 dias de internamento e contempla: dia 1, ainda em UCI, descanso no leito até estabilização, seguido de levantar para cadeirão e utilização de cadeira sanitária; dia 2, transferência para enfermaria, mantém atividades da UCI, com maior ênfase na promoção do autocuidado, exercícios de aquecimento sentado, seguidos de marcha dentro do quarto; dia 3, exercícios de aquecimento em pé, marcha em períodos de 5 a 10 minutos no corredor, 2 a 3 vezes, com supervisão; dia 4, exercícios de aquecimento em pé, seguidos de marcha 5 a 10 minutos no corredor, 3 a 4 vezes, e subida de um lance de escadas. Dado que o internamento no serviço de estágio é de uma média de 6 dias, o plano foi ajustado, tendo também em conta as particularidades da Sr.^a A.G..

Outro fator importante de abordar é a retoma da atividade sexual, sendo que Levine et al (2012) referem que a retoma, após uma semana de EAMCSST, é segura em pessoas que se mantenham estáveis e sem outros sinais/sintomas associados a atividade física leve a moderada, o correspondente à intensidade da atividade sexual.

4.3 Plano de Cuidados segundo linguagem CIPE®

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado de Enfermagem	Ações de diagnóstico e de intervenção
10/12	Risco de ventilação comprometida	Sem ventilação comprometida	Vigiar respiração Vigiar ventilação Monitorizar saturação de oxigénio Auscultar tórax Assistir no posicionamento (posição de descanso e relaxamento, correção postural) Ensinar e treinar dissociação de tempos respiratórios Ensinar e treinar respiração abdominodiafragmática Ensinar e treinar técnica de reeducação costal global Incentivar a executar técnica respiratória
10/12	Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para usar técnicas respiratórias	Conhecimento e capacidade para usar técnicas respiratórias melhorados	Avaliar conhecimento e capacidade sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação (posição de descanso e relaxamento, correção postural, dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática) Ensinar e treinar técnica de posicionamento e técnica respiratória para otimizar a ventilação
Avaliação Dia 10/12: Cliente eupneica, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude superficial, sendo a respiração			

simétrica, sat.O2: 96% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes, mas diminuído nas bases pulmonares, sem ruídos adventícios. Assistida no posicionamento, foram realizados ensinamentos e treino de técnicas respiratórias de otimização de ventilação. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios, sat.O2: 98%. Cliente foi incentivada a realizar de forma autônoma técnicas de otimização da ventilação (posição de descanso e relaxamento, correção postural, dissociação de tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática), com potencial para melhorar capacidade de realizar respiração abdominodiafragmática.

Dia 11/12: Cliente eupneica, com respiração com ritmo regular, padrão respiratório costal, amplitude superficial, sendo a respiração simétrica, sat.O2: 97% em ar ambiente. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 2/3 superiores de ambos os hemitórax, mas diminuído nas bases pulmonares (menos que a 10/12). Reforçados ensinamentos e treino de técnicas respiratórias de otimização de ventilação. À auscultação, murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios. Incentivada a realizar de forma autônoma técnicas de otimização da ventilação, com capacidade melhorada.

10/12	Risco de ansiedade	Ansiedade ausente	Assistir a pessoa a identificar factores desencadeantes de ansiedade Disponibilizar suporte emocional Escutar Incentivar a comunicação de emoções Incentivar o envolvimento da família Ensino e treino de técnicas de relaxamentos (posicionamento e técnicas respiratórias)
-------	--------------------	-------------------	---

Avaliação

Dia 10/12: Cliente calma, humor eutímico. Realizados ensinamentos sobre importância de identificação de fatores desencadeantes de ansiedade, ensino e treino de técnicas de relaxamento, cliente receptiva.

Dia 11/12: Cliente ansiosa com a sua situação de saúde atual, demonstra irritabilidade, à abordagem inicial pouco receptiva à prestação

de cuidados, referiu querer “ir para casa” (sic). Incentivada a comunicação de emoções, e exploração de fatores desencadeantes deste episódio. Refere preocupação com o regresso à sua vida social e laboral, foi prestado apoio emocional, sob forma de diálogo, com algum efeito. Conversado com a filha, pessoa significativa, no sentido de prestar maior apoio à cliente neste âmbito.

10/12	Risco de intolerância à atividade	Intolerância à atividade ausente	Planear atividade física Negociar atividade física Ensinar sobre técnicas de conservação de energia Instruir e treinar técnicas de conservação de energia Supervisionar resposta ao exercício 1º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações no leito) Instruir e assistir higiene pessoal no leito 2º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações no leito) Instruir e assistir higiene pessoal no leito Instruir, treinar e assistir levante e transferência para cadeirão 3º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular
-------	-----------------------------------	----------------------------------	--

			(exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações sentado) Instruir e assistir higiene pessoal no wc, posição sentado Intruir, treinar e assistir exercícios de aquecimento na posição ortostática Treinar e assistir marcha 5 minutos em plano regular 4º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações sentado) Instruir e assistir higiene pessoal no wc, posição ortostática Intruir, treinar e assistir exercícios de aquecimento na posição ortostática Treinar e assistir marcha 5-10 minutos em plano regular Treinar e assistir subida de lance de escadas 12 degraus 5º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações sentado) Instruir e assistir higiene pessoal no wc, posição ortostática Intruir, treinar e assistir exercícios de aquecimento na
--	--	--	---

			posição ortostática Treinar e assistir marcha 10-15 minutos em plano regular Treinar e assistir subida de lance de escadas 12 degraus 6º dia Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isométricos e mobilizações ativas das articulações sentado) Instruir e assistir higiene pessoal no wc, posição ortostática Instruir, treinar e assistir exercícios de aquecimento na posição ortostática Treinar e assistir marcha 10-15 minutos em plano regular Treinar e assistir subida de lance de escadas 12 degraus
--	--	--	--

Avaliação

Dia 10/12: Foram realizados ensinamentos sobre componente física do PRC fase I, cliente receptiva. Ensinadas técnicas de conservação de energia (respiração coordenada com movimento). Ensinadas técnicas de exercício muscular e articular, realizada 1 série/8 repetições de exercícios isométricos dos abdominais, glúteos e quadricíptes e 1 série/8 repetições de mobilizações ativas polissegmentares no leito.

Início: TA: 114/69mmHg, FC:51bpm, ECG: ritmo sinusal.

Pico: TA: 126/74mmHg, FC:60bpm, ECG: ritmo sinusal.

Fim: TA: 117/71mmHg, FC:53bpm, ECG: ritmo sinusal.

Dia 11/12: Cliente ansiosa e pouco receptiva a cuidados, refere querer “ir para casa” (sic), negociada atividade física tendo presente este objetivo. Cliente foi assistida na prestação de cuidados de higiene no leito, participou, e realizou levante para o cadeirão.

Início: TA: 101/63mmHg, FC:51bpm, ECG: ritmo sinusal.

Pico: TA: 124/77mmHg, FC:59bpm, ECG: ritmo sinusal. Fim: TA: 105/67mmHg, FC:56bpm, ECG: ritmo sinusal.			
10/12	Potencial para melhorar conhecimento sobre a doença	Conhecimento sobre a doença melhorado	Ensinar sobre a doença Ensinar sobre tratamento Ensinar sobre sinais e sintomas de alerta pós-alta Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde Promover o envolvimento da família Esclarecer dúvidas Validar conhecimentos
Avaliação Dia 10/12: Realizados ensinios sobre EAM (cliente com conhecimentos base de biologia-profissão), e sobre angioplastia. Realizados ensinios à cliente e à filha sobre sinais e sintomas de alerta de novo evento. Recetivas aos ensinios, participativas, colocaram dúvidas. Dia 11/12: Reforçados e validados ensinios sobre doença, tratamento, sinais e sintomas de alerta. Realizados ensinios sobre benefícios da integração em fase II do PRC, recetiva e motivada.			
10/12	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para gerir regime medicamentoso	Conhecimento e capacidade para gerir regime medicamentos melhorados	Ensinar sobre regime medicamentoso Incentivar gestão do regime medicamentoso Validar conhecimento
Avaliação Dia 10/12: Realizados ensinios sobre regime medicamentoso e importância de adesão ao mesmo, cliente motivada. Colocou questões sobre farmacodinâmica, esclarecida. Dia 11/12: Validados ensinios sobre regime terapêutico, cliente motivada.			
10/12	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para	Conhecimento e capacidade para gerir regime dietético	Ensinar sobre hábitos alimentares Incentivar adesão a mudanças de comportamento

	gerir regime dietético	melhorados	Incentivar envolvimento da família Validar conhecimento
Avaliação Dia 10/12: Realizados ensinamentos sobre alterações no regime dietético – dieta hipolipídica, polifracionada com aporte hídrico adequado e redução de ingestão de bebidas alcoólicas. Negociadas estratégias para integração da mudança na sua vida diária, cliente motivada, foi incentivado o envolvimento da filha, igualmente motivada para a mudança. Dia 11/12: Validados e reforçados ensinamentos sobre regime dietético, cliente motivada. Fornecidos folhetos, devidamente explorados.			
10/12	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade para gerir regime de exercício	Conhecimento e capacidade para gerir regime de exercício melhorados	Ensinar sobre hábitos de exercício Ensinar e treinar avaliação do pulso radial Negociar exercício físico Planejar exercício físico Ensinar sobre respostas adversas ao exercício físico Ensinar sobre técnicas de conservação de energia Instruir e treinar técnica de conservação de energia Validar conhecimento
Avaliação Dia 10/12: Realizados ensinamentos sobre importância de desenvolver exercício físico, cliente pouco motivada pela dificuldade percebida de inclusão de exercício físico na sua rotina diária. Foram negociadas estratégias e plano de exercício físico – caminhada diária (incremental) com filha e duas netas. Realizado ensino e treino de avaliação de pulso radial, com alguma dificuldade na técnica. Realizado ensino sobre respostas adversas ao exercício físico, que devem condicionar a continuação do mesmo. Dia 11/12: Cliente mais motivada para introduzir regime de exercício na sua rotina, potenciado pelo envolvimento da filha. Realizado treino de avaliação de pulso radial, capacidade melhorada. Validados ensinamentos sobre respostas adversas ao exercício físico. Ensino sobre técnica de conservação de energia (respiração coordenada com movimento). Fornecidos folhetos, devidamente explorados,			

incluindo sobre fase II, desenvolvida no ginásio do hospital – cliente motivada para a integração.			
10/12	Abuso do tabaco presente	Abuso do tabaco ausente	Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco Incentivar à cessação tabágica Promover envolvimento da família Validar conhecimentos Vigiar terapêutica Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
Avaliação Dia 10/12: Cliente demonstra vontade em não voltar a fumar pós-evento, realizados ensinamentos sobre as desvantagens do uso do tabaco. Cliente refere-se motivada para a mudança. Manifesta interesse em encaminhamento para consulta de apoio ao fumador pós-alta. Mantém bupropiona. Dia 11/12: Cliente mantém vontade em não voltar a fumar, reforçados ensinamentos, demonstra irritabilidade, mantém motivação. Filha da cliente assume-se como apoio nesta transição.			

5. CONCLUSÃO

Foi possível, através da condução do presente estudo de caso, analisar de forma crítica e fundamentada a intervenção do EEER junto de uma pessoa que sofreu EAM e que experienciou múltiplas transições que interagiam entre si. Foi um estudo de caso muito interessante por ter permitido apreender aprendizagens nesse aspeto, e de como a multiplicidade de características individuais da pessoa condiciona o modo de atuação do EEER, mesmo integrando recomendações de *guidelines* no seu planeamento.

Assim, no decorrer da avaliação inicial, procurei direcionar a avaliação e os instrumentos mobilizados às alterações presentes e previstas, considerando a situação atual, para que fosse uma avaliação objetiva, não sendo um fator fatigante e desmotivante para a Sr.^a A.G.

Através da avaliação foi delineado um plano sensível às alterações efetivas e potenciais, que pretendeu articular as diferentes dimensões da pessoa e integrá-las na intervenção da fase I do PRC. O facto de, no decorrer do plano, terem surgido alterações não previstas inicialmente, traduziu-se em ajustes pontuais no sentido de melhor atender às necessidades e prioridades da Sr.^a A.G. potenciando, como comprovado, a adesão às diferentes componentes da fase I do PRC.

Ainda que, devido às dinâmicas do serviço, o meu acompanhamento da Sr.^a tenha sido mais curto que o inicialmente previsto, o plano delineado contemplava intervenções a serem implementadas até ao momento da alta, no sentido da capacitação e preparação da mesma. Numa ótica de continuidade de cuidados, este plano foi articulado com os colegas EEER, que deram continuidade à intervenção iniciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACVPR. (2013). *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. (5.^a Ed.). Estados Unidos da América: Human Kinetics.
- Abreu, C. & Caldas, S. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos praticantes e idosos não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista brasileira de fisioterapia*. 12 (4).324-30. Acedido a 27/10/2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.
- Anand, S.; Islam, S.; Rosengren, A.; Franzosi, M.; Steyn, K.; Yusufali, A.; ...; & Yusuf, S. (2008). Explaining age Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*. 29(7). 932-40. Acedido a 20/01/2020. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn018.
- Baptista, R. (2003). Avaliação do doente com alteração do estado de consciência – escala de Glasgow. *Referência – Revista de Educação em Enfermagem*. 10. 77-80. Acedido a: 21/10/2019. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2067&id_revista=5&id_edicao=11.
- Costa-Dias, M.; Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de enfermagem de referência*. IV(2). 7-17. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a02.pdf>.
- DGS. (2003) *A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. Nº 09/DGCG. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Nº40ª/DSPCD. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>.
- Fernandes, A.; McIntyre, T.; Coelho, R.; Prata, J. & Maciel, M. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 36(9). 641-49. Acedido a 22/01/2020. DOI:10.1016/j.repc.2017.01.005.

- Ferry, A.; Anand, A.; Strachan, F.; Mooney, L.; Steward, S.D.; Marshall, L.; et al. (2019). Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. *Journal of the American Heart Association*. 8. 1-9. Acedido a 20/01/2020. DOI: 10.1161/JAHA.119.012307.
- Frangogiannis, N. (2015) Pathophysiology of myocardial infarction. *Comprehensive Physiology*. 5(4). 1841-75. Acedido a 19/12/2019. DOI: 10.1002/cphy.c150006.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2019). *Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention*. Acedido a 22/10/2019. Disponível em: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-FINAL_WMS.pdf.
- Ismail, Z.; Rajji, T. & Shulman, K. (2010). Brief cognitive screening instruments: an update. *International journal of geriatric psychiatry*. 25. 111-120. Acedido a 21/10/2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.2306>.
- Kim, M.; Kim, J. & Hwang, S. (2015). Health-related Quality of Life in Symptomatic Postmyocardial Infarction Patients with Left Ventricular Dysfunction. *Nursing Research*. 9(1). 47-52. Acedido a 10/01/2020. DOI:10.1016/j.anr.2014.11.004.
- Levine, G.; Steinke, E.; Bakaeen, F.; Bozkurt, B.; Cheitlin, M.; Conti, J.; ...; & Stewart, W. (2012). Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 125. 1058-72. Acedido a 06/01/2020. DOI:10.1161/CIR.0b013e3182447787.
- O'Gara, P.; Kushner, F.; Ascheim, D.; Casey, D.; Chung, M.; Lemos, J.; ...; & Ettinger, S. (2013) ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 127(4). 362- 425. Acedido a 19/12/2019. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182742cf6
- Peixoto, T. & Guizilini, S. (2015). Early Exercise-Based Rehabilitation Improves Health-Related Quality of Life and Functional Capacity After Acute Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Cardiology*. 31(3). 308-313. Acedido a 07/01/2020. DOI: 10.1016/j.cjca.2014.11.014.
- Schujmann, D.; Lunardi, A. & Fu, C. (2018). Progressive mobility program and technology to increase the level of physical activity and its benefits in

respiratory, muscular system, and functionality of ICU patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 19(274). Acedido a 10/01/2020. DOI:10.1186/s13063-018-2641-4.

Servey, J.; Stephens, M. (2016). Cardiac rehabilitation: improving function and reducing risk. *American Academy of Family Physicians*. 94(1). 37-43. Acedido a 10/01/2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386722/>.

Teixeira, P.; Henriques, A.; Pereira, A.; Teixeira, C.; Margato, D.; Sousa, L. (2017). Instrumentos de avaliação da intensidade do tônus muscular na pessoa após acidente vascular cerebral. *Revista investigação em enfermagem*. Maio 2917. 9-21. Acedido a: 21/10/2019. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2720/1/Rev%20Invest%20Enferm%202017%209.pdf>.

Thygesen, K.; Alpert, J. & White, H. (2007). ESC/ACCF/AHA/WHF EXPERT CONSENSUS DOCUMENT Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 50(22). Acedido a 10/01/2020. DOI: 10.1016/j.jacc.2007.09.011.

Zafari M. (2017). Myocardial infarction. *Medscape*. Acedido a 10/01/2020. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/155919-overview>.

APÊNDICE 3 – Jornal de Aprendizagem

Jornal de Aprendizagem – Gestão de conflitos

O presente Jornal de Aprendizagem não serve apenas como um fim em si, mas também como um instrumento que pretende espelhar o processo reflexivo e de análise crítica sobre a prática clínica desenvolvida ao longo de ambos os estágios.

Este processo foi orientado segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988) e contemplou as seguintes fases: descrição da situação, pensamentos e sentimentos que a mesma me suscitou, avaliação e análise da prática, conclusão e planeamento da ação à luz do analisado.

A seleção da situação prendeu-se com o facto da mesma retratar a complexidade e potencial da intervenção do EEER na facilitação de transições em contextos de maior vulnerabilidade, com maior ênfase em situações de conflito.

O casal, Sr.^a L.P. e Sr. A.P., foi referenciado à ECCI na sequência da Sr.^a L.P. ter sofrido uma fratura do colo do fémur, conseqüente cirurgia e internamento. Esta referenciação tinha como objetivos major o processo de reabilitação da Sr.^a L.P., e a capacitação do Sr. A.P. enquanto seu cuidador informal.

Previamente à visita domiciliária foi consultada a plataforma *Gestcare*, no sentido de preparar a visita, onde foi possível inteirar-me do processo clínico da Sr.^a, assim como da situação social.

Antes deste episódio, a Sr.^a L.P. era independente, com necessidade de supervisão nos cuidados de higiene e uso do sanitário por parte do cuidador, o seu esposo, contudo, à data da alta, a Sr.^a L.P. apresentava dependência moderada nas AVD com necessidade de maior ajuda e suporte por parte do esposo.

A evidência diz-nos que, após fratura do colo do fémur, o idoso apresenta uma redução significativa da sua qualidade de vida (QdV), relacionada sobretudo com a perda de mobilidade e autonomia, evidenciando a importância de intervenções no âmbito da reabilitação funcional (Amarilla-Donoso et al., 2020).

O agregado familiar era constituído apenas pelo casal de idosos, ambos com comorbilidades, que subsistiam com parcas reformas, numa habitação camarária num bairro social e sem rede de suporte, fatores que contribuíam para uma vulnerabilidade acrescida.

O aumento da esperança média de vida, associada ao isolamento social, confere um grau especial de vulnerabilidade aos mais idosos e, embora exista uma garantia constitucional de equidade em saúde, continuam a verificar-se assimetrias

no acesso aos cuidados de saúde e fatores determinantes, como educação e rendimentos (Lima, 2006). O conceito de vulnerabilidade vem, assim, obrigar a adaptação dos cuidados de saúde para que tenham um foco mais contextualizado e atento à dimensão social (Carmo & Guizardi, 2018).

A abordagem inicial não foi fácil, o Sr. A.P. foi desadequado e agressivo verbalmente para com a equipa, incitando o conflito, antes ainda que tivéssemos entrado no domicílio pois “o que é que lá íamos fazer se nem fraldas lhe levávamos para dar?” (sic).

Percebi nesse momento que, potencialmente, estaria perante um cuidador assoberbado pela situação atual, sem conhecer os recursos de que dispunha e como os mobilizar.

A grande maioria dos cuidadores informais não são treinados, nem se sentem preparados para as tarefas que são esperadas deles, e, mesmo sendo muitas vezes o primeiro contacto com o sistema de saúde, não recebem suporte desadequado, sentindo-se abandonados e não reconhecidos (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion & Lachs, 2014). Em Portugal, os cuidadores não são registados e a maioria dos serviços de apoio existentes são para a pessoa cuidada, deixando os cuidadores desprotegidos (Fonseca, Gonçalves & Pereira, 2010).

Procurando explorar esta hipótese, foi dado espaço ao Sr. A.P. para que verbalizasse as suas inquietações e os seus sentimentos, e, de forma gradual, o seu discurso de conflito com a ECCI foi-se transformando num discurso expositivo das dificuldades do casal.

Neste discurso, percebi que, além da sobrecarga da situação atual, existiam outros fatores a condicionar a resposta do casal, sendo o principal o suicídio recente do único filho do casal, um suicídio gráfico, na casa onde nos encontrávamos, tendo sido a Sr. L.P. a encontrar o filho, tudo fatores que contribuíam para uma vivência patológica do luto. Alterações como ansiedade e depressão podem comprometer o processo de reabilitação funcional da pessoa com fratura do colo do fémur, pelo que intervenções neste âmbito devem ser implementadas (Amarilla-Donoso et al., 2020).

Percebi também que o casal não sabia o que era a ECCI nem quais eram os objetivos da nossa intervenção, algo fundamental, já que se pretende que a pessoa e a família participem ativamente “na elaboração do plano individual de intervenção e (...) na prestação de cuidados” (Instituto de Segurança Social, 2019, p.4).

Na minha atividade profissional, lido diariamente com situações de grande vulnerabilidade, já que a missão da instituição é exatamente estar próximo das

populações mais vulneráveis, mas, ainda assim, é sempre duro entrar na vida de uma família com histórias de vida difíceis e situações precárias.

Assim, senti necessidade de olhar para dentro e perceber qual a minha intervenção enquanto EEER na gestão deste conflito, o que é que, de forma multidimensional, podia acrescentar à situação, facilitando os processos de transição que a pessoa e cuidador se encontram a atravessar, não sendo invasiva ou agindo de modo paternalista.

Segundo a literatura, na base do conflito está uma percepção díspar, das várias partes envolvidas, sobre determinado fenómeno, dando origem a uma disputa, onde pelo menos uma das partes apresenta uma atitude hostil ou negativa face às restantes (Cunha & Leitão, 2011).

Rahim (2003) evidencia a importância de gestão de conflitos, por oposição à simples resolução dos mesmos, uma vez que o conflito deve ser encarado como uma oportunidade construtiva de aprendizagem, possível de trazer contributos sobre gestão de situações futuras e promover o fortalecimento de relações, o que nos remete para o conceito de gestão construtiva de conflitos (Cunha & Leitão, 2011). Nesta ótica, é fundamental uma contextualização do conflito, no sentido de compreender a origem e o impacto junto das diferentes partes, de forma a promover a sua gestão com intervenções como a negociação.

A Federação Europeia dos Hospitais (HOPE, 2012) refere que um dos principais conflitos na área da saúde ocorre entre profissionais de saúde e pacientes, e que a grande maioria se prende com a necessidade da pessoa e família terem acesso a informação sobre a situação de saúde que se encontram e que não compreendem. Nesta situação, foi sem dúvida potenciador do conflito a falta de informação, ou a incapacidade de compreensão da mesma, por parte do casal, o que se traduz na ausência da consciencialização das transições que se encontravam a experienciar, fundamental para o início do processo de adaptação e aquisição de novas competências, como afirmam Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000).

Creio que a minha postura, de dar espaço ao casal para que expusesse os seus medos, ânsias e necessidades percecionadas, foi essencial para que houvesse espaço para negociação, pois, só conhecendo a sua percepção foi possível iniciar um processo de negociação efetivo. Cunha, Menezes e Oliveira (2013) descrevem a negociação como a procura de uma resolução que seja satisfatória para as partes envolvidas, um compromisso razoável para todos, possível através de um diálogo que procure explorar opções construtivas que integrem os interesses dos

envolvidos. Negociação não é um conceito estranho aos cuidados do EEER, já que, no sentido da prestação de cuidados centrados na pessoa, existe uma negociação dos objetivos do plano de reabilitação, assim como das estratégias delineadas para consecução dos mesmos, numa perspectiva de parceria.

Neste processo de negociação ficou patente a sobrecarga sentida pelo cuidador, que não se encontrava preparado para assumir as novas exigências que este papel acarretava. Mais do que apresentar as soluções, procurei fornecer as ferramentas no sentido de capacitar o cuidador para que ele próprio tomasse as suas decisões sobre os recursos disponíveis e como os mobilizar. Esta postura é coerente com a visão de facilitador de transições, que, através do ensino e treino de novas competências, procura dar contributos para que a pessoa assuma uma nova identidade, capaz de satisfazer as necessidades que a mudança, que originou a transição, acarreta. Paralelamente, existiu um trabalho de articulação com a assistente social e recursos na comunidade, junto dos quais foi possível salvaguardar as necessidades do casal, após o qual o casal mostrou uma maior receptividade ao plano de reabilitação funcional.

A visão multidimensional, e especialmente sensível à dimensão social, que procurei ter na intervenção deste caso, espelha a avaliação e intervenção integrada que desenvolvi nos restantes processos de enfermagem, que se alinha com a constatação de que pessoas em maior vulnerabilidade têm diferentes tipos de necessidades, que interagem entre si, potenciando-se, e que aumentam o estado de suscetibilidade aos diferentes riscos de saúde (Carmo & Guizardi, 2018). Aynes, Júnior, Calazans e Saletti (2009) evidenciam o papel da promoção da saúde na redução da vulnerabilidade, através da capacitação da pessoa para que esta saiba como se proteger de forma a transformar as situações estruturais que as tornam mais suscetíveis e vulneráveis. Assim, o enfoque educacional é essencial para que a pessoa se aproprie de conhecimentos e capacidades que lhes façam sentido e, no fundo, que facilitem a transição para um papel mais autónomo na gestão das suas necessidades.

Referências Bibliográficas

Adelman, R.; Tmanova, L.; Delgado, D.; Dion, S. & Lachs, M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Journal of american medical association*. 311(10). 1052-9. Acedido a 24/03/2021. DOI:10.1001/jama.2014.304.

Amarilla-Donoso, F.; López-Espuela, F.; Roncero-Martin, R.; Leal-Hernandez, O.; Puerto-Parejo, L.; Aliaga-Vera, I.; ... & Lavado-Garcia, J. (2020). Quality of life in elderly people after a hip fracture: a prospective study. *Health and quality of life outcomes*. 18(71). Acedido a 12/02/2021. DOI: 10.1186/s12955-020-01314-2.

Aynes, J.; Júnior, L.; Calazans, G. & Saletti, H. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresvia, D. & Freitas, C. (orgs.) *Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Carmo, M. & Guizardi, F. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de saúde pública*. 34(3). 1-14. Acedido a 10/02/2021. DOI: 10.1590/0102-311x00101417.

Cunha, P. & Leitão, S. (2011). *Manual de gestão construtiva de conflitos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Cunha, P.; Meneses, R. & Oliveira, M. (2013). Gestão de conflitos na área da saúde. *Arquivos de medicina*. 27(3). 132-4. Acedido a 24/01/2021. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n3/v27n3a06.pdf>.

Fonseca, A.; Gonçalves, D. & Pereira, S. (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *International journal of palliative nursing*. 16(10). 476-80. Acedido a 23/03/2021. DOI: 10.12968/ijpn.2010.16.10.79214.

HOPE – European Hospital and Healthcare Federation. (2012). *Mediation in Healthcare*. União Europeia. Acedido a 24/01/2021. Disponível em: https://www.mediate.com/pdf/91_HOPE_Publication-Mediation_December_2012.pdf.

Instituto de Segurança Social. (org.). (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 23/02/2021. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/>.

Lima, C. (2006). Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. *Acta médica portuguesa*. 19. 49-54. Acedido a 23/02/2021.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Adv nurs sci*. 23(1). 12-

28. Acedido a 23/03/2021. DOI: 10.1097/00012272-200009000-0000.

Rahim, M. (2003). Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*. 13(3). 206-35. Acedido a 23/01/2021. DOI: 10.2139/ssrn.437684.

**APÊNDICE 4 – Relatório sobre formação “Anatomofisiologia
e fisiopatologia cardíaca”**

Relatório sobre Formação “Anatomofisiologia e Fisiopatologia Cardíaca”

No decorrer do estágio no serviço de internamento de cardiologia surgiram diversas oportunidades formativas, formais e informais, das quais gostaria de destacar neste documento a Formação “Anatomofisiologia e Fisiopatologia Cardíaca”. Tratou-se de uma formação presencial, cujo formador era um EEER, dirigida aos profissionais de saúde interessados, chamando ao EEER o papel de formador.

O formador começou a sua apresentação por uma ampla revisão da anatomia cardíaca, onde foram apresentadas as diferentes estruturas, sendo evidenciada de que forma a composição histológica de cada uma é relevante para a função que desempenha. Preparando a segunda parte da apresentação, foram lembradas as válvulas cardíacas e respetivo funcionamento, assim como a rede vascular, enfatizando os grandes vasos, duas das estruturas associadas a grandes grupos de patologias cardíacas. Por fim, e de forma integrada, foi apresentado o sistema de condução cardíaco, no âmbito da neurofisiologia cardíaca, sendo talvez esta a temática, neste primeiro momento, que menos tinha inteirado pela sua complexidade e especificidade. Este tema foi fundamental para uma melhor capacitação para a leitura de eletrocardiografia, identificação de alterações no traçado e seu significado, competência necessária à prestação de cuidados no âmbito da reabilitação cardíaca. No segundo momento da apresentação, foram aprofundados os grandes grupos de patologias cardíacas, doenças isquémicas cardíacas, doenças infecciosas e inflamatórias, miocardiopatias, valvulopatias e insuficiência cardíaca.

Mais do que lembrar as especificidades de cada patologia, retive como essencial a compreensão do mecanismo de cada patologia, as estruturas envolvidas e a dinâmica entre o sistema cardiovascular e os restantes sistemas em situação de patologia, de forma a reconhecer alterações que se possam manifestar nos restantes sistemas, como, por exemplo, o respiratório.

Considero que o que foi exposto e discutido, no âmbito das doenças isquémicas cardíacas, foi o que mais relevância teve para o meu percurso, considerando que pessoas que sofreram EAM constituíram a grande maioria dos integrantes do programa de reabilitação cardíaca, quer na fase I, quer na fase II. Nesta componente tive também oportunidade de conhecer instrumentos de avaliação usados em larga escala nos serviços, como a Classificação KILLIP, TIMI

risk score ou TIMI grade flow, fundamentais para uma compreensão mais completa da situação clínica da pessoa cuidada.

No término da formação, teve ainda lugar uma breve exposição sobre a implementação das fases I e II do PRC, ou seja, a tradução do que se preconiza nas *guidelines* para a realidade da instituição, considerando os recursos disponíveis. Apesar de este momento ter sido essencial para compreender as dinâmicas entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos no PRC, e que me permitiu sistematizar o percurso da pessoa no PRC, de forma a participar ativamente, mas também potenciando a participação da pessoa, considero estes momentos de discussão e debate fundamentais para o sucesso de um projeto como este.

Este foi um momento em que se discutiram as dificuldades sentidas nas diferentes fases do programa, pelos diferentes profissionais, no sentido de, em conjunto, se estabelecerem estratégias. Gostaria de evidenciar uma das grandes dificuldades discutidas, também vastamente documentada na literatura, a pobre adesão ao programa, ou desistência durante o mesmo, tendo sido debatidas algumas estratégias para ultrapassar este obstáculo, nomeadamente, a importância da sensibilização das pessoas, ainda na fase I, para a transição para a fase II, procurando que as pessoas tivessem alta já com a referenciação para a fase II, ou o alargamento do horário da fase II, para que as pessoas conseguissem conjugar com a sua vida laboral e familiar com o programa. Foi interessante perceber que, mesmo os profissionais que não estão diretamente envolvidos no PRC, se encontram sensibilizados para a sua importância e procuram na sua prática fomentar a participação das pessoas, encaminhando-as para os profissionais de referência.

Considero que a formação foi pertinente, não só para relembrar conceitos, mas também para aprofundar conhecimentos sobre questões de anatomofisiologia que permitiram melhor compreender a fisiopatologia cardíaca e consequentemente a intervenção terapêutica junto das diferentes patologias. Este conhecimento é fundamental no desenvolvimento da intervenção do EEER já que a sua intervenção deverá desenvolver-se a partir da situação clínica da pessoa, mas sempre de forma integrada, considerando as restantes dimensões, e sempre devidamente fundamentada na melhor evidência clínica. De valorizar também a compreensão mais profunda sobre as dinâmicas institucionais, que poderão ser facilitadores ou dificultadores dos processos de transição das pessoas ao longo do PCR, de forma a intervir neste âmbito, integrada na equipa multidisciplinar.

**APÊNDICE 5 – Relatório “2º Congresso de Enfermagem de
Reabilitação”**

Relatório sobre 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação

Os congressos caracterizam-se por serem locais de partilha de saber e experiências, onde se promove o debate das diferentes práticas. Assim, fez-me sentido frequentar o 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação com este intuito.

No decorrer do congresso, tive oportunidade de assistir a várias palestras e mesas de debate, uma mostra do amplo leque de intervenção do EEER, quer no âmbito dos cuidados de saúde primários e quer nos cuidados hospitalares. Pretendo neste documento evidenciar as intervenções que de forma mais direta me trouxeram ganhos atendendo ao meu projeto de estágio.

A mesa de abertura do congresso teve o tema de “a reabilitação nos processos de mudança” e foi perceptível, nas quatro palestras que a compuseram, o papel fundamental que o EEER tem nas diferentes transições da pessoa e sua família/comunidade. Os processos de mudança discutidos nas palestras referiam-se à mudança de um estado de saúde para um estado de doença, às mudanças de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e até às mudanças entre níveis de continuidade de cuidados. Estes processos de mudança são o que Meleis conceptualiza como transições e foi de extremo interesse perceber de que forma os EEER integram este conceito na sua prática, na construção dos seus projetos e, no fundo, como orientador para a construção de planos de cuidados individualizados que atendam à complexidade da(s) transição(ões) que a pessoa/família/comunidade está a atravessar.

Direcionado para a intervenção do EEER no âmbito do PRC, gostaria de destacar três intervenções.

A primeira intervenção consistiu na exposição de um protocolo da fase I, desenvolvido num centro hospitalar. Ao longo da exposição foram evidenciadas as guidelines utilizadas para o seu suporte, nomeadamente da AHA, ACSM e SPC. Ainda que se tratasse de um protocolo, e portanto, com intervenções tipo, foi explorado de que forma estas intervenções devem ser adaptadas e ajustadas às necessidades das pessoas, nomeadamente através do ajuste da frequência e intensidade da atividade física e da modificação dos fatores de risco cardiovascular. Ficou aqui evidente a importância da criação de protocolos validados e com suporte na literatura, que no fundo uniformizem os cuidados e permitam também evidenciar os seus resultados.

A segunda intervenção que gostaria de destacar, não sendo desenvolvido no

âmbito da reabilitação cardíaca, trata-se de um projeto desenvolvido em torno do treino de exercício na pessoa com patologia pulmonar. Nesta intervenção foram expostos conceitos como atividade física, exercício físico e desporto, no sentido de compreender a intervenção do EEER no contexto da intolerância ao esforço. Ainda que as intervenções drenem de áreas diferentes, muitos dos conceitos são transversais e retive, sobretudo, de que forma o acrónimo FITT-VP (frequência, intensidade, tipo, tempo, volume e progressão) pode ser uma ferramenta de prescrição de exercício, qual a sua aplicabilidade. Não sendo apenas útil no suporte da intervenção à pessoa, a utilização deste tipo de ferramentas é também útil na construção, implementação e avaliação de projetos, já que permite a uniformização de linguagem.

A última intervenção, que gostaria de destacar, teve como tema a adesão terapêutica no utente em programa de reabilitação cardiovascular. Esta intervenção expôs o desenho de um estudo em implementação, que pretende, através de questionário, analisar a adesão terapêutica das pessoas em PRC, antes e depois da fase II do programa, através do uso do instrumento validade Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Na minha perspetiva, este é um instrumento que tem pertinência, não só em contexto de investigação, mas também para a avaliação do próprio plano de intervenção da pessoa, sobretudo considerando que a não adesão ao regime terapêutico é um dos principais obstáculos no PRC. No fim da intervenção, houve ainda espaço para discussão de estratégias de promoção da adesão, com especial enfoque na educação para a saúde junto da pessoa, envolvendo a família/cuidador.

Retiro deste congresso a importância de existirem espaços de partilha e discussão dos projetos que os EEER, em diferentes contextos e níveis de cuidados, desenham, implementam e avaliam. Foi interessante perceber de que forma diferentes projetos mobilizam diferentes recursos e que, muitas vezes, colegas especialistas de outras áreas, são recursos fundamentais, enfatizando a importância de estabelecer parcerias. Os projetos, implementados de norte a sul do país, sempre que se traduzam em ganhos em saúde documentados, deverão ser evidenciados, discutidos e replicados, valorizando e dignificando, desta forma, a atuação do EEER.

**APÊNDICE 6 – Folheto “Exercitar para recuperar! – O
exercício físico na reabilitação do idoso”**

É aconselhável iniciar sempre com exercícios de aquecimento e terminar com exercícios de arrefecimento, a fim de **evitar lesões**.

Escala de Borg de Percepção Subjetiva de Esforço

Os exercícios devem ser realizados com intensidade moderada, ou seja, a sua percepção de esforço deve ser 5-6 na seguinte escala.

Classificação	Descritor
0	Repouso
1	Muito, muito fácil
2	Fácil
3	Moderado
4	Um pouco difícil
5	Difícil
6	-
7	Muito Difícil
8	-
9	-
10	Máximo



Contactos

Autora: Ana Rita Rodrigues, Estudante do CMEEEER
Enf. Orientadora: [Redacted]



ECCI

Exercitar para recuperar!



O exercício físico na reabilitação do idoso

Benefícios do exercício físico

Manutenção da saúde e otimização da capacidade funcional, procurando diminuir as alterações fisiológicas relacionadas com a idade.

O plano de exercícios deve incluir exercícios de **resistência, força, equilíbrio e flexibilidade.**

Exercícios de Resistência

Caminhada

Iniciar caminhadas no domicílio desde cedo é fundamental, mesmo que curtas distâncias. Gradualmente, o tempo da caminhada deve ser aumentando podendo ainda ser introduzidos outros elementos, como subir/descer declives ou aumentar o ritmo das passadas.



Exercícios de Força

Elevação lateral dos braços

Com os braços ao longo do corpo, segurar os pesos com as palmas viradas para dentro. Elevar os pesos, mantendo

os braços esticados, até à linha dos ombros. Sustentar durante um segundo e baixar os braços, de forma controlada, até à posição inicial. Repetir 10 a 15 vezes.



Elevação frontal dos braços

Com os braços unidos em frente ao corpo, segurar os pesos com as palmas viradas para dentro. Elevar os pesos,

mantendo os braços esticados. Sustentar durante um segundo e baixar os braços, de forma controlada, até à posição inicial. Repetir 10 a 15 vezes.



Agachamento com cadeira

Partir da posição sentada, com os joelhos fletidos e os pés apoiados no chão. Mantendo as costas direitas, levantar da cadeira até à posição de pé. De forma controlada, sentar e voltar à posição inicial. Repetir 10 a 15 vezes.



Exercícios de Equilíbrio

Apoio Unipodal

Apoiado numa cadeira, com segurança, elevar uma perna, dobrando o joelho. Manter esta posição até 10 segundos.

Voltar à posição inicial. Repetir 10 a 15 vezes, cada perna.



Exercícios de Flexibilidade

Exercício torácico

Iniciar o exercício com os braços esticados em frente ao corpo, palmas juntas. Lentamente, abrir os braços para trás até sensação ligeira de desconforto. Sustentar 10-30 segundos. Repetir 3 a 5 vezes.



Exercício da anca

Deitado, dobrar e unir os joelhos, e manter ombros em contacto com a

cama. Lentamente, baixar um joelho, sem afastar os pés ou mover a outra perna, até sentir ligeiro desconforto. Sustentar 10-30 segundos. Repetir 3 a 5 vezes, cada perna.



APÊNDICE 7 – Instrumento de análise da atividade do EEER

Identificação						Avaliação Inicial					Intervenções							Avaliação Final				
Processo	Nome	Diagnóstico	Data de Admissão	Data de Alta	Dias de internament	Índice de	Força muscular	Escala de Berg	Escala de	Escala de Dispneia	Reab. Respiratória	Reab. Motora	Treino de AVD	Ensinos ao cuidador	Pré-operatório	PRC Fase I	PRC Enc Fase II	Índice de	Força muscular	Escala de Berg	Escala de	Escala de Dispneia
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0																	
					0								</									

Diagnóstico	Total
EAMCSST anterior	0
EAMCSST inferior	0
EAMSSST anterior	0
EAMSSST inferior	0
ICC	0
Doença Valvular	0
Doença Valvular-T	0
Doença Coronária	0
Transplante Cardíaco	0
Outros	0

Nota: Imagem com maior detalhe nas páginas seguintes.

Identificação						Avaliação Inicial				
Processo	Nome	Diagnóstico	Data de Admissão	Data de Alta	Dias de internament	Índice de	Força muscular	Escala de Berg	Escala de	Escala de Dispneia
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
					0					
Média					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
									Total	

Intervenções							Avaliação Final				
Reab. Respiratória	Reab. Motora	Treino de AVD	Ensinos ao cuidador	Pré-operatório	PRC Fase I	PRC Enc Fase II	Índice de	Força muscular	Escala de Berg	Escala de	Escala de Dispneia
#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
0	0	0	0	0	0	0					

Diagnóstico	Total
EAMCSST anterior	0
EAMCSST inferior	0
EAMSSST anterior	0
EAMSSST inferior	0
ICC	0
Doença Valvular	0
Doença Valvular-T.	0
Doença Coronária	0
Transplante Cardíaco	0
Outros	0

**APÊNDICE 8 – Apresentação “Reabilitação Cardíaca:
exercício físico após a alta”**

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA



REABILITAÇÃO CARDÍACA

EXERCÍCIO APÓS A ALTA

2020

<https://www.amazon.com/Running-Healthy-Lifestyle-Cartoon-Sticker/dp/B07BJSH6W7>

Objetivos

- ▶ Ensinar sobre técnicas de conservação de energia
- ▶ Incentivar hábitos de exercício após a alta
- ▶ Dar a conhecer o programa de reabilitação cardíaca

Técnicas de conservação de energia

São técnicas que permitem diminuir o gasto energético durante a atividade física

(Ip et al., 2006)

Coordene e respire com a atividade:
inspire no movimento menos cansativo e expire no movimento de maior esforço

Priorize o seu dia e alterne entre atividades com maior e menor esforço físico

Arrume objetos que usa mais frequentemente entre a altura dos ombros e da cintura



<https://draflaviasalame.com/tratamentos/reabilitacao-pulmonar-2/reabilitacao-pulmonar/>

Autoavaliação do pulso radial

Esta avaliação permite determinar a sua frequência cardíaca, ou seja, os batimentos do seu coração por minuto.

Coloque dois dedos (o indicador e o médio) no dorso do punho da mão contrária.

Conte o número de batimentos cardíacos durante 15 segundos.

Multiplicar esse valor por quatro.

O resultado é o número de batimentos por minuto, a sua frequência cardíaca.



<https://blog.ialeko.com.br/o-exame-do-pulso-arterial-como-fazer-e-qual-e-a-sua-importancia-a-tua/>

<https://pt.dreamstime.com/illustra%C3%A7%C3%A3o-stock-os-segundos-%C3%ADcone-do-cron-metro-dos-minutos-pulso-de-tempo-e-rel%C3%B3gio-temporizador-s%C3%ADmbolo-da-contagem-regressiva-ui-web-logo-image79857526>

Autoavaliação do pulso radial

Esta avaliação permite determinar a sua frequência cardíaca, ou seja, os batimentos do seu coração por minuto.

Coloque dois dedos (o indicador e o médio) no dorso do punho da mão contrária.

Conte o número de batimentos cardíacos durante 15 segundos.

Multiplicar esse valor por quatro.

O resultado é o número de batimentos por minuto, a sua frequência cardíaca.



<https://blog.ialeko.com.br/o-exame-do-pulso-arterial-como-fazer-e-qual-e-a-sua-importancia-para/>

<https://pt.dreamstime.com/illustra%C3%A7%C3%A3o-stock-os-segundos-%C3%ADcone-do-cron-metro-dos-minutos-pulso-de-papo-e-rel%C3%B3gio-temporizador-s%C3%ADmbolo-da-contagem-regressiva-ui-web-logo-image79857526>

Exercício físico

Exercício físico é qualquer atividade física, planeada e estruturada, com o objetivo de manter ou aumentar a capacidade física.

(ACSM, 2018)

A prática diária, segundo prescrição clínica, é fundamental e pode reduzir a mortalidade e a possibilidade de novo evento cardiovascular.

(AACVPR, 2013)

Vários estudos defendem a **MARCHA** e a **BICICLETA** como os tipos de exercício de eleição para atingir os seus objetivos de forma segura.

(Oliveira et al., 2013)

Exercício físico

MARCHA

- Deve realizar 3 a 5 sessões semanais de marcha, iniciando com 500 a 1000m de distância. De forma gradual, deverá aumentar o tempo e a distância, dentro da sua tolerância.

BICICLETA

- Só deverá iniciar bicicleta após 4 semanas e, **SEMPRE**, de acordo com as indicações médicas. Por segurança, deve evitar esforços intensos ou com duração superior a 40min.

Deverá avaliar **SEMPRE** o pulso antes, durante e após o exercício físico

Exercício físico

Tonturas, sudorese intensa,
náuseas ou vômitos

Cansaço excessivo

**DEVE INTERROMPER
SEMPRE QUE OCORRER**

Alteração do pulso radial (>95-100
batimentos/min)

Dor no peito,
sensação de “falta de ar”

(ACSM, 2018)

Programa de Reabilitação Cardíaca

Com os objetivos de limitar o impacto físico e psicológico da patologia, reduzir os risco de mortalidade e novo evento cardíaco, este programa tem dois grandes focos, o treino de exercício físico e a modificação de fatores de risco.

O programa é iniciado precocemente, durante o internamento, continuando após a alta.

(AACVPR, 2013; Dalal & Doherty, 2015)

Programa de Reabilitação cardíaca

Fase I - Intra-hospitalar



Fase II - Ambulatório



Fase III - Manutenção

(AACVPR, 2013)



<https://www.vexels.com/png-svg/preview/176066/heart-beat-svg-image-vexels>

FASE I - Intra-hospitalar

- ▶ Avaliação dos Fatores de Risco
- ▶ Atividade Física Precoce
- ▶ Ensino ao utente e família



<https://www.marywashingtonhealthcare.com/>

OBJETIVOS

- ❖ Promover a mudança de hábitos e a prática de exercício
- ❖ Combater a intolerância ao esforço
- ❖ Promover o retorno à sua atividade laboral e papéis sociais

(AACVPR, 2013)

FASE I - Intra-hospitalar

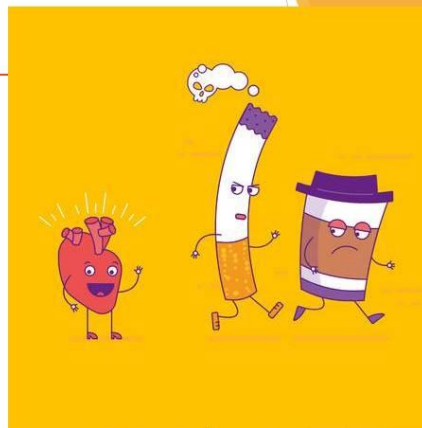
São realizados ensinamentos individualizados e entregues folhetos informativos de suporte sobre, nomeadamente, a patologia, fatores de risco, terapêutica, hábitos de vida saudáveis e exercício físico adequado após a alta.

(AACVPR, 2013)

Antes da alta, será agendada uma consulta de Reabilitação Cardíaca para continuação do Programa de Reabilitação Cardíaca em ambulatório, a Fase II

FASE II- AMBULATÓRIO

- ▶ **Consulta de Reabilitação Cardíaca**
 - ✓ Enfermeiro
 - ✓ Médico
 - ✓ Fisiatra
- ▶ **Consulta de Nutrição (se necessário)**
- ▶ **Consulta de Psicologia (se necessário)**
- ▶ **Consulta de Cessação Tabágica (se fumador)**



FASE II- AMBULATÓRIO

- ▶ **Realizada no ginásio do hospital com uma equipa pluridisciplinar**
 - ✓ Enfermeiro de Reabilitação
 - ✓ Fisioterapeuta
 - ✓ Técnico de Cardiopneumologia
 - ✓ Fisiatra/Cardiologista
- ▶ **Sessões de treino 2 ou 3 vezes por semana**
 - ✓ Terças e Quintas das 16 às 17h ou das 17:30h às 18:30h
 - ✓ Segundas, Quartas e Sextas das 9h às 10h.
- ▶ **Sessões de educação para a saúde semanais**
 - ✓ Antes ou após a sessão de treino

FASE II- AMBULATÓRIO

Sessões de treino de exercício físico: 18 a 36 sessões



https://br.123rf.com/photo_69367929



https://br.123rf.com/photo_69367930

Aquecimento e treino
de força muscular

Treino aeróbio
(passadeira e
bicicleta estática)

Alongamentos

(ACSM, 2018)

FASE III- Manutenção

- ▶ Promover a manutenção dos ganhos obtidos, sejam de aptidão física ou de estilos de vida saudáveis
- ▶ Realiza-se na comunidade :
 - ✓ Clínica de reabilitação
 - ✓ Centros especializados
 - ✓ Ginásio

(AACVPR, 2013)

Referências Bibliográficas

- ▶ American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). (2013). *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. (5ª Ed.). Estados Unidos da América. Human Kinetics.
- ▶ American College of Sports Medicine (ACSM). (2018). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. (10ª Ed.). Philadelphia. Wolters Kluwer Health.
- ▶ Dalal, H. & Doherty, P. (2015). Cardiac rehabilitation. *BMJ*. 351. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h5000>.
- ▶ Ip, W.M.; Woo, J.; Yue, S.Y.; Kwan, M.; Sum, S.MW.; Kwok, T. & Hui, S. SC.. (2006). Evaluation of the effect of energy conservation techniques in the performance of activity of daily living tasks. *Sage Journals*. 20(3) 254-261. doi: <https://doi.org/10.1191/0269215506cr908oa>
- ▶ Oliveira, N.L.; Ribeiro, F.; Alves, A.J.; Teixeira, M.; Miranda, F.; Oliveira, J.. (2013). Heart rate variability in myocardial infarction patients: Effects of exercise training. *Revista Portuguesa de Cardiologi*. 32(9). 687-700. Disponível em www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2174204913002468

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA



REABILITAÇÃO CARDÍACA

EXERCÍCIO APÓS A ALTA

2020

APÊNDICE 9 – Folheto “Reabilitação Cardíaca: exercício físico após a alta”

INFORMAÇÃO PARA UTENTES/CUIDADORES

Exercício Físico Pós Enfarte do Miocárdio



<https://www.shutterstock.com/>



Especialidade de Cardiologia

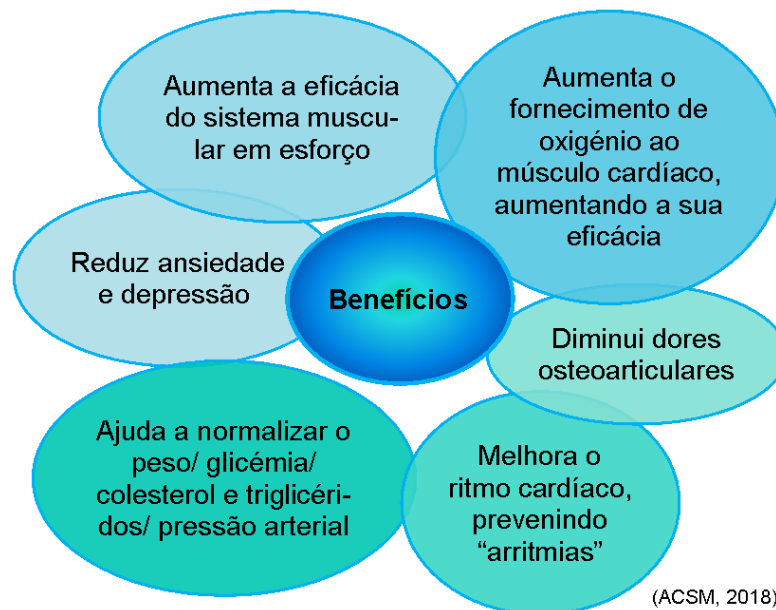
Revisão em julho de 2020

EXERCÍCIO FÍSICO

COMO PREPARAR O EXERCÍCIO FÍSICO

Exercício físico é qualquer atividade física, planejada e estruturada, com o objetivo de manter ou aumentar a capacidade física. (ACSM, 2018)

A prática diária, segundo prescrição clínica, é fundamental e pode reduzir a mortalidade e a possibilidade de novo evento cardiovascular. (AACVPR, 2013)



Realizar o controle da respiração/dissociação de tempos respiratórios

Inspirar pelo nariz com a boca fechada



Expirar pela boca com os lábios semicerrados

<https://www.pngegg.com/pt/png-ztoat>

Realizar Exercícios de Alongamento



<https://br.pinterest.com/pin/92112754865446701/>

Realizar 5 repetições, coordenadas com a respiração, 5-10 min.
Voltar a repetir no fim da prática de exercício físico.

(ACSM, 2018)

MELHORA A QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DE UM MAIOR BEM ESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO E EMOCIONAL.

(ACSM, 2018)

COMO REALIZAR O EXERCÍCIO FÍSICO

Avaliar o pulso radial ANTES, DURANTE e APÓS o exercício



<https://previews.123rf.com/images/icosmo/>

Utilizando dois dedos (indicador e médio), deve pressionar ligeiramente na zona identificada (a artéria radial) até sentir pulsar.

Deve contar o número de batimentos em 15 segundos e multiplicar por 4.

Exemplo: 20 batimentos X 4 = 60 bat/min

Isto significa que o seu coração está a



<https://pt.depositphotos.com/>



<https://www.bit.pt>

Existem dispositivos que permitem, de forma rápida e fiável, avaliar o pulso em movimento, como os **cardiofrequencímetros** (pulseiras/relógios).

Vários estudos defendem a **MARCHA** e a **BICICLETA** como os tipos de exercício de eleição para atingir os seus objetivos de forma segura.

(Oliveira et al., 2013)

MARCHA

Deve realizar 3 a 5 sessões semanais, iniciando com 500 a 1000m. De forma gradual, deverá aumentar o tempo e a distância, como sugerido no esquema.



<https://www.healthy-magazine.co.uk/put-your-best-foot-forward-and-get-walking/>

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8
Distância	1000	2000	3000	4000	5000	6000	6000	6000
Tempo	20	40	60	60	60	72	66	60

AO PRATICAR EXERCÍCIO, NÃO ESQUECER

- Realize os primeiros exercícios sempre acompanhado.
- Não pratique exercício físico com condições climáticas adversas (tempo muito quente/frio, elevada humidade ou ventos fortes).
- Não ingira refeições “pesadas” nas 2 a 3 horas prévias ao exercício. Opte por uma refeição leve e mantenha-se hidratado.
- Utilize vestuário confortável e calçado adequado (permite reduzir as forças de impacto).
- Respeite o aquecimento, o treino, a sensação de esforço e sua recuperação.

O **EXERCÍCIO FÍSICO** é essencial à vida.
Constitui prevenção e tratamento.
É uma forma de estar na vida.

Contactos:

Data: agosto de 2020

Elaborado por:

Enf.^a Ana Rita Rodrigues (revisão) -
Aluna CMEER ESEL