



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na
Capacitação da Pessoa com Insuficiência Cardíaca**

**Rehabilitation Nurses Interventions in Controlling the
Patient with Heart Failure**

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na
Capacitação da Pessoa com Insuficiência Cardíaca**

**Rehabilitation Nurses Interventions in Controlling the
Patient with Heart Failure**

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

Orientadora: Prof. Noélia Ferreira

Almada

2024

Contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

“O Sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

Robert Collier



Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à professora Noélia Ferreira pela dedicação e empenho na orientação no decorrer deste Mestrado, em especial durante a elaboração deste relatório, disponibilizando sempre o apoio, paciência e rigor necessários nesta fase.

Reconhecer também a todos os enfermeiros orientadores tudo o que me foram transmitindo a nível de conhecimentos ao longo deste percurso e que se tornaram pilares fundamentais para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

Queria ainda agradecer aos meus familiares por toda a compreensão que demonstraram durante este período, bem como a todos os amigos e colegas de profissão da Clínica CUF Almada em especial à Enfermeira Tânia Fernandes pela motivação e força que me foi dando no decorrer deste processo.

Por último agradecer ao meu avô Luís Oliveira que sempre soube que isto iria acontecer e que apesar de não poder partilhar esta conquista com ele, sei que me foi acompanhando ao longo deste percurso e que o deixei orgulhoso.



Declaração de Integridade

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

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

Almada, 2024



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychological Association

AVD 's - Atividades de Vida Diária

BNP - Péptido Natriurético

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de saúde primários

ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESC - European Society of Cardiology

IC - Insuficiência Cardíaca

LMERTS - Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

NYHA - New York Heart Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM – Reeducação funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sra. - Senhora

TDAE - Teoria do Défice Autocuidado em Enfermagem

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados



Resumo

As doenças do foro cardiovascular, em especial a Insuficiência Cardíaca têm vindo a ter uma incidência cada vez maior, afetando principalmente os idosos, mas também os jovens devido à redução da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida, sendo fatores contributivos também, a alimentação, antecedentes pessoais e familiares dos doentes. Portugal é dos países da Europa com maior taxa de incidência desta doença crónica.

Esta patologia caracteriza-se como um síndrome clínico, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão jugular venosa, fevres pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultantes de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco causando uma inadequada resposta às necessidades de oxigénio das células em repouso ou durante o exercício. Identificar a etiologia da doença é fundamental para o correto diagnóstico.

As limitações impostas por esta doença atribuem-lhe uma grande complexidade uma vez que interfere com todas as vertentes da pessoa, vertente física, social, económica e psicológica. Os encargos associados à agudização desta patologia demonstram ser elevados, principalmente a nível hospitalar. Os programas de Enfermagem de Reabilitação permitem atuar de forma preventiva e pós agudização contribuindo para a manutenção e gestão da doença e suas complicações.

É assim possível perceber a importância da reabilitação cardíaca uma vez que; uma pessoa reabilitada tem uma maior capacidade de se manter socialmente e profissionalmente ativo e que pode apresentar diversos autocuidados, que podem estar comprometidos, sendo necessário desta forma uma abordagem multidisciplinar.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Reabilitação Cardíaca; Insuficiência Cardíaca;



Abstract

The diseases of the cardiovascular system, especially heart failure, have been increasingly prevalent, affecting primarily the elderly population but also the younger population due to decreased mortality and increased life expectancy. Contributing factors include diet, personal and family medical history of patients. Portugal is one of the European countries with the highest incidence rate of this chronic disease.

This pathology is characterized as a clinical syndrome, manifested by a set of signs (increased jugular venous pressure, pulmonary rales, and peripheral edema) and symptoms (shortness of breath, edema of the lower limbs, and fatigue) resulting from structural or functional alterations of the cardiac muscle, causing an inadequate response to the oxygen needs of cells at rest or during exercise. Identifying the etiology of the disease is crucial for the correct diagnosis.

The limitations imposed by this disease make it highly complex, as it interferes with all aspects of the person, including physical, social, economic, and psychological aspects. The costs associated with the exacerbation of this pathology prove to be high, especially at the hospital level. Rehabilitation programs allow the specialized rehabilitation nurse to act preventively and post-exacerbation, contributing to the maintenance and management of the disease and its complications.

It is thus possible to understand the importance of cardiac rehabilitation since a rehabilitated person has a greater ability to remain socially and professionally active and can adopt various self-care practices that may be compromised, necessitating a multidisciplinary approach.

Keywords: Nurse; Cardiac Rehabilitation; Heart Failure



Índice

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA.....	13
1.1. Insuficiência Cardíaca.....	13
1.1.1 Epidemiologia da IC	16
1.2. Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem.....	17
1.3. Reabilitação Cardíaca.....	20
2. DESCRITORES DE DUBLIN.....	22
3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	24
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	24
3.1.1. Domínio da responsabilidade ética, profissional e legal.....	24
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	28
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados	30
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	35
3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	35
3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade para a reinserção e exercício da cidadania.	39
3.2.3. Maximiza a capacidade funcional da pessoa	41
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	52
APÊNDICE I - ESTUDO DE CASO 1 - UCC - PÓS FRATURA PERIOPERATÓRIA DA ANCA À ESQUERDA.....	53
ANEXOS	77
Anexo A - Escala de Coma de Glasgow	77
Anexo B - Índice de Barthel	79
Anexo C - Medida da Independência Funcional (MIF).....	81
Anexo D - Escala Visual Analógica da Dor	83
Anexo E - Escala de Berg (Equilíbrio)	84
Anexo F - Escala MRC (Medical Research Council)	85
Anexo G - Escala Modificada de Ashworth	86

Anexo H - Escala de Braden.....	87
Anexo I - Escala de Morse	88
Anexo J - Folheto Recomendações após artroplastia da anca UCC	89
Anexo K - Folheto recomendações após artroplastia do joelho UCC	91
Anexo L - Folheto Exercícios Fortalecimento Muscular UCC.....	93
Anexo M - Folheto Posicionamentos no leito UCC	95
Anexo N - Folheto Exercícios Respiratórios UCC	97
APÊNDICES	99
APÊNDICE II - ESTUDO DE CASO 2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA	118
APÊNDICE III - NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - SEGURANÇA E QUALIDADE	180
.....	181
APÊNDICE IV - COMPONENTE TEÓRICA REABILITAÇÃO CARDÍACA FASE 2 (FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES)	184
APÊNDICE V - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LMERT	195
APÊNDICE VI - POSTER 1ª SESSÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LMERTS.....	205
APÊNDICE VII - POSTER INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO SCOPING.....	207
.....	208
APÊNDICE VIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA IV JORNADAS DE ENFERMAGEM EGAS MONIZ 2023	209
APÊNDICE IX - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO 2023	210
.....	211
APÊNDICE X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMUNICAÇÃO ORAL NO 8º CONGRESSO INTERNACIONAL DE URGÊNCIA COM O TEMA "FOLLOW-UPS 2022 - PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE	212
.....	213
APÊNDICE XI - PROJETO DE ESTÁGIO	214
APÊNDICE XII - PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING	233
APÊNDICE XIII - POSTER E PANFLETO ESTÁGIO DA COMUNIDADE	250

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação que decorreu no ano letivo de 2022-2024 na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, no Monte da Caparica, foi realizado este relatório de estágio, cujo objetivo é demonstrar como foram atingidas as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação (EEER) desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios realizados tanto em contexto hospitalar, como em contexto de comunidade, relacionando-os com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. Este intitula-se de *"Intervenções do enfermeiro de Reabilitação na capacitação da pessoa com insuficiência Cardíaca"*.

Ao abordar uma patologia como a Insuficiência Cardíaca (IC) é fundamental perceber que esta afeta a pessoa de forma sistêmica, tendo um elevado impacto na sua vida diária sobretudo nas Atividades de vida diárias (AVD's) e consequentemente na sua condição de vida e bem-estar. Assim, torna-se fundamental perceber as intervenções do EEER para o controlo da pessoa com IC, quer a nível preventivo, como a nível de gestão de sintomatologia e otimização de tratamento.

A escolha desta temática advém do facto de, em primeiro lugar, a IC ter uma prevalência cada vez mais elevada em Portugal e perspetivar-se um crescimento bastante acentuado até ao ano de 2060 em todas as faixas etárias, sobretudo acima dos 80 anos, devendo-se isto principalmente ao avanço da medicina e respetivo aumento da esperança média de vida (Fonseca, 2018). Em segundo lugar, este tema é de especial interesse, uma vez que como esta é uma patologia crónica e incapacitante principalmente ao nível do autocuidado, considera-se uma área que requer cada vez mais intervenção, de modo a diminuir o tempo de internamento, bem como o número de internamentos permitindo reduzir os custos em saúde e aumentar a qualidade de vida destas pessoas. Por último, o enfermeiro de reabilitação cardíaca apresenta intervenções autónomas que estão inseridas nas áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A IC é definida segundo a *European society of Cardiology* (ESC), (2021, p.4), como *"um síndrome clínico, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão venosa jugular, fúrvos pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultante de uma inadequada resposta às necessidades de oxigénio das células em repouso ou durante o exercício"*. Esta patologia

tem vindo a aumentar a sua prevalência, sendo uma patologia que afeta a vida da pessoa em diversos aspectos, como tal é importante reconhecer como pode a atuação do EEER prevenir e auxiliar na gestão dos sintomas e na otimização do tratamento, prevenindo internamentos e reduzindo assim os custos associados aos mesmos. Para a realização do estágio, delineamos como objetivos, desenvolver competências de intervenção do EEER, na área motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação, sexualidade e desenvolver competências específicas de intervenção do EEER a pessoas com IC.

De modo a suportar a nossa intervenção elegeu-se a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, que criou e desenvolveu a teoria do défice do autocuidado em enfermagem (TDAE), cujo objetivo é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências, ou seja, os requisitos do autocuidado (Gilson, 1999).

A escolha desta teoria foi baseada na influência que a IC tem a nível sistémico na pessoa, podendo ser incapacitante e causar dependência no autocuidado da mesma, sendo o conceito de "autocuidado" definido na CIPE, 2011 como a capacidade de *"tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias"* (Castro, 2011, p.41).

Foi definido em 1991, por Dorothea Orem o autocuidado, na sua teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem. Esta teoria, considera que o autocuidado é *"O desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam para seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar."* (Orem, 2001, p.21), indo ao encontro da definição da classificação internacional para a prática de enfermagem.

O autocuidado, por ser universal, acaba por abranger todos os aspetos do dia a dia, não se limitando apenas às AVD's. Para o desenvolvimento do seu projeto, Orem assentou o mesmo interrelacionando 3 teorias, nomeadamente: a teoria do défice do autocuidado, que descreve a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, a teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si mesmas, e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, que detalha as relações a ser estabelecidas e garantidas para existir enfermagem (Queirós, 2010).

A TDAE de Orem, em enfermagem de Reabilitação (ER), torna-se fundamental quer pelo facto de promover a independência, quer pelo facto de capacitar a pessoa de acordo com as necessidades existentes da mesma para o autocuidado promovendo a sua autonomia e o seu empoderamento. Esta teoria visa incentivar um conjunto de

comportamentos passíveis de adotar pela pessoa de forma a atingir a automatização (Orem, 2001). A ação do EEER passa por suprimir precisamente esses déficits no autocuidado, tendo em vista a maximização da autonomia da pessoa e para isso, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem sendo estes; o sistema totalmente compensatório em que a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado, o sistema parcialmente compensatório em que a enfermagem só entra nas tarefas que o indivíduo não é capaz de realizar de forma independente e por último o sistema apoio-educação, em que o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, necessitando apenas de supervisão e ensino na correta realização das ações (Queirós, 2014).

Com tudo o que foi anteriormente referido, considera-se pertinente ser esta teórica a nortear / suportar o trabalho a desenvolver uma vez que, não só o objetivo será “manter o equilíbrio entre atividade e repouso”, podendo deste modo incluir a atividade física, nunca esquecendo a gestão de esforço, mas também promover a independência e a capacitação da pessoa de acordo com as intervenções de ER, maximizando assim a funcionalidade do indivíduo e o desenvolvimento de capacidades.

Os estágios foram realizados ao longo de diversos contextos de intervenção, nomeadamente, iniciado em contexto de cuidados domiciliários, seguido de contexto de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) tendo o 3º e 4º ensinamentos clínicos sido realizados em meio hospitalar, no entanto, existiu uma realidade diferente, que foi o estágio na comunidade.

Relativamente à estrutura do relatório será realizada uma introdução, seguida do enquadramento teórico do tema selecionado, onde estão descritos os principais conceitos a abordar e os dados epistemológicos obtidos através da pesquisa realizada. Ainda no enquadramento teórico será exposta a definição de IC, abordando a sua definição e epidemiologia e será analisado o modelo teórico de Dorothea Orem, para nortear a intervenção na prática de enfermagem, seguido de fundamentação das atividades desenvolvidas onde se encontra descrito se foram ou não atingidos os objetivos inicialmente propostos no plano de atividades e de que forma foram atingidos e por último uma breve conclusão seguida de referências bibliográficas. Este trabalho foi realizado com base nas normas da APA 7ª edição, de acordo com o mais recente acordo ortográfico implementado em 2014 em Portugal.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

1.1. Insuficiência Cardíaca

Antes de aprofundar sobre a escolha desta temática, considera-se importante em primeiro lugar expor alguns conceitos fundamentais. Para começar, o primeiro conceito a abordar será o de IC, estando esta definida segundo a *European society of Cardiology* (ESC), (2021), como um síndrome clínico, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão venosa jugular, fervores pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultante de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco, do qual resulta o aumento da pressão intra cardíaca e uma inadequada resposta às necessidades de oxigênio das células em repouso ou durante o exercício. Identificar a etiologia da doença é fundamental para o correto diagnóstico. Na maioria das vezes a IC ocorre devido à disfunção cardíaca, seja ela sistólica ou diastólica, ou ambas. No entanto, patologias valvulares, do músculo cardíaco, do sistema de condução elétrico e malformações, podem também ser potenciais causas de patologia cardíaca (ESC, 2021).

A IC divide-se em três classes, consoante a fração de ejeção do ventrículo esquerdo. A primeira classe está descrita como aquela que tem uma fração de ejeção inferior a 40%, ou seja, existe uma redução acentuada da função ventricular esquerda, estando descrita como "IC com fração de ejeção reduzida", sendo esta a que tem maior critério de gravidade. A segunda classe é aquela cuja fração ventricular esquerda se mantém entre os 40 e os 49%, estando parcialmente afetada, e por último temos a "IC com fração de ejeção preservada", ou seja, os casos em que a fração de ejeção está superior a 49% e estão presentes sinais e sintomas de IC com evidência de alterações funcionais ou estruturais da parte cardíaca (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Os sinais e sintomas característicos de IC são, respetivamente, a dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, reduzida capacidade para o exercício, fadiga, cansaço, edema dos membros inferiores, o aumento da pressão jugular venosa e o refluxo hepatojugular (Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2019).

Como meios de diagnóstico mais utilizados nesta patologia, em fase aguda, temos o raio-x, o ecocardiograma (exame de eleição), a seriação dos níveis de troponina e níveis de NT-pro péptido natriurético (BNP).

Foi ainda criada pela *New York Heart Association*, uma classificação funcional baseada na gravidade dos sintomas e impacto dos mesmos nas atividades físicas das

peçoas, sendo a classe 1 a menos grave e a classe 4 a mais grave e como tal a que requer mais cuidados. (figura 1)

Class I	No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class II	Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest, but ordinary physical activity results in undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class III	Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest, but less than ordinary activity results undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class IV	Unable to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms at rest can be present. If any physical activity is undertaken, discomfort is increased.

© ESC 2021

Figura 1 - NYHA Heart Failure Scale, Fonte: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

Esta patologia, causa à peçoas alterações em vários aspetos da vida diária, não só a nível físico, mas também a nível psicológico, segundo Rumsfeld et al. (2003) o humor depressivo é predominantemente transversal à maioria das peçoas com IC e está considerado como um fator preditor de agravamento da mesma, isto acontece, devido à consciência da peçoas em relação à sua necessidade de dependência dos outros e também pelas limitações físicas que esta patologia impõe.

Segundo um estudo realizado por Ferreira (2009) numa amostra de 60 peçoas, 50% tinha idade inferior a 60 anos, porém dessas 30 peçoas, apenas 2,6% estava inserido no mercado de trabalho, isto demonstra o impacto social que esta patologia tem na vida da peçoas, evidenciando que apesar de ainda se encontrarem em idade “produtiva” esta patologia impede as peçoas de trabalhar.

Para Margoto et al. (2009) as peçoas, que habitam sozinhas, sem suporte familiar apresentam maiores limitações a nível físico e do autocuidado. Esta barreira acaba por ser notória também no trabalho do EEER, uma vez que parte dos ensinoss passam pelo envolvimento da família de modo que a mesma consiga ajudar a peçoas, quando a enfermagem não estiver presente, auxiliando a família deste modo na recuperação.

Outro fator que temos que considerar com fator de risco na IC é o baixo grau de escolaridade. Isto acontece, pois, quanto maior o grau de escolaridade maior a

compreensão acerca da doença e a adesão ao regime terapêutico (Riegel et al., 2009). Verifica-se uma maior descompensação da doença e consequente diminuição da qualidade de vida, nas pessoas que apresentam um baixo grau de escolaridade.

A diferença entre o meio urbano e rural, relativamente à qualidade de vida das pessoas com IC existe, mas apesar de não estar bem entendido o porque, pensa-se que esteja mais relacionado com o facto de quem vive no meio rural ter um esforço físico maior, causando agravamento desta patologia, a nível de sintomatologia e consequentemente aumentando a percepção relativamente às limitações que esta impõe (Ferreira, 2012).

A considerar que o que contribui para o agravamento desta patologia e para o atraso no controlo da sintomatologia é o baixo status sócio económico (Margoto et al., 2009). Esta condicionante contribui consequentemente para o agravamento da condição de vida dos idosos com IC, e para a dificuldade em adaptarem-se às alterações funcionais impostas por esta doença (Gott et al., 2006), e em simultâneo, é possível validar ainda que as pessoas que têm um status económico inferior são os que apresentam pior estado de saúde em todas as dimensões excetuando a dor e sensação de mal estar geral.

Torna-se fundamental uma abordagem à pessoa com IC em todas as suas vertentes, tentando perceber o ambiente onde está inserida, de forma a poder adaptar o mesmo para que consiga realizar as AVD's e manter o autocuidado. É importante também perceber se a pessoa tem suporte familiar que facilite o cumprimento do plano de exercício e o cumprimento do regime terapêutico, na ausência do EEER. Por último, o enfermeiro deve estar atento à capacidade económica da pessoa em questão de modo a poder adaptar o programa de reabilitação não exigindo custos elevados à mesma.

Outro fator que nos indica a importância da reabilitação cardíaca, consiste no facto de que uma pessoa reabilitada tem uma maior capacidade de se manter socialmente e profissionalmente ativa, contribuindo deste modo para o seu bem-estar. Por último, é importante perceber que diversos autocuidados podem estar comprometidos na IC, sendo necessário desta forma uma abordagem multidisciplinar. Segundo Rabelo et al. (2007) a enfermagem assume um papel fundamental no que refere à educação para a saúde e desenvolvimento das capacidades para o autocuidado das pessoas, sendo um elemento fundamental no acompanhamento da progressão desta patologia. O mesmo autor defende que quando a pessoa se encontra no meio hospitalar, este representa um momento ideal para iniciar o processo de educação para a saúde e reabilitação da mesma e respetivas famílias, uma vez que estão sobre o impacto do meio

hospitalar e do agravamento da sintomatologia, permitindo assim a valorização das medidas implementadas para a manutenção da estabilidade clínica.

Num estudo de Moura (2015), foi possível concluir através do uso de ferramentas de avaliação que a IC tem um impacto nos diferentes autocuidados, sendo mais perceptível em estádios mais avançados da doença. No mesmo estudo é possível verificar que os autocuidados que demonstram maior intolerância são o autocuidado, vestir-se e despir-se e o autocuidado andar.

Sendo que na IC crónica, é fundamental que exista por parte da pessoa dispêndio de tempo para o autocuidado, este é tido em consideração como sendo a tomada de decisão acessória a práticas de saúde positivas denominado de “manutenção do autocuidado” e de estratégias para gerir a sintomatologia, designada “gestão do autocuidado” (Riegel et al., 2009).

A tomada de decisão na IC incide numa tomada de decisão naturalista, ou seja, as pessoas tomam decisões com base na vida real, o elemento central para esta tomada de decisão é a experiência, onde eventos do passado ajudam na identificação de padrões de modo a originar uma resposta específica, dependendo do tipo de situação. Identificar os sinais e sintomas da doença pode apresentar-se como o principal obstáculo para uma tomada de decisão eficaz (Sousa, 2019).

De forma a poder perceber a evolução do autocuidado da pessoa com IC, foram criados dois instrumentos, validados em Portugal que são, a Escala Europeia de Autocuidado na IC e a escala de Autocuidado para a Pessoa com IC, o objetivo da criação destas escalas é ajudar a identificar condicionantes ao desempenho da pessoa com IC (Sousa, 2019).

Através de programas de reabilitação estruturados e utilizando instrumentos de avaliação confiáveis e validados é possível otimizar a autonomia nos diversos aspetos do autocuidado. O EEER tem uma enorme possibilidade de realizar um acompanhamento contínuo da condição clínica da pessoa uma vez que atua nas diferentes fases do aparecimento e progressão da doença (pré, Intra e pós hospitalar).

1.1.1 Epidemiologia da IC

Após a exposição do conceito de IC, consideramos essencial abordar a prevalência desta patologia a nível mundial e posteriormente a nível nacional de modo a expor a pertinência desta temática.

Segundo a ESC (2021) existe uma média de 1 internamento por ano das pessoas que foram diagnosticadas com IC. Nesta mesma publicação, foi possível também perceber que comorbilidades influenciam a taxa de internamento em cerca de 50%

podendo esta taxa chegar a 1,5 Internamentos por ano quando presentes as seguintes condicionantes: Índice de massa corporal elevado, alto nível de hemoglobina glicada, baixa taxa de filtração glomerular entre outros. Desta forma é possível perceber o quão importante é na IC ver a pessoa de forma holística, uma vez que os antecedentes pessoais influenciam altamente a qualidade de vida, o autocuidado, bem como a esperança média de vida destas pessoas.

Noutro estudo de Fonseca (2018) o número de pessoas com IC está em crescimento, apresentando o seu pico por volta do ano 2060, principalmente na faixa etária acima dos 80 anos, enquanto nas restantes faixas etárias o seu pico será por volta do ano 2035. Isto acontece devido ao aumento da esperança média de vida com o avanço da tecnologia e da evolução científica na saúde, mostrando desta forma o quão imprescindível será garantir qualidade de vida a estas pessoas que apesar de viverem mais tempo, se não forem acompanhadas, vão viver sem qualidade de vida, ficando cada vez mais limitadas nos seus autocuidados.

Num estudo de Norhammar et al. (2023), Portugal regista uma maior prevalência desta patologia: 2,9% dos adultos portugueses sofrem de insuficiência cardíaca, taxa superior registada face a Alemanha, Bélgica, Espanha, Itália, Noruega, Reino Unido, Suécia, Suíça, Canadá e Israel.

Está demonstrado ainda que os custos anuais em Portugal (diretos e indiretos) com pessoas com IC, *New York Heart Association* (NYHA) II-IV em 2014 foram cerca de 405 milhões de euros, ou seja, um custo médio por doente de 1,623 euros, estando incluídos aqui os custos com internamentos, episódios de urgência, ambulatório hospitalar e Cuidados de Saúde Primários (CSP), e que se perspetiva um aumento do custo anual para os 503 milhões de euros em 2036, relacionado com o aumento do número de pessoas com IC em Portugal (249.592 doentes em 2014 para 318.071 em 2036) (Gouveia, 2020).

Os dados demonstram a importância da necessidade de redução de custos com a IC em Portugal e, dão espaço para o EEER desenvolver programas e estratégias que minimizem estes custos principalmente a nível de internamento, pois a reabilitação cardíaca vai permitir atenuar o tempo de internamento, reduzindo desta forma os custos com o mesmo.

1.2. Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem

De modo a suportar a nossa intervenção escolhemos a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, que criou e desenvolveu a teoria do déficit do autocuidado em enfermagem (TDAE).

A escolha desta teoria foi baseada na influência que a IC tem a nível sistémico na pessoa, podendo ser incapacitante e causar dependência no autocuidado, sendo o conceito de “autocuidado” definido na CIPE, 2011 como a capacidade de “*tratar do que é*

necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (Castro, 2011, p. 12).

Foi definido em 1991, por Dorothea Orem o autocuidado, na sua TDAE. Orem, considera que o autocuidado consiste no desenvolvimento de atividades realizadas pelos indivíduos para seu próprio benefício, visando manter a vida, saúde e bem estar (Orem, 2001), indo de encontro à definição que se encontra na CIPE.

O autocuidado, por ser universal, acaba por abranger todos os aspetos do dia a dia, não se restringindo apenas às AVD's. Para desenvolver o seu conceito, Orem assentou o mesmo em 3 teorias que se interrelacionam, sendo estas: a teoria do défice do autocuidado, que descreve a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, a teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si mesmas, e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós, 2010).

A teoria do défice do autocuidado surge como base de compreensão das condições e limitações das ações humanas que podem beneficiar com a enfermagem, no entanto é fundamental que exista um equilíbrio entre a necessidade de autocuidado e o cuidado de enfermagem.

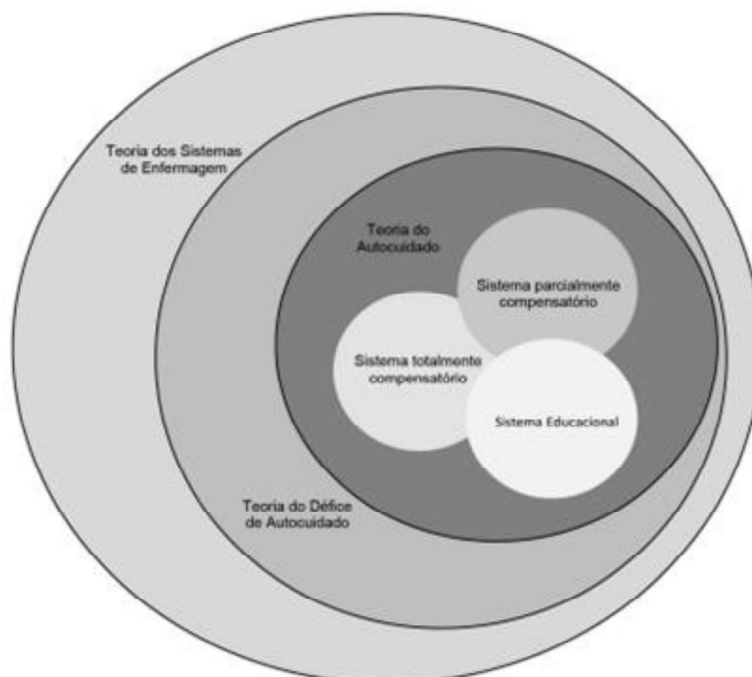


Figura 3 - Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Paulo Queirós, T. V. (Dezembro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. pp. 157-164.

A teoria do défice do autocuidado constrói-se com o foco principal na díade enfermeiro e pessoa que necessita de cuidados da enfermagem, sendo os dois considerados como agentes de ação (Sousa, 2019). Ao enfermeiro cabe o cuidar do outro, sendo definido como agente de enfermagem, já à pessoa, são exigidas ações necessárias para regular as suas funções por meio de cuidados personalizados, e promover o desenvolvimento de habilidades que permitam executar esses cuidados ou o potencial para adquirir essas habilidades, sendo este designado como agente do autocuidado. (Sousa, 2019).

Está relacionada com a compreensão subjetiva que as pessoas têm sobre as suas próprias limitações à medida que adquirem maturidade, limitações estas que as deixam incapazes, totalmente ou parcialmente, de cuidar de si próprias. Esta noção constitui a essência da TDAE, uma vez que permite perceber a necessidade de intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores que a capacidade da pessoa para desenvolver o mesmo (Tomey & Alligood, 2002.)

A teoria dos sistemas de enfermagem assume a enfermagem como uma ação humana, pois esses sistemas são criados por enfermeiros com base na sua prática com indivíduos que têm limitações de autocuidado.

Na TDAE foram identificados ainda três tipos de requisitos de autocuidado, que considera como metas a serem atingidas através de ações de autocuidado de modo a corresponder às necessidades. (Queirós, 2014).

Em primeiro lugar abordamos os requisitos universais que *“têm origem no que é validado ou está em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estadios do ciclo vital”* (Tomey & Alligood, 2002 p.12).

Dorothea Orem definiu então 8 requisitos universais do autocuidado, representando estes as condições internas e externas capazes de proporcionar o desenvolvimento funcional humano. Estes requisitos são, o aporte suficiente de ar, a manutenção de uma ingestão de água suficiente, a ingestão suficiente de alimentos, o equilíbrio entre o repouso e a atividade, provisão de cuidados associados aos processos de eliminação, o equilíbrio entre a interação social e solidão, prevenção de perigos à vida humana, ao bem-estar e funcionamento humano e promoção do desenvolvimento e funcionamento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o seu potencial (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento são v os que impulsionam os processos de vida e que evitam condições ameaçadoras à vida humana, como por exemplo; casar ou arranjar trabalho, e por último os requisitos de desvio à saúde que existem para pessoas que estão doentes incluindo as suas incapacidades totais ou parciais, são estes requisitos que vão definir as necessidades de cuidado da pessoa durante o processo de doença (Queirós, 2014).

Dentro da teoria do autocuidado, referida anteriormente, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem dentro dos sistemas de enfermagem que são: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e por último o sistema apoio-educação (Queirós, 2014).

Na enfermagem de Reabilitação, a teoria do défice de autocuidado de Orem torna-se um pilar fundamental quer por promover a independência, quer por capacitar a pessoa conforme as suas necessidades para o autocuidado promovendo a sua autonomia e o seu empowerment. Esta teoria visa incentivar um conjunto de comportamentos a adotar pela pessoa de forma a atingir a automatização (Orem, 2001). A ação do EEER passa por suprimir precisamente esses défits no autocuidado, tendo em consideração a maximização da autonomia da pessoa.

Para que isto aconteça, Orem identificou 5 estratégias a serem usadas como uma sequência de etapas que os enfermeiros podem recorrer ao cuidar de uma pessoa para compensar as suas limitações de saúde, sendo estas: executar, substituindo a pessoa na sua incapacidade, orientar e encaminhar, apoiar a pessoa física e psicologicamente, criar e manter um ambiente que favoreçam o seu desenvolvimento e por último, ensinar (Queirós, 2014).

Com base em tudo o que foi anteriormente mencionado, é justificável que esta teoria oriente e sustente o trabalho a desenvolver uma vez que, não só o objetivo será “manter o equilíbrio entre repouso e atividade”, podendo deste modo incorporar atividade física, nunca esquecendo a gestão de esforço, promover a independência e a capacitação da pessoa de acordo com as intervenções de ER, maximizando assim a funcionalidade do indivíduo e o desenvolvimento de capacidades.

1.3. Reabilitação Cardíaca

Ao abordar o tema de IC e de ER, é imprescindível abordar o tema de reabilitação cardíaca, uma vez que esta área de intervenção tal como explicado anteriormente, deve ter uma importância cada vez maior a nível mundial, nomeadamente a nível nacional dado o aumento do número de pessoas com patologia cardíaca crónica.

De acordo com Back, Hansen e Frederix, (2017) a reabilitação cardíaca pode ser definida como uma intervenção abrangente e multifatorial desenvolvida com o objetivo de limitar os efeitos físicos e psicológicos causados pela doença cardiovascular. Apesar de estar dividida em 3 fases (pré, Intra e pós hospitalar), é na realidade um processo contínuo no ciclo de vida da pessoa, composto por pontos chave que permitem o melhor retorno possível a uma vida normal após um evento cardíaco (OE, 2020).

Cabe ao EEER prestar cuidados de enfermagem diferenciados havendo maior percepção das necessidades, de como a atual realidade da pessoa pode ser rearranjada face aos seus problemas e como fazê-lo da melhor maneira possível, isto acontece porque o EEER é um profissional de enfermagem avançada pois possui competências específicas, adequadas à sua área de especialidade, demonstrando um elevado grau de adequação de cuidados consoante as necessidade de saúde das pessoas (OE, 2019).

Como futuro enfermeiro especialista de reabilitação, pretende-se desenvolver as competências necessárias para prestar cuidados de excelência, gerir situações de maior complexidade, definir prioridades no programa estabelecido para a pessoa e acima de tudo contribuir para a prática de enfermagem baseada na evidência, num mundo em constante mudança.

De modo a entender mais sobre quais as intervenções do EEER na pessoa com IC, foi realizada uma revisão *scoping* em que foi possível chegar aos seguintes resultados após leitura dos artigos inseridos no corpus do estudo, foi possível perceber que as intervenções que mais se salientaram aquando da aplicação de estratégias para doentes com IC, foram maioritariamente treino aeróbico. Para isso eram realizados exercícios com ciclo ergómetro, passadeira, ou simplesmente marcha. Contribuindo para estas estratégias, salientam-se dois artigos de Jaarsma et al. (2015), que abordam o treino aeróbico através do recurso a consolas de jogos em que as pessoas desenvolveram e aprimoraram capacidades com recurso a "jogos ativos", ou seja, jogos com interação da pessoa, onde o mesmo ao realizar os exercícios que eram pedidos conseguia adquirir mais resistência, mas também força muscular, amplitude de movimentos e auto estima.

Para além dos exercícios aeróbicos existe um programa que nos fala da importância da reeducação funcional respiratória no aumento da resistência das pessoas, para isso recorreram a treino de musculatura respiratória e treino da capacidade respiratória, nomeadamente capacidade inspiratória utilizando neste último caso o espirómetro de incentivo.

Outro tipo de intervenções que se pode identificar foram as intervenções de acompanhamento psicológico, em que as pessoas eram acompanhados através de

intervenção psicológica, recorrendo a entrevistas motivacionais e terapia cognitiva comportamental, tudo realizado por enfermeiros.

Através deste acompanhamento psicológico que se encontra descrito no artigo de Freedland et al. (2015) foi possível elevar a autoestima das pessoas em questão e identificar problemas que permitissem a elaboração de planos personalizados de modo a atender às necessidades individuais identificadas.

Por último foi ainda possível verificar que praticamente todos os artigos abordaram o acompanhamento permanente destes utentes ao longo dos diversos programas, de modo a poder esclarecer qualquer dúvida existente e motivar a manter a adesão ao programa, o que consideramos essencial. Este acompanhamento acontece presencialmente, mas também por chamada telefónica.

Em suma, percebeu-se que as abordagens mais utilizadas nestes programas de reabilitação, foram o treino aeróbico, exercício de musculatura respiratória, intervenção psicológica e acompanhamento no decorrer do programa, sendo este o acompanhamento durante o mesmo no sentido de validar os exercícios realizados, mas também acompanhamento a nível psicológico.

2. DESCRITORES DE DUBLIN

Benner (2001) propõe que, ao adquirir competências, os estudantes passam por cinco etapas: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. Para alcançar a excelência nos cuidados, os enfermeiros buscam progredir nesses estágios até chegar ao nível de perito, onde têm uma compreensão intuitiva das situações devido à experiência extensa. No ciclo de mestrado, espera-se que os alunos aprofundem conhecimentos de forma especializada, adquirindo habilidades científicas avançadas.

Inspirados por Bolonha, os Descritores de Dublin delineiam as competências a serem alcançadas no grau de mestre, como domínio do conhecimento, aplicação prática, julgamento, comunicação e aptidões para a aprendizagem. Para além destas 5 dimensões, *"o graduado do segundo ciclo deve, no final deste, estar apto a promover e desenvolver a investigação em enfermagem, apresentar um elevado nível de proficiência em termos da capacidade de problematizar e refletir as práticas, e desenvolver a capacidade empreendedora, de modo a contribuir para a inovação ao nível da saúde"* (D'Espiney, 2004, p.15).

No decorrer deste ciclo de estudos conseguimos concluir que atingimos as competências a serem alcançadas para o grau de mestre. Em primeiro lugar e como

primeiro descritor de Dublin temos o “conhecimento e capacidade de compreensão”, ao longo do mestrado, foi solicitada a elaboração de diversos trabalhos académicos onde foi fundamental a capacidade para a aquisição de conhecimentos, bem como a capacidade para interpretar os mesmos de forma a conseguir produzir evidência científica. A capacidade de compreensão foi essencial ao longo dos diversos estágios, uma vez que o facto de terem sido realizados estágios em 5 contextos completamente díspares, permitiu a aquisição de um maior leque de conhecimentos, mas também elevou a exigência na medida em que foi necessária uma maior capacidade de adaptação aos diferentes contextos clínicos.

O segundo descritor “Aplicação de conhecimento e da capacidade de compreensão” foi sendo demonstrado ao longo do Mestrado uma vez que na elaboração dos planos de cuidados a aplicar às pessoas alvo de cuidados do EEER foi possível através do uso de escalas e instrumentos de avaliação perceber a diferença que as nossas intervenções com rigor científico e a adequada pesquisa bibliográfica puderam causar à pessoa, como por exemplo, o aumento da capacidade funcional. O terceiro descritor de Dublin “realização de julgamento/tomada de decisões” foi sendo desenvolvido com o decorrer dos estágios, ou seja, procurou-se sempre sustentar as intervenções com rigorosa pesquisa bibliográfica, mas também através do debate de ideias com a enfermeira responsável pela orientação e professora, o que permitiu ganhar uma base sólida de conhecimentos que nos permitissem adequar o plano de intervenção do EEER à pessoa, realizado as tomadas de decisões necessárias para benefício da mesma.

O quarto descritor de Dublin “comunicação” existiu desde o início do mestrado, não só com a pessoa alvo de cuidados de ER, mas também com a equipa multidisciplinar ao longo dos diversos estágios, foi algo essencial e que apesar de existir foi sendo trabalhada de forma a conseguir adequar a linguagem à pessoa e equipa multidisciplinar, conseguindo assim minimizar erros e otimizar os planos de cuidados. Por último considero que o descritor “ aptidões para a aprendizagem” foi sendo desenvolvido uma vez que o facto de realizar sessões de formação, desenvolver apresentações para as pessoas, mas também para os profissionais contribuiu para desenvolver as aptidões necessárias para a aprendizagem uma vez que permitiu adquirir novos métodos de aprendizagem através da transferência de conhecimentos.

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com o intuito de contribuir para aprimorar as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, definimos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de intervenção do EEER, na área motora, respiratória, cardíaca, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade.
- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER a pessoas com insuficiência cardíaca.

Durante este capítulo, vai sendo realizada a análise e descrição das atividades que possibilitaram atingir os objetivos supracitados e, por sua vez, contribuir para o desenvolvimento das competências específicas anteriormente mencionadas

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De modo a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, delineamos objetivos específicos. Posteriormente, concentrar-nos-emos nas atividades realizadas para alcançar esses objetivos.

3.1.1. Domínio da responsabilidade ética, profissional e legal

Neste domínio encontram-se englobadas as competências: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1) e Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Para desenvolver estas competências delineamos como objetivos específicos, desenvolver uma prática profissional segura, com base nos princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação, garantindo a melhor prática de cuidados de reabilitação e Integrar a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multidisciplinar e do EEER ao longo dos diversos locais de estágio.

Segundo Nora et al.(2016), tomada de decisão ética, sempre assente em princípios, valores e normas deontológicas, necessita de ser cuidadosa e ponderada

percebendo sempre todos os elementos envolvidos no problema ético e isso foi sendo trabalhado ao longo dos estágios.

O EEER desempenha um papel central dentro de uma tríade formada por deveres, referenciais de qualidade e competências. De acordo com o código deontológico, o perfil de competências do EEER e pelos padrões de qualidade, o EEER assume-se na posição de tomar decisões que têm impacto direto na vida das pessoas. Sendo assim, é importante realçar que *“o enfermeiro precisa solucionar os problemas éticos da sua prática, assumindo seu dever profissional de agir”* (Nora et al., 2016, p. 3).

Cabe ao EEER demonstrar um *“exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.”* o (Regulamento nº 140/2019 p.4746). Para tal, é necessário demonstrar competência baseada num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico.

De forma a ir ao encontro de uma maior deontologia profissional, foi realizada uma entrevista informal com o Enfermeiro Gestor e o EEER orientador de modo a perceber como funcionavam os serviços, protocolos e normas existentes e onde seria possível ter acesso à informação que pretendesse. Foi ainda realizada uma visita guiada aos serviços de modo a conhecer a dinâmica dos mesmos e a conhecer a equipa multidisciplinar.

Principalmente em contexto de Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), foi fundamental a nossa participação nas reuniões multidisciplinares de modo a poder transmitir a informação relevante da pessoa, nomeadamente relacionada com o programa de reabilitação implementado, pois este podia dar mais informação à equipa multidisciplinar sobre a evolução do estado clínico da mesma.

De modo a desenvolver estas competências ao longo dos estágios foi fundamental incentivar o direito das pessoas à informação relativamente à sua situação de saúde, bem como o sigilo e confidencialidade profissional na equipa de enfermagem onde a pessoa se encontrava inserida, promovendo sempre a autodeterminação, respeitando crenças e valores da mesma.

Para que tal fosse garantido, ao longo dos estágios, a pessoa, bem como a família foram sempre englobadas na realização do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo que fossem fornecidas informações sobre as vantagens das intervenções a que seria sujeita, garantindo sempre a tomada de decisão da pessoa e família, quando adequado. Quando a pessoa não demonstrava autonomia ou capacidade para a tomada de decisão adequada, foi fundamental a colaboração com a família de modo que os mesmos conseguissem garantir que o plano de enfermagem estivesse de acordo com as crenças e valores da pessoa, indo assim ao encontro das suas

preferências como foi o caso do Sr A em que a família auxiliou na reformulação do plano de cuidados uma vez que a hora da higiene a que o Sr. A estava habituado no domicílio não coincidia com a hora em que estava a ser realizada no hospital pelo que apenas foi ajustado o horário, assegurando desta forma o respeito pelos valores e costumes da pessoa.

Durante a prática diária no desenvolvimento das atividades esteve sempre presente a aplicação dos princípios presentes no Regulamento do Exercício profissional de enfermagem, no Código Deontológico de enfermagem e no regulamento das competências comuns e competências específicas do EEER, segundo Potter e Perry (2016 p.41), *"A prática profissional inclui conhecimentos de ciências sociais e comportamentais, ciências biológicas e fisiológicas e teorias de enfermagem. Além disso, a prática de enfermagem incorpora valores éticos e sociais, autonomia profissional e um senso comunitário e de comprometimento"*. A aplicação destes princípios garante a conformidade ética e legal, promovendo a excelência na assistência à pessoa.

Destaco em contexto domiciliário a realização de reuniões com as pessoas e famílias, no sentido de identificar as suas necessidades para implementar programas ajustados, à mesmas.

Em contexto hospitalar destacamos a nossa ajuda enquanto EEER e estudante de ER na ajuda aos colegas relativamente ao auxílio das pessoas internadas no que diz respeito à marcha, posicionamentos e cuidados a ter aquando dos momentos de higiene, de forma a otimizar os mesmos para as pessoas internadas, mas também para os colegas.

No diagnóstico de uma patologia grave, seja em fase aguda ou crônica, surgem questões quer por parte da pessoa, bem como pela família que a rodeia, questões essas que carecem de uma resposta, de modo a tranquilizar e orientar a pessoa e família relativamente ao que era expectável acontecer futuramente, reduzindo medos e inseguranças. De forma a dar resposta a essas questões foi incluída sempre que possível a família na elaboração do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo sempre a confidencialidade e estabelecendo uma comunicação eficaz e relação empática, sendo esta de *"extrema importância para o desenvolvimento do indivíduo"* permitindo *"ir em direção a alguém e de exercitar comportamentos de atenção, escuta e cuidado... incentivando a resolução não violenta de conflitos."* (Santos-Dias et al., 2022, p.56)

No estágio de reabilitação cardíaca na situação pós Enfarte Agudo do miocárdio, muitas vezes foi necessário trabalhar a abordagem com a pessoa e família na gestão de expectativas e de limitações futuras que a patologia poderia impor, uma vez que as sequelas poderiam ser ligeiras e reversíveis a curto prazo ou graves e potencialmente

irreversíveis como é o caso da IC que estas pessoas acabariam por desenvolver. Este período de ensino foi crucial dado que tanto a pessoa internada como familiares acabavam por assimilar a informação transmitida com maior facilidade, colocando mais questões às quais tentávamos sempre dar resposta.

Sendo fundamental respeitar a individualidade e privacidade de cada ser humano, em contexto domiciliário este respeito assume um maior significado, isto acontece, pois, os cuidados prestados são no domicílio da pessoa, ou seja, no seu meio envolvente, existindo essa condicionante para além da pessoa e da sua família. Por estarmos no meio natural da pessoa, é fundamental desde cedo ganhar a confiança de todos os intervenientes, pois só assim conseguimos garantir o correto cumprimento do plano estabelecido, devemos ceder sempre que necessário e possível às exigências da pessoa, como por exemplo quando esta solicita a presença do filho/filha ou da companheira/companheiro, Duarte (2007). No caso do estágio realizado em contexto de UCC ou seja, de comunidade, era muito visível a importância de ganhar a confiança da pessoa e família envolvente. No caso da Sra. Al, foi notório que no início o à-vontade para nos receber não foi igual àquele que conseguimos atingir no final do programa de reabilitação, inicialmente nunca queria ficar sozinha connosco, disponibilizando apenas horários para a visita onde existisse um familiar presente, situação essa que ao contrário de poder gerar desconforto para nós, conseguimos dar a volta e transformar essa fase numa fase maioritariamente de ensinamentos quer à pessoa quer aos familiares. Já no final do programa estávamos sozinhos com a pessoa uma vez que a mesma conseguia confiar em nós e não sentia necessidade de ter algum familiar pois já não representávamos um potencial “perigo” à sua segurança.

Em contexto clínico hospitalar e domiciliário demonstramos possuir as competências necessárias e imprescindíveis para estabelecer uma relação terapêutica, respeitando sempre as crenças e valores da pessoa, adotando uma abordagem holística e centrada no autocuidado permitindo a execução de diversos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação num ambiente propício onde a tomada de decisão era partilhada entre a pessoa, a família e o EEER, tendo cumprido os princípios nos diversos estágios.

Foi também perceptível a forma como atingimos estas competências pelo sigilo profissional mantido quer em meio hospitalar ou domiciliário, uma vez que foram elaborados diversos planos de cuidados de ER sempre ajustados à pessoa, respeitando por isso crenças e valores, aumentando a sua eficácia e o seu propósito, mantendo sempre o sigilo relativamente ao programa executado, à sua evolução e ao acompanhamento que era fornecido à pessoa da nossa parte, em contexto do ensino

clínico de ortopedia tivemos uma situação em que a pessoa alvo do programa de ER não queria que fosse informada a família sobre o seu estado clínico, uma vez que a relação com os mesmos não era a melhor. Isso obrigou a reformular o programa de EEER e interromper o mesmo na hora da visita por opção da pessoa que não queria que os familiares tivessem conhecimento.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Dentro deste domínio encontram-se englobadas as competências: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1), Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2), Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

Para desenvolver estas competências estabelecemos como objetivos específicos, colaborar com a equipa multidisciplinar nos programas de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços, e desenvolver uma prática de cuidados especializada de enfermagem de reabilitação, centrada nas necessidades da pessoa cuidada e promotora de segurança e bem-estar nos diversos contextos.

De modo a desenvolver as competências acima referidas tornou-se fundamental aprofundar e adquirir novos conhecimentos, através da consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos diversos locais de estágio, bem como a pesquisa bibliográfica imprescindível para assegurar a adequada segurança e qualidade no processo de desenvolvimento e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Para contribuir para os projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvemos como atividades, uma norma de procedimentos de enfermagem no registo de prevenção de úlceras por pressão na unidade de cuidados domiciliários (Apêndice III), o que se tornou fundamental para garantir a uniformização dos registos de enfermagem, minimizando assim possíveis erros e tornando o acesso aos mesmos, bem como a leitura, mais intuitiva.

Acreditamos que é da responsabilidade do enfermeiro especialista identificar lacunas existentes nos serviços, bem como entre a equipa de enfermagem, intervindo de modo a reduzi-las e se possível eliminá-las, dado que o mesmo *“reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”* (Regulamento nº 140/2019, p.4747).

Em contexto de (ECCI), sentimos necessidade de criar um programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERTS) (Apêndice V), que

conseguimos que fosse implementado num dos locais de estágio e que se revelou bastante importante, dada a adesão e os benefícios referidos aquando da partilha interpares da experiência vivenciada pelos participantes. De forma a implementar este projeto, foi realizada uma sessão no exterior, que contou com a participação de 15 colaboradores, foi criado um ambiente terapêutico, com música, de forma a poder relaxar a mente e o corpo. Os exercícios de ginástica laboral realizados, foram maioritariamente exercícios de alongamento, tendo esta dinâmica sido implementada no meio do dia de trabalho, ajudando a aliviar o stress acumulado e contribuindo para a correção postural de modo a permitir futuramente a inexistência de LMERTS (Duarte et al., 2017). Este programa funcionou como ponto de partida para a futura implementação de algo semelhante na unidade onde foi criado, sendo essencial na manutenção do bem-estar da saúde dos colaboradores através da implementação da ginástica laboral.

É também importante tentar enquadrar o exercício físico noutras dinâmicas que tragam benefícios não só às pessoas com essa patologia, mas também aos colaboradores e cuidadores formais, de modo a minimizar sequelas relacionadas com má postura e movimentos repetitivos.

Por último foi ainda desenvolvido em contexto de estágio na área da cardiologia, a componente teórica da reabilitação cardíaca fase 2, que abordava os fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis, ou seja aqueles fatores que influenciam o risco de desenvolver doença cardiovascular, tais como a Hipertensão, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e diabetes Mellitus. Identificar os fatores de risco torna-se essencial uma vez que nos permite agir precocemente pois conseguimos minimizar *“Características ou condições presentes precocemente que estão associadas à probabilidade de desenvolver doença coronariana ou cardiovascular”* (Félix et al., 2022, p.4).

Devido ao espaço temporal, não foi possível sermos nós a implementar, mas ficou para o serviço, tendo algumas semanas depois obtido o feedback da enfermeira orientadora, referindo que a componente teórica foi implementada com sucesso e boa adesão por parte das pessoas, sendo essencial na alteração de alguns hábitos de vida que não eram saudáveis.

No estágio desenvolvido na clínica Egas Moniz e em colaboração com a ECCI, realizou-se um curso formativo, dividido em 5 Módulos destinado a técnicas auxiliares de saúde e cuidadores informais, tendo como temática a Demência. O primeiro módulo intitula-se “Conhecer a demência”, o segundo módulo “Dicas para uma comunicação eficaz”; terceiro módulo “Alimentação na demência: Qual a receita?”; o quarto módulo “Agitação: Estratégias para uma vida com dignidade.” e, por último, o quinto módulo

com o “Risco de Queda: estratégias de segurança em casa”. Este curso, foi desenvolvido em parceria com outros colegas de mestrado. Neste âmbito, desenvolveu-se um guia informativo para os formandos, assim como um poster (APÊNDICE XIII) onde se encontrava reunida a informação essencial à prestação de cuidados à pessoa com demência.

Levando em consideração as atividades realizadas consideramos que foram atingidas as competências: Garantir e manter um ambiente seguro e terapêutico, com prática baseada na evidência, procurar a excelência da prática de enfermagem e demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa, família e serviços de saúde.

Em suma, investir em qualidade é investir numa forma de uma melhoria contínua nos sistemas de saúde, trazendo benefícios aos diversos níveis, incluindo utilizadores, unidades de saúde, financiadores e profissionais de saúde (Fernandes, 2012).

3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Inseridas neste âmbito encontram-se englobadas as competências: Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2).

Para desenvolver estas competências delineamos como objetivo específico, desenvolver competências de gestão de cuidados de reabilitação, otimizando a resposta da equipa de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados.

De modo a atingir estas competências, nos estágios, aquando da elaboração do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação tivemos em consideração a pessoa de forma holística, ou seja uma visão que se baseia na relação permanente com o outro, considerando a pessoa, como um ser bio-psico-social, cultural e espiritual, a quem se deve respeitar crenças e valores de forma a elaborar um plano que melhor sirva os objetivos da mesma (Martins Barbosa, 2010) . A importância de ver a pessoa como um todo é essencial uma vez que permite ao enfermeiro estar atento a pormenores que apesar de não estarem diretamente relacionados com o processo de doença, podem contar como condicionantes prévios que interferem à recuperação da pessoa, afetando as suas AVD's e que têm de ser tidos em conta (Martins Barbosa, 2010).

Cabe ao EEER em associação com a equipa multidisciplinar estabelecer o plano que mais se adequa à pessoa, para isso recorre a profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Em ECCI bem como no estágio de ortopedia, foi muito visível a preocupação em reunir semanalmente a equipa

multidisciplinar de modo a conseguir prever altas e internamentos, bem como gerir situações complexas como por exemplo casos sociais existentes no serviço, no caso dessas pessoas o papel do EEER foi fundamental, uma vez que apesar de existirem pessoas com maior necessidade de RFM pós cirúrgico, estas não poderiam continuar em meio hospitalar enquanto aguardavam transferência sob o risco de prejudicar a sua recuperação. Existiu oportunidade de assistir a diversas reuniões multidisciplinares onde se constatou a diferença que faziam nas pessoas pois a partilha de ideias era essencial na otimização do plano terapêutico. Nessas reuniões podemos dar o parecer sobre diversos casos que nos foram atribuídos, conseguindo a par dos elementos da equipa propor alterações ao plano estabelecido.

Entre os casos debatidos existiam situações de pessoas que ficavam a aguardar o parecer do EEER para saber se estavam aptos a ir para domicílio, e se sim, com que condicionantes a nível de realização de AVD's. Nomeadamente, o caso da Sra N, em contexto de ECCI que apesar de ter cumprido o plano de Reabilitação implementado, teve que se continuar a incentivar e a treinar a realização de RFM porque não tinha a casa adaptada e estava a aguardar que a filha pudesse adaptar a habitação. Durante esse período a filha ia informando de como iria adaptar a casa e nós ajudávamos a desenvolver estratégias para colmatar as necessidades que pudessem existir apesar da adaptação realizada.

De acordo com o estatuto da ordem dos enfermeiros, artigo 104º, alínea b, cabe ao enfermeiro "*orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência*" (OE, 2015, p.80), o que nos sublinha a importância da partilha de informações entre a equipa multidisciplinar.

Aquando do estágio em ECCI, pudemos testemunhar por diversas vezes a articulação entre a ECCI e Rede Nacional de Cuidados Integrados quando a pessoa apresentava limitações que não tinha forma de colmatar autónomamente. Respeitando sempre a sua autonomia deixando-a ser o fio condutor do seu projeto de vida, elaboramos um plano de cuidados em articulação com a RNCCI, onde foi possível a pessoa ter uma instituição que lhe levasse alimentos já que não tinha familiares que o pudessem fazer e devido a um problema do foro ortopédico, numa fase inicial não se poderia deslocar do seu apartamento por dificuldades relacionadas com a locomoção no pós-operatório recente. Foi evidente a forma como o plano foi sendo otimizado à medida que a pessoa recuperava a sua autonomia, foi deixando de ser necessário esse apoio para a alimentação, sendo a própria a ir buscar os alimentos já confeccionados, contribuindo para a sua autonomia.

O facto de uma equipa ter um EEER facilita a dinâmica existente, uma vez que este elemento é visto como especialista na área da reabilitação e também possui experiência na gestão de serviços, sendo este, segundo Nunes (2010) alguém que detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio e sabe como utilizar esse conhecimento. É importante realçar que como no decorrer dos diversos estágios assumimos a intervenção do EEER, acabamos por ser deste modo também solicitados por parte dos enfermeiros de cuidados gerais, que nos veem como uma mais valia procurando dessa forma validar a sua intervenção. Como exemplo relato o facto de ao longo dos diversos estágios quando era necessário levar uma pessoa ao WC com ajuda parcial, os colegas solicitavam a nossa colaboração, por saberem que tínhamos competências para capacitar a pessoa através do ensino, instrução e treino.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De forma a promover que fossem desenvolvidas competências nesta área, que são, desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1) e baseia a sua práxis especializada em evidência científica (D2), delineamos como objetivos específicos, em primeiro lugar evidenciar capacidade de autoconhecimento aquando da prática clínica e na tomada de decisão, na área de ER, à pessoa cuidada, com base na melhor evidência científica e como segundo objetivo, prestar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados com base na melhor e mais atual evidência científica.

O exercício reflexivo existente nas diversas tomadas de decisão permitiu desenvolver competências neste domínio. A prática reflexiva constante sobre a nossa prática permitiu compreender melhor o porquê das nossas ações numa determinada situação, o que nos leva a equacionar as hipóteses existentes, priorizar os cuidados a prestar e decidir quais os mais adequados mediante as situações com as quais somos confrontados (Peixoto & Peixoto, 2016).

De modo a aprimorar o nível de reflexão, recorremos aos enfermeiros orientadores ao longo dos diversos estágios que nos permitiam através de discussões e partilhas de ideias refletir sobre as ações desenvolvidas levando-nos a questionar sobre as razões que nos levaram a agir de uma determinada forma e se existiria outra abordagem que fosse mais benéfica na situação enfrentada.

Associado às nossas ações está obrigatoriamente a tomada de decisão, tomada de decisão esta que surge inevitavelmente associada à pessoa e à família, esta tem de se reger pelos princípios éticos e valores delineados no REPE e no Código Deontológico de

Enfermagem, pois tem implicações na autonomia profissional do EEER. Antes de existir uma ação, existe previamente uma tomada de decisão que tem de ser reflexiva, pois é uma condição fundamental para que o enfermeiro adquira o título de perito. Tendo esta a importância que tem, tem de ser muito bem fundamentada, uma vez que ao traduzir-se numa ação, é fulcral que cumpra todos os requisitos necessários ou seja, que vá ao encontro do previamente citado, valores e princípios estabelecidos (Grazzola, Stefano, Thériault, & Audet, 2014).

No pensamento reflexivo ocorre transformação de conceitos preexistentes por meio de diálogo e debate de ideias, tornando cíclico o processo de aprendizagem, esta forma de pensar possibilita adquirir novos significados, visualizar novas formas de agir perante a mesma situação, permitindo a ativação e validação de experiências anteriores e concomitantemente a aquisição de novos conhecimentos (Grazzola, Stefano, Thériault, & Audet, 2014).

Outro aspeto associado à enfermagem na prestação de cuidados de qualidade é o dever do EEER em organizar as intervenções e processos de tomada de decisão adjacentes com base em conhecimentos válidos, atualizados e relevantes, desempenhando um papel de catalisador nos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019). É através da detenção de uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando julgamento ágil e intuitivo para identificar os problemas do doente/família, prestando cuidados de forma holística, que o enfermeiro assume o nível de perito (Freitas et al., 2017).

Um exemplo prático desta afirmação passa pelo facto de em contexto hospitalar de cardiologia, existir necessidade de aprofundar temas específicos com a equipa multidisciplinar e fazer a respetiva pesquisa bibliográfica, nomeadamente no que toca à reabilitação cardíaca fase 2 em que era preciso ter vasto conhecimento de valores como frequência cardíaca ideal e FC máxima, uso correto da escala de Borg sendo esta de acordo com Grant et al. (2020) uma medida confiável para avaliar a intensidade do exercício a que a pessoa está sujeita permitindo ter conhecimento dos sintomas de forma a gerir o programa de reabilitação.

Com vista a desenvolver conhecimentos ao longo dos estágios optamos por realizar pesquisa bibliográfica e leitura de obras de referência aquando da realização dos trabalhos solicitados, ou quando surgia necessidade no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem numa área em específico.

De modo a colocar em prática os conhecimentos provenientes dessa pesquisa, dinamizamos um projeto de componente teórica na área da reabilitação cardíaca fase 2 onde foi possível incorporar novos conhecimentos numa área já existente. Realizamos

também uma ação formativa relacionada com a área da demência em que o objetivo era capacitar os cuidadores formais e informais, onde foi desenvolvido, um póster, um panfleto e um mini guia (APÊNDICE XIII) . Foi ainda desenvolvido uma norma (APÊNDICE III) de elaboração de registos relacionados com a prevenção de úlceras por pressão no contexto de cuidados domiciliários, relacionado com o que observar e ter em consideração aquando das visitas, bem como dos registos necessários a efetuar, e ao elaborar esta norma existiu necessidade de aprofundar conhecimentos mais atualizados nesta temática.

Por último, foi ainda dinamizado um projeto de prevenção de LMERTS no estágio em ECCI, onde o ambiente existente entre a equipa multidisciplinar e os profissionais mostraram disponibilidade para aceitar a implementação deste projeto, o que permitiu estudar mais sobre uma área menos explorada na área de ER. De acordo com (Duarte et al., 2017) este tipo de projetos tem um impacto positivo na melhoria da qualidade do trabalho prestado entre os colaboradores da ECCI, não só pela questão física, mas também pela parte psicológica.

Foi possível ainda participar no congresso internacional de enfermagem de Reabilitação 2023, que decorreu na Figueira da Foz e onde foi possível ter uma visão sobre o futuro do enfermeiro especialista em Portugal e no mundo, foi possível ainda perceber a importância da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem em especial na área de reabilitação.

No decorrer do mestrado participámos ainda no 8º congresso nacional de urgência que se realizou na cidade de Chaves onde apresentamos uma comunicação oral relacionada com a qualidade nos follow-ups pós ida ao serviço de urgência, não estando diretamente relacionada com a área de reabilitação esta envolta na questão da qualidade de cuidados e da importância dos indicadores, nomeadamente no serviço onde me encontro atualmente a exercer funções. Participamos ainda no 1º encontro CUF de enfermagem de ambulatório, mais uma vez onde foi possível perceber a importância da qualidade na prestação de cuidados. Por último participamos nas jornadas científicas da Egas Moniz, onde foi exposto o poster do trabalho intitulado Intervenções de enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Insuficiência Cardíaca: Revisão *Scoping*

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A intervenção do EEER *“tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital... visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade...e a prevenção de complicações”* (OE, 2011, p.3). Para que isto ocorra é função do EEER implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação individualizados e distintos, que se fundamentem nas necessidades reais e potenciais, tendo por base a experiência acrescida e o elevado nível de conhecimentos (OE, 2010).

Ao considerar que o EEER tem uma abordagem multifatorial, compreendemos que as atividades realizadas não se limitam a um único domínio de competência. Existe um ponto comum entre os diferentes domínios devido à intervenção que temos com a pessoa que cuidamos, capacitamos e maximizamos a sua funcionalidade.

Em seguida descreveremos as atividades realizadas de modo a alcançar os objetivos que possibilitaram desenvolver competências específicas do EEER.

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

Para desenvolver as competências neste domínio, sendo estas, Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1), Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4), estabelecemos como objetivo específico: Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais.

Segundo a teoria de Dorothea Orem, o autocuidado diz respeito às atividades realizadas pelo indivíduo para seu benefício, para manter a vida a saúde e o bem-estar, e que ao ser universal, acaba por abranger todos os aspetos do dia-a-dia não se restringindo apenas às AVD's (Orem, 2001). A teoria do défice do autocuidado surge como forma de compreender as condições e limitações das ações humanas que podem beneficiar com a intervenção da enfermagem (Queirós, 2010).

De modo a poder atuar de acordo com os pressupostos defendidos nesta teoria, inicialmente foi realizada uma avaliação da pessoa alvo de um plano de cuidados de ER, onde foram avaliadas as AVD's que se encontravam comprometidas, bem como tentar perceber quais os objetivos futuros da pessoa, de modo que se elaborassem intervenções face aos diagnósticos identificados de forma a capacitar a pessoa e gerir as suas expectativas. Após esta avaliação foi planeado e executado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação com o intuito de capacitar a pessoa e restaurar a autonomia perdida devido à transição saúde doença.

Para adaptar o plano de cuidados às diferentes situações e contextos é fundamental a realização da avaliação inicial, pois, só assim podemos compreender melhor os antecedentes pessoais e familiares da pessoa, bem como hábitos de vida anteriores e deste modo estabelecer um plano de reabilitação adequado às necessidades identificadas, realizando a respetiva pesquisa bibliográfica necessária para fundamentar as nossas intervenções e estabelecer prioridades no plano de enfermagem de reabilitação a implementar. O plano de enfermagem estabelecido deve não só ser centrado na pessoa, mas também centrado no seu meio envolvente (família / pessoa significativa). De modo a realizar essa avaliação por parte do EEER, é essencial a utilização de instrumentos que permitam a recolha de dados, pois estes, ajudam a *"caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida."* (OE, 2016, p.3).

Durante os diversos estágios foram conduzidos dois estudos de caso (APÊNDICE I e II) onde consta um instrumento de recolha de dados que possibilitou a identificação da pessoa e antecedentes pessoais e familiares e, história da doença atual. Além disso foram empregues instrumentos adicionais de colheita de dados, disponibilizados pela OE que permitiram realizar uma avaliação cefalocaudal da pessoa utilizados também ao longo dos diversos estágios (APÊNDICE I). Relativamente à utilização de escalas com impacto direto no plano, foram utilizadas, para avaliar o grau de dependência o índice de Barthel, que foi desenvolvida para medir a capacidade de uma pessoa realizar as AVD'S, permitindo assim uma avaliação objetiva do grau de dependência da pessoa, Mahoney e Barthel (1965). Esta permite perceber quais as AVD's que podem estar mais comprometidas de modo a poder optar pelo sistema de apoio estabelecido por Dorothea Orem, ou seja, totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou apoio-educação, de modo a poder perceber o grau de dependência foi utilizada a escala de MIF, Orem (2001).

Para contribuir para a escolha e adequação do melhor auxiliar de marcha, quando necessário e adequação do plano de reabilitação e treino de marcha, recorremos à escala de Berg onde foi possível testar o equilíbrio, sendo esta uma ferramenta que continua a ser amplamente utilizada para avaliar o equilíbrio e consequente risco de queda Maeda et al. (2020). A avaliação do equilíbrio recorrendo a esta escala é fundamental aquando do estabelecimento de um plano de enfermagem de reabilitação personalizado, de acordo com Nilsagard et al. (2019), a identificação destas limitações do equilíbrio permitem a melhor adaptação e seleção dos auxiliares de marcha otimizando a mobilidade e prevenindo quedas. Para além disto, Alghadir et al. (2018) destacam a importância da escala de Berg para conseguir e monitorizar a evolução da pessoa ao longo do tempo ajudando a otimizar metas que se pretendem alcançar. O tônus muscular foi avaliado através da escala modificada de Ashworth, sendo esta de acordo com Mehrholz et al. (2020), uma ferramenta válida e confiável para avaliar o tônus muscular e espasticidade permitindo a reformulação dos planos de reabilitação. Já recorrendo à escala de morse, foi possível perceber o risco de queda de pessoa alvo da nossa intervenção e permitiu consequentemente definir intervenções precoces e definir o potencial de recuperação aquando do estabelecimento do plano de reabilitação osteomuscular Sharifi et al. (2021), pelo que foram selecionados e prescritos produtos de apoio, de forma a suportar a alteração da funcionalidade.

A teoria de Dorothea Orem foi enquadrada na prestação de cuidados bem como na realização dos dois estudos de caso, através da avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's que estariam afetadas independentemente da patologia associada que estabelecemos como poderíamos trabalhar com a pessoa, de forma a estimular o que fosse necessário para promover a independência. Como supracitado, de acordo com as AVD's afetadas foram adotados os sistemas totalmente ou parcialmente compensatórios e apoio-educação. Estes sistemas foram sendo alterados de acordo com o grau de autonomia que a pessoa ia apresentando após a implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Após o plano de intervenção elaborado, realizamos o acompanhamento da eficácia das intervenções definidas, recorrendo a instrumentos de avaliação como os supra citados (escalas) otimizando-as com base nos resultados. De salientar que os planos de intervenção implementados foram avaliados de forma a identificar a necessidade de alterar ou reajustar as intervenções de enfermagem implementadas. Todas as intervenções realizadas com base na avaliação inicial tiveram o aval das enfermeiras e enfermeiro orientador e também foram discutidos com a professora orientadora ao longo dos ensinamentos clínicos, o que permitiu a partilha de ideias e aquisição de conhecimentos.

Relativamente às intervenções realizadas, de modo a aprimorar a parte sensório motora, foram realizadas intervenções de reeducação motora e sensorial descritas nos estudos de caso em anexo (APÊNDICE I & II), promovendo autonomia e independência nas AVD's. Isto resultou num aumento da qualidade de vida das pessoas sujeitas à nossa intervenção. Em pessoas com patologia respiratória realizamos reeducação funcional respiratória com treino de controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, bem como posições de descanso e relaxamento e limpeza eficaz das vias aéreas. Houve ainda a possibilidade de implementar técnicas de reeducação costal global e seletiva (Ferreira et al., 2018).

Para realizar a avaliação da capacidade funcional da pessoa nos diferentes contextos de estágio recorremos às escalas de Barthel, MIF, Berg, MRC e Ashworth o que nos ajudou a delinear o plano de intervenção em enfermagem de reabilitação inicial e a alterar o mesmo mediante os resultados que íamos obtendo ao longo da implementação destas escalas. No âmbito da RFR e de acordo com Ferreira et al. (2018), foi realizada consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, bem como reeducação costal global e seletiva e utilização de inspirómetro de incentivo que se notou particular evolução positiva principalmente em contexto de reabilitação cardíaca como descrita no estudo de caso (Apêndice II). No âmbito da RFM foram realizadas mobilizações passivas, ativas, ativas assistidos e ativas resistidas com diferentes cargas e repetições (Apêndice I), sendo sempre avaliada a sua evolução com a escala de MRC através da força muscular e Ashworth, de acordo com Kisner e Colby (2018), os exercícios de mobilização passiva, ativa e resistida são fundamentais na reabilitação física, pois ajudam a melhorar a amplitude de movimento, a força muscular e a funcionalidade geral da pessoa. O mesmo autor diz-nos que a utilização de escalas como MRC são fundamentais para avaliar a eficácia e progresso das intervenções realizadas.

Os planos de reabilitação foram desenvolvidos sempre em parceria com a pessoa de modo a promover uma melhor adesão ao mesmo. No caso das pessoas com IC eram utilizados testes padronizados como teste de caminhada de 6 minutos e recorríamos à escala de BORG modificada, que de acordo com Barnett et al. (2029) é uma ferramenta amplamente utilizada para medir a perceção subjetiva do esforço muito importante na prescrição de exercícios mediante o esforço a que a pessoa estava sujeita, otimizando assim o programa implementado.

3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade para a reinserção e exercício da cidadania.

Com o intuito de fortalecer as competências neste domínio, sendo estas, Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2), traçamos como objetivo específico, Capacitar a pessoa com deficiência e limitação das AVD's para o ganho da independência funcional e reinserção social.

No decorrer dos diversos estágios, a nossa intervenção com a pessoa foi no sentido de prevenir alterações negativas na capacidade funcional, que estava ligada ao fenómeno de envelhecimento, hospitalização e doença e que tinha impacto nas AVD's. De acordo com a OMS (2004), a funcionalidade consiste numa interação complexa estabelecida por duas partes, a primeira, a condição de saúde e a segunda, os fatores ligados ao contexto (pessoas e ambiente). Para Martinez e Astorga (2009) é um processo modificável e dinâmico, que tem como aspetos a capacidade para o desempenho das AVD's, agir de forma autónoma e tomar decisões.

Como exemplo de reinserção ao nível da capacitação, realço o caso da Sra. A.J.F. que devido a um pós operatório de fratura peri protésica da anca à esquerda tinha limitação para realizar as AVD's, nomeadamente no vestir e despir-se, a nível dos membros inferiores, contando com o apoio da filha e na higiene pelas limitações físicas do wc, e devido às intervenções do EEER implementadas à Sra. A.J.F. foi possível atuar sobre a reduzida força muscular e amplitude articular existente no pós cirúrgico referente ao membro inferior esquerdo, conseguindo melhorar os mesmos permitindo assim que a pessoa se conseguisse deslocar no domicílio inicialmente com andarilho, posteriormente com canadianas, ficando no fim apenas com uma bengala de apoio que apenas utilizava para se deslocar ao exterior. Inicialmente também existia incapacidade em subir e descer escadas, dificuldade essa que foi ultrapassada tornando-se numa prioridade dado que a mesma vivia num 1º andar sem elevador.

Como referido anteriormente desenvolvemos intervenções independentes do EEER, sendo estes treinos específicos das AVD's em que inicialmente e seguindo os princípios da teoria de Dorothea Orem era um sistema totalmente compensatório e no fim já seria na maioria das intervenções propostas um sistema de apoio educação. Os cuidados foram sempre supervisionados inclusive o uso de meios auxiliares de marcha e dispositivos de apoio de modo a assegurar a sua correta utilização, manutenção, mas

também de forma a conseguir analisar a evolução e mudando de auxiliar de marcha de acordo com a autonomia adquirida na marcha.

Ao longo dos diferentes estágios, foi essencial conseguirmos compreender a dinâmica familiar, permitindo envolver os familiares no planeamento e implementação dos cuidados. Parafraseando Galvin et al. (2015) a família é entendida como um sistema em que cada elemento pode ser considerado como um todo e em simultâneo uma parte, ocupando diferentes papéis em diferentes contextos. As funções que a família desenvolve são essencialmente de proteção, nutrição, coesão, socialização e resolução de problemas (Galvin et al., 2015). Dado estes conceitos é essencial entender a forma como a família pode ajudar não só no auxílio na realização das AVD's, mas também assegurando motivação e cumprimento do plano de ER estabelecido, sendo essencial para perceber as limitações existentes, o modo como podem ser ultrapassadas e os cuidados a ter. No caso da Sra. A.J.F. o apoio da família foi constante uma vez que a filha praticamente coabitava com a mãe, auxiliando em tudo o que fosse necessário, tornando-se numa grande mais valia para a eficácia das intervenções implementadas.

No caso desta pessoa foi realizado todo o programa de reabilitação com vista à reinserção social, sendo um dos nossos objetivos fazer com que a Sra A.J.F fosse capaz de ir ao café comprar pão como fazia previamente ao acidente, para que tal acontecesse foi de maior importância ultrapassar um obstáculo que se apresentava como principal obstáculo que eram as escadas do prédio. Para que esse obstáculo fosse ultrapassado foi realizado treino e instrução sobre a utilização de produtos de apoio iniciando pelo andarilho, progredindo para duas canadianas, posteriormente para uma canadiana e terminando na bengala, que após o ensino correto sobre como subir e descer escadas tornou possível esta ida ao café, bem como uma maior independência em todos os aspetos, segundo Guccione, Wong e Avers (2011), a progressão no uso de dispositivos de assistência, como andarilhos e canadianas, é fundamental para aumentar a mobilidade e independência da pessoa. O ensino e treino adequado sobre o uso desses dispositivos, incluindo como subir e descer escadas, é fundamental para garantir a segurança e eficácia na reabilitação.

Ao longo de todos os estágios foi realizado o treino de AVD's nomeadamente ao nível da higiene, vestuário e alimentação quer em ambiente domiciliário, quer em ambiente hospitalar, de forma a que as pessoas se adaptem às limitações da mobilidade e da maximização da autonomia e qualidade de vida.

3.2.3. Maximiza a capacidade funcional da pessoa

Com o propósito de desenvolver as competências neste domínio, que são, concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1) e Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (J3.2) desenvolvemos como objetivo específico maximizar as capacidades funcionais da pessoa através do treino motor, cardíaco e respiratório.

O EEER interage com a pessoa para promover interações que visam a maximização da capacidade funcional, resultando num desempenho motor aumentado, bem como desempenho cardiorrespiratório, promovendo sempre o rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2010).

Foi possível através de revisão *scoping* realizada (APÊNDICE XII) perceber quais as intervenções que mais benefício trariam à pessoa com IC e como a articulação entre as diversas intervenções contribuiria para a eficaz elaboração de um programa de reabilitação.

Ao longo dos estágios desenvolvemos atividades com a pessoa no sentido de melhorar o seu desempenho aumentando a sua capacidade a nível motor e cardiorrespiratório. Realizamos ensino, instrução e treino de exercícios a nível de força muscular, equilíbrio corporal e treino de marcha, com e sem auxiliares de marcha. Além do treino muscular e cardiorrespiratório a nossa intervenção também incidiu sobre o ensino, instrução e treino de posições de descanso e relaxamento, quer em meio hospitalar quer em meio domiciliário, adotando para isso os recursos existentes no meio envolvente para auxiliar na realização dessas técnicas, houve ainda possibilidade para ensino sobre a consciencialização e controlo respiratório, técnicas de correção postural, treino de musculatura seletiva e global e técnicas de conservação de energia (Ferreira et al., 2018).

O êxito da nossa atuação não assentava só nas sessões de treino que decorriam durante o estágio, estando também dependente do cumprimento dos exercícios que eram ensinados nas sessões para que a pessoa pudesse de forma autónoma realizar as mesmas na ausência do EEER. Como exemplo temos o caso da Sra. A.J.F que o sucesso das nossas intervenções assentou no facto de a mesma trabalhar de forma autónoma, e de ter a filha que incentivava o cumprimento dos exercícios prescritos no domicílio. Este trabalho autónomo com a ajuda da família acaba por ser fundamental uma vez que apenas conseguimos ir ao domicílio da pessoa 2x por semana e que a sua evolução completa se deu em 8 semanas, ou seja, apenas contando connosco não seria possível esta evolução tão rápida, sem trabalho autónomo. Nesta situação em específico foi

implementado um plano de RFM com exercícios de reforço muscular passivo no leito e cadeirão com exercícios de Flexão e extensão plantar (10 repetições - 3x), Flexão e extensão de ambos os membros inferiores (10 rep. - 3x), Adução e abdução dos membros inferiores até à linha média (10 rep. - 3x), Elevação de ambos os membros inferiores até ao máximo 45º em relação ao leito (10rep. -3x) tal como descrito em apêndice I. Também foi realizado treino de marcha com e sem dispositivos de apoio ao longo da evolução do programa.

A família surge como uma fonte de apoio após a alta quando participa ativamente nos cuidados a um dos seus familiares, assumindo o papel de cuidadores não remunerados, e assim, tornando-se recursos de saúde essenciais (Monteiro, 2009).

Para Fernandes et al. (2011) a inclusão da família como parte integrante da intervenção em saúde, em todas as fases e ambientes de assistência, é fundamental para garantir o cuidado abrangente à pessoa doente.

Aquando do estabelecimento de um programa de reeducação funcional como exemplo do programa supracitado, incluímos ensinios à pessoa e família, onde é abordado o conteúdo das sessões, quais os exercícios a serem realizados, bem como o número de repetições. Também se aborda a fisiopatologia do problema em questão (patologia adjacente), comorbilidades e consequências das mesmas no processo de reabilitação. Ainda é estimulada a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis como alimentação, exercício físico, evicção tabágica e vacinação, o que de acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2015), a promoção de estilos de vida saudáveis é essencial para a prevenção de doenças e para o bem-estar geral. Intervenções que incentivam uma alimentação equilibrada, a prática regular de exercício físico, a cessação do tabagismo e a adesão aos programas de vacinação são fundamentais para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

No contexto de cuidados intensivos de cardiologia houve necessidade de implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, estes programas eram implementados em contexto de internamento (reabilitação cardíaca fase 1) em que eram realizados exercícios de RFM, passivos, ativos assistidos ou ativos resistidos mediante a situação clínica da pessoa, também e em especial no caso das pessoas em situação de aguardar cirurgia cardíaca recoríamos à utilização do espirómetro de incentivo. Estes programas também eram implementados em contexto de fase 2 de reabilitação cardíaca em ginásio onde eram realizados exercícios aeróbios e anaeróbios tendo sempre em conta a tolerância da pessoa e instrumentos de avaliação, como a escala de BORG que é amplamente utilizada para medir a perceção subjetiva ao esforço físico Capodaglio et al. (2020), frequência cardíaca e ou toracalgia. A implementação destes programas foi não

só preventivo de forma a melhorar o pós cirúrgico, mas também no pós cirúrgico, de forma a reabilitar a pessoa da melhor forma possível e o mais precocemente possível antecipando assim a alta, minimizando custos inerentes ao internamento e contribuindo para o melhor desempenho das AVD's.

Estes programas eram implementados na fase 1, ou seja em contexto de internamento, em alguns deles, existiu necessidade de reformular uma vez que a condição clínica da pessoa se alterava positiva ou negativamente, desta forma tinha que existir uma diminuição ou um incremento da intensidade dos exercício quer fosse em número de séries quer em numero de repetições, existiam pessoas em que era apenas possível realizar ensinios dado que a sua permanência na unidade de cuidados intensivos, era, felizmente, muito curta, progredindo para internamento de cardiologia e perdendo o seguimento a estas pessoas (Natércia Pires, 2020).

Já na fase 2 os programas de reabilitação implementados eram alterados mediante a tolerância da pessoa ao esforço físico que era avaliada através da escala de BORG, esta escala permite ajustar a intensidade dos exercícios implementados de forma segura e eficaz, permitindo uma progressão adequada do programa de reabilitação Haddad et al. (2021). Além disso, de acordo com uma publicação de Williams et al. (2019) esta monitorização continua do esforço permite personalizar os planos implementados e melhorar os resultados obtidos. Os planos implementados tinham em conta também a sintomatologia da pessoa e a frequência cardíaca, era estabelecida uma frequência cardíaca de treino e uma frequência cardíaca máxima que nunca poderia ser excedida. Dado esses limites, os programas implementados eram reformulados em todas as sessões de fase 2, uma vez que havia sempre alterações a implementar para benefício da pessoa (Natércia Pires, 2020).

Em contexto de ortopedia o plano de RFM implementado normalmente não sofria alterações dado que o processo de recuperação era muito linear e na maioria das vezes cumpria o plano. Houve uma situação em que tivemos que interromper o plano, não por problema da parte de enfermagem de reabilitação, mas porque a pessoa teve alterações que implicaram outro tratamento diferenciado (hemodiálise) para além do programa de reabilitação, o que atrasou a recuperação pois impedia a pessoa de cumprir a parte do plano em que não se encontrava no leito, porém mesmo mantendo-se na cama realizou os exercícios estabelecidos para a sua permanência na cama.

O processo de reabilitação implementado consistia em escolher as pessoas que se encontravam em pós operatório imediato e que tinham capacidade de dar continuidade ao plano posteriormente, após a alta hospitalar. Eram realizados exercícios musculares passivos, ativos, ativos assistidos e ativos resistidos mediante a evolução do programa,

em primeira fase no leito e posteriormente fora do mesmo. Ainda durante o leito eram realizados 30 minutos de artromotor, que progredia até uma hora, mediante tolerância, no caso de pos cirúrgicos ao joelho e prótese total da anca.

De modo a verificar os resultados obtidos e consequentes ganhos em saúde, recorreremos a escalas e a instrumentos de avaliação como foi o caso do uso da escala de BORG supracitada, sintomatologia e outras escalas, focando-nos maioritariamente na tolerância ao esforço através da vigilância da tríade, pontuação BORG, FC e sintomatologia como toracalgia durante exercício, que estão descritos nos estudos de caso em apêndice I e apêndice II.

Para o desenvolvimento destas competências é essencial e indispensável a assimilação de toda a componente teórica e prática lecionada ao longo do mestrado, além da realização de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas e da troca de conhecimentos com enfermeiros orientadores e professores. Todas as intervenções desenvolvidas possibilitaram aumentar o conhecimento e a seleção dos conhecimentos mais relevantes para fundamentar as intervenções realizadas em contexto clínico.

Em suma, é importante mencionar que os objetivos gerais foram alcançados, incluindo o desenvolvimento de competências de intervenção do EEER, nas mais diversas áreas, como a motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, além do aprimoramento de competências específicas de intervenção do EEER em pessoas com insuficiência cardíaca. Delineamos este último objetivo pois a área da reabilitação cardíaca é uma área de intervenção do EEER e sob a qual queríamos trabalhar para atingir o grau de perito.

Uma vez que a IC afeta a pessoa de forma holística foi fundamental perceber como conseguimos trabalhar as AVD' s que estão afetadas, realizando uma avaliação multifatorial da pessoa e intervindo de acordo com as lacunas identificadas através de escalas e instrumentos de recolha de dados desenvolvidos em contexto clínico. O objetivo não passaria apenas por prevenir a reincidência desta patologia através de agudizações da mesma, mas também instruir a pessoa a viver com as limitações impostas pela doença adotando estratégias para que o mesmo fosse possível.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório afirmou-se como uma ocasião para analisar e refletir sobre as vivências, experiências e aprendizagens que existiram ao longo deste trajeto educacional, tendo como base o projeto realizado. Muitos foram os ganhos obtidos das pessoas alvo de cuidados bem como equipa multidisciplinar.

Ao avaliar o progresso descrito neste relatório, acreditamos ter atingido os objetivos inicialmente estabelecidos, pois foram descritas e analisadas as atividades realizadas neste percurso, as quais permitiram trabalhar nas competências delineadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensinos, obtenção do grau de mestre e das competências descritas na Ordem dos Enfermeiros para o EEER.

Ao longo do percurso foram adquiridas e desenvolvidas competências que permitiram agregar os conhecimentos adquiridos, da teoria à prática, conseguindo concluir com sucesso o projeto de formação delineado inicialmente, um projeto dinâmico de ER.

Foi possível adquirir Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mas também competências Específicas do EEER.

O percurso descrito permitiu desenvolver estas competências através de intervenções que suportam a funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades; conceber planos de intervenção de modo a promover capacidades adaptativas; Implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, motoras, de alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Além disso, este percurso contribuiu para a conceção e execução de programas de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações existentes, maximizando a autonomia e a qualidade de vida das pessoas. Promovemos a mobilidade, acessibilidade e participação social. A realização de uma revisão *scoping* permitiu mapear e compreender as intervenções de reabilitação que melhoram o desempenho e a capacidade funcional das pessoas com IC. Os estudos incluídos no trabalho implementaram programas que englobam tanto componentes físicas quanto psicológicas, como o acompanhamento psicológico.

Foi possível perceber a importância do EEER, tanto em meio hospitalar quanto na comunidade, especialmente na reinserção social das pessoas e no auxílio e treino das AVD's, contribuindo para a autonomia das pessoas.

Como limitações existentes neste trabalho, de salientar a questão de tempo de permanência em cada estágio, que muitas vezes era reduzido, o que fazia que quando já existia mais alguma facilidade no estabelecimento de prioridades e criação e desenvolvimento de programas de reabilitação, transitaríamos para o estágio seguinte tendo que adequar os novos planos ao novo local onde nos encontrávamos. Apesar de ser uma limitação, também considero um ponto positivo, porque esta constante transição também permitiu ver diferentes formas de trabalhar, contribuindo para um trabalho mais enriquecedor.

Globalmente considero que este trabalho desempenha um papel muito importante no que toca às implicações para a prática clínica, uma vez que é rico em variedade de programas e intervenções implementadas, sejam estas na área osteomuscular, respiratória, cardíaca ou em outras áreas como criação de um programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.

Relativamente à riqueza do trabalho, para o desenvolvimento desta tese de mestrado e ao longo dos estágios foram utilizados instrumentos de avaliação como as diferentes escalas, Barthel e MIF relativamente à avaliação funcional da pessoa, BERG para avaliação do equilíbrio, TC6min para avaliar o esforço, escala de coma de Glasgow para o estado de consciência, MRC para avaliação da força muscular e BORG modificada para avaliar a perceção ao esforço.

Ao longo dos estágios um dos focos principais passou pelo desenvolvimento das competências comuns do EE, quer ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, baseando sempre a prática nos princípios éticos e deontológicos que regem a enfermagem, mas também no domínio da melhoria continua da qualidade através dos projetos implementados como o programa de prevenção de lesões musculo esqueléticas em contexto de trabalho, a componente teórica da reabilitação cardíaca fase 2, o programa de registos relativamente à prevenção de úlceras por pressão em contexto domiciliário e os folheto desenvolvido em contexto de comunidade relativamente à capacitação dos cuidadores informais, e o respetivo pôster.

Por fim, é importante destacar que este percurso foi essencial e extremamente significativo, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. As competências adquiridas e desenvolvidas representam um incremento importante de conhecimentos e capacidades, influenciando positivamente os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alghadir, A. H., Al-Eisa, E. S., Anwer, S., & Sarkar, B. (2018). Reliability, validity, and responsiveness of three scales for measuring balance in patients with chronic stroke. *BMC Neurology*, 18(1), 141.

Back, M. Hansen, T. & Frederix, I. (2017) ESCardio

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto editora.

Barnett, A., Chan, L. Y., & Bruce, I. C. (2019). The use of rating of perceived exertion for monitoring intensity in older adults: A review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 16(1), 1-9.

Cândida Fonseca, D. B. (8 de Janeiro de 2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal.

Comissão Europeia. (2008). Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida [Review of Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida]. 1-11.

D'espiney, L. (2004). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional - Grupos por área de conhecimento. Acedido em 20/05/11, em [URL:http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf](http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf)

Duarte, M. S., Gonçalves, N. R., Ferreira, G. N. T. & Cunha R. G. (2017). THE IMPACT OF A LABOR GYMNASTICS PROGRAM MEASURED THROUGH THE NORDIC OSTEOMUSCULAR SYMPTOMS QUESTIONNAIRE. *e-Scientia*, 10(1), 1-12. Recuperado por <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2007/pdf>.

Duarte, S. (2007, January 1). O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: revisão sistemática da literatura (ESEC, Ed.) [Review of O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: revisão sistemática da literatura]. ResearchGate.

Duarte, M. S., Gonçalves, N. R., Ferreira, G. N. T. & Cunha R. G. (2017). THE IMPACT OF A LABOR GYMNASTICS PROGRAM MEASURED THROUGH THE NORDIC OSTEOMUSCULAR SYMPTOMS QUESTIONNAIRE. *e-Scientia*, 10(1), 1-12. Recuperado por <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2007/pdf>.

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (2016).

Félix, N. D. de C., Cunha, B. S., Nascimento, M. N. R., Braga, D. V., Oliveira, C. J. de, Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L. de, & Nóbrega, M. M. L. da. (2022). Analysis of the concept of cardiovascular risk: contributions to nursing practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0803>

Fernandes, A. C. (2012). Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal. *Diario de bordo editores*

Fernandes, C S; Martins, M; Gomes; Martinho; Barbieri & Angelo (2011). un Juego como estratégia para ensinar enfermagem familiar. XV Encontro Internacional de Investigación en Enfermería, Madrid.

Ferreira, D., Teodoro, A., Gaspar, L., Mendes, M., Cunha, M., Marques, R., & Braga, R. (2018). Reabilitação Respiratória - Guia de Orientação de Boas Práticas (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Ordem dos Enfermeiros) [Review of Reabilitação Respiratória - Guia de Orientação de Boas Práticas].

Ferreira, S. C. (2012). Qualidade de Vida do doente com Insuficiência Cardíaca. Porto: Instituto politécnico do Porto.

Filipe, A., Pinto, M., Bruno, N., & Delgado, M. (n.d.). Benefícios do Exercício Físico na Insuficiência Cardíaca Descompensada -uma revisão sistemática da literatura Marlene de Fátima Gomes Fernandes Martins Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação Orientada por.
https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19676/1/Martins_Marlene.pdf

Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., & Rubin, E. H. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine, 175(11), 1773-1782
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>.

Freitas, S., Pereira, T., & Cunha. (2017). PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf

Galvin, K. M., Brainthwaite D. O. & Bylund, C. L. (2015). Family Communication: Cohesion and Change. New York: Pearson Education, (9ª edição).

Gilson T., R. M. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: Estudo de caso com uma adolescente grávida. Ribeirão Preto.

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Costa, J., Gonçalves, P., Fonseca, M., & Borges, M. (2020, January 20). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. Revista Portuguesa de Cardiologia, 3-11.

Grant, S., Van der Merwe, A., & Boyer, C. (2020). Reliability and validity of the Borg and OMNI rating of perceived exertion scales in young children. European Journal of Sport Science, 20(3), 417-423.

Grazzola, N., Stefano, J. Thériault, A. & Audet, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: a qualitative investigation. British Journal of Guidance and Counselling, 42(1), 26-42. DOI: 10.1080/03069885.2013.799263

Guccione, A. A., Wong, R. A., & Avers, D. (2011). Geriatric Physical Therapy (3rd ed.). St. Louis: Elsevier.

Haddad, M., Chaouachi, A., Wong, D. P., Castagna, C., Hambli, M., Hue, O., & Chamari, K. (2021). Influence of exercise intensity and physical fitness on perceived exertion in female subjects. Journal of Strength and Conditioning Research, 35(2), 396-404.



Hermínia Castro, A. S. (Fevereiro de 2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem.

Jaarsma, T., Klompstra, L., Ben Gal, T., Boyne, J., Vellone, E., Bäck, M., Dickstein, K., Fridlund, B., Hoes, A., Piepoli, M. F., Chialà, O., Mårtensson, J., & Strömberg, A. (2015). Increasing exercise capacity and quality of life of patients with heart failure through Wii gaming: the rationale, design and methodology of the HF-Wii study; a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure*, 17(7), 743–748.

Kisner, C., & Colby, L. A. (2018). *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Maeda, N., Kato, J., & Shimada, T. (2020). Reliability and validity of the Berg Balance Scale in patients with chronic stroke. *BMC Geriatrics*, 20(1), 42.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Margoto, G., Cunha, R., Colombo, R., Bueno, A. C. & Gallani, J. (2009). Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), pp.44-53.

Martínez, F. M. & Astorga, G. L. (2009). Dependencia en Geriatria: definición, epidemiologia, diagnóstico. In J. A. Gregori & J. E. M. Núñez (Eds). *Dependencia en Geriatria* (pp. 51- 71). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca

Martins Barbosa, S. (2010). HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - A Perspectiva Do Enfermeiro. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_SophieBarbosa.pdf

Mehrholz, J., Wagner, K., Meissner, D., Grundmann, K., Zange, C., Koch, R., & Pohl, M. (2020). Reliability of the Modified Ashworth Scale and the Tardieu Scale in adult patients with severe brain injury: A comparison study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(6), jrm00067.

Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, 3(1), 5–9. <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/134>

Monteiro. (2009). A desospitalização e a gestão familiar dos cuidados. In Leandro, Nossa, & Rodrigues, Saúde e Sociedade- Os contributos (In)visíveis da Família. Viseu: Psicosoma, p.413-436.

Moura, S. C. (2015). A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado. Porto.

Natércia, C., & Pires, A. (2020). ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CARDÍACA NA PESSOA COM PATOLOGIA CORONÁRIA. Retrieved June 10, 2024, from http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2478/1/Catarina_Pires.pdf

Nilsagård, Y., Forsberg, A., von Koch, L., & Åhrström, M. (2019). Balance exercise for persons with multiple sclerosis using Wii games: A randomized, controlled multi-center study. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(12), 1676-1685.



Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). ELEMENTS AND STRATEGIES FOR ETHICAL DECISION-MAKING IN NURSING. Texto & Contexto - Enfermagem, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. Revista Percursos, 17, 3-9. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros, (26 de fevereiro de 2019 a). Regulamento nº 140/2019. "Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas", nº26 , Série II, 4744-4750. Portugal: Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010, October 20). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, Ed.)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2023) ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DOCUMENTO DAS ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO APROVADO POR UNANIMIDADE, SEM ALTERAÇÕES, NA 4a ASSEMBLEIA ORDINÁRIA DO COLÉGIO. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE Estatuto (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boas práticas em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca (Ordem dos Enfermeiros 2020 (ed.))

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6.o Editio). MO: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade,

Paulo Queirós, T. V. (Dezembro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. pp. 157-164

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico (Revista de enfermagem Referência, Ed.) [Review of Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico].

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2016). Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier.



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. Revista de Investigação Em Enfermagem, 21, 5-7.

Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B. & Brun, A. O. (2007). O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,

Regulamento n.º392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, 13565 (2019).

Riegel, B. et al. (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12), pp.1141-1163.

Rumsfeld, J. S. et al. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), pp. 1811-1817.

Santos-Dias, D., Lopes, R., & Zanon, R. (2022). AS BASES DESENVOLVIMENTAIS DA EMPATIA: UM MODELO TEÓRICO INTEGRATIVO. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42104/1/PEC%20Setembro%202022-55-72%20empatia.pdf>

Sharifi, F., Nasab, N. M., Salmani, F., Ziaei, A., & Najafi, K. (2021). Comparing the Morse Fall Scale and Hendrich II Fall Risk Model to predict falls in hospitalized older adults. *BMC Geriatrics*, 21(1), 87.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2017). Insuficiência Cardíaca recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica. Lisboa: Novartis.

Sousa, J. (2019). O Autocuidado em pessoas com Insuficiência Cardíaca. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.

Task, A., Members, F., Mcdonagh, T. A., United, C., Gardner, R. S., Force, T., United, C., Baumbach, A., Kingdom, U., Bo, M., France, M. G., & Heymans, S. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002): Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Williams, N., Thompson, K. P., & Bassey, E. J. (2019). Use of the Borg scale for rating perceived exertion in monitoring exercise training intensity in cardiac patients. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(1), 25-32.

APÊNDICES



APÊNDICE I - ESTUDO DE CASO 1 - UCC - PÓS FRATURA PERIOPERATÓRIA DA ANCA À ESQUERDA



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Plano de Cuidados

UCC - pós fratura peri protésica da anca à esquerda

Discente

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

nº 112237

Docente

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
RECOLHA DE DADOS	2
1.1 - Dados Pessoais	2
1.2 - Histórico de Saúde	2
1.3 - História Social	3
1.4 - História da Doença Atual	4
2 - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL	5
3 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)	7
4 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO	9
5 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE	10
6 - PLANO DE CUIDADOS	10
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS	23
Anexo A - Escala de Coma de Glasgow	24
Anexo B - Índice de Barthel	26
Anexo C - Medida da Independência Funcional (MIF)	28
Anexo D - Escala Visual Analógica da Dor	30
Anexo E - Escala de Berg (Equilíbrio)	32
Anexo F - Escala MRC (Medical Research Council)	34
Anexo G - Escala Modificada de Ashworth	36
Anexo H - Escala de Braden	38
Anexo I - Escala de Morse	40
Anexo J - Folheto Recomendações após artroplastia da anca UCC Integrar	42
Anexo K - Folheto recomendações após artroplastia do joelho UCC Integrar	44
Anexo L - Folheto Exercícios Fortalecimento Muscular UCC Integrar	46
Anexo M - Folheto Posicionamentos no leito UCC Integrar	48
Anexo N - Folheto Exercícios Respiratórios UCC Integrar	50
APÊNDICES	52
Apêndice 1 - Plano de Reabilitação 1 (VS)	53
Apêndice 2 - Plano de Reabilitação 1 (LB)	61
Apêndice 3 - Nota de Alta 1 (ML)	66
Apêndice 4 - Nota de Alta 2 (MM)	72
Apêndice 5 - Projeto de Melhoria contínua da qualidade, procedimento prevenção de Úlceras por Pressão	77

ÍNDICE DE SIGLAS

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

MIF - Escala de Independência Funcional

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

ADV'S - Atividade de vida diárias

IMC - Índice de Massa Corporal

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

UPP - Úlceras por Pressão

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico I, referente ao 2º semestre do 1º ano, do 1º Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A elaboração deste plano de cuidados decorreu na Unidade de cuidados na Comunidade pertencente ao ACES Lisboa Norte

Atua na área da Gestão da doença e na doença crónica, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Saúde Mental e Reabilitação. Esta Unidade iniciou atividade a 01-07-2017 tendo como missão: contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de Benfica e Carnide, visando a obtenção de ganhos em saúde. A finalidade é identificar e intervir precocemente nas situações de risco, de forma a diminuir a sua incidência na comunidade, promover a cooperação interdisciplinar, de forma a responder às necessidades globais de saúde do indivíduo/família/comunidade, criar uma rede institucional de apoio através de protocolos, nomeadamente com as autarquias e estruturas associativas na comunidade e promover projetos de intervenção comunitária, de reabilitação e de reinserção na comunidade em áreas identificadas como problemáticas, de risco e/ou vulneráveis. Rege-se pelos seguintes princípios: Trabalho em equipa; Criatividade; Autonomia assente na auto-organização e competências profissionais; Ética Moral e Profissional; Melhoria da qualidade; Motivação e satisfação Profissional e Articulação efetiva

Este trabalho está dividido na recolha de dados, enquadramento conceptual dos conceitos fundamentais inerentes à elaboração deste trabalho, exame físico e avaliação funcional, avaliação dos requisitos universais do autocuidado, requisitos do desenvolvimento e de desvio à saúde e por último a identificação dos diagnósticos de enfermagem afetados e o respetivo plano de enfermagem de reabilitação.



RECOLHA DE DADOS

1.1 - Dados Pessoais

Nome: A.J.F

Data de Nascimento: 11-02-1935 / **Idade:** 88 Anos

Sexo: Feminino / **Etnia/Raça:** Caucasiana

Situação Laboral: Reformada (Comerciante)

Residência: Benfica

Centro de Saúde: USF Benfica Jardim

Agregado Familiar: Filha

Pessoa Significativa: Filha

1.2 - Histórico de Saúde

Antecedentes Pessoais:

- Anemia Ferropénica
- Úlcera Péptica
- Tireoidectomia
- PTA esquerda em 1999
- PTA direita em 2009

Terapêutica Ambulatória:

- Desmopressina 25mcg
- Gabapentina 600mg
- Pantoprazol 40mg
- Ferro Hausmann 100mg
- Acetamafina 90 mg
- Vitamina C 500mg

Alergias:

- Tramadol

Vacinação: Esquema de vacinação completo de acordo com o Plano Nacional de Vacinação



Grau de Dependência anterior para as AVD'S: Previamente independente nas AVDS segundo a escala de independência Funcional (MIF), (Anexo C)

Hábitos de saúde anteriores: Cumpre vigilância regular, sem hábitos aditivos conhecidos

1.3 - História Social

Condições Habitacionais: Casa bi-familiar (Utente e filha), com saneamento básico, eletricidade, gás e água potável, 3 Assoalhadas, com boas condições de habitabilidade, com WC parcialmente adaptado (polibã), apresenta algumas barreiras arquitectónicas à locomoção e transferência do cadeirão para a cama.

Situação Social: A principal cuidadora é a filha, que não apresenta limitações quer a nível físico, quer a nível cognitivo, profissionalmente ativa, neste momento em casa com baixa de apoio à família como cuidadora informal. A casa é frequentada regularmente pelo filho e companheira. Tem apoio da associação de reformados de Benfica, que auxilia nos cuidados de higiene e conforto diariamente a par da filha.

Qualidade de vida afetada pela situação de Saúde/Doença:

Atualmente afetada a qualidade de vida na vertente física, familiar, social e económica pela dependência de terceiros e por existir necessidade de cuidados por parte do cuidador informal que não se encontra a obter rendimentos devido a esta situação.

Utente encontrou-se sempre hemodinamicamente estável durante toda a permanência na UCC apresentando um perfil tensional estável, bem como a frequência cardíaca e saturação, manteve sempre pele e mucosas coradas e hidratadas e abdómen mole e depressível, indolor à palpação. Não apresentava alterações ao nível da acuidade auditiva ou visual. Tórax simétrico sem alterações cutâneas à exceção da ferida cirúrgica pós operatória e ferida traumática que ocorreu durante o internamento.

Dados Antropométricos:

- Peso: 54Kg
- Altura: 1,49m
- IMC: 24,3K/m²
- Perímetro Abdominal: 92cm



1.4 - História da Doença Atual

Data de admissão na ECCI: 14-05-2023

Motivo de Internamento: Utente que deambulava com auxílio de bengala, terá saído da habitação para ir às compras quando sofreu uma queda, tendo sido encaminhada ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria.

Diagnóstico Clínico: Fratura Periprotésica da anca esquerda

Exames complementares de diagnóstico: Utente não apresentava consigo exames complementares de diagnóstico.

Evolução Clínica: No dia 25 de Abril de 2023, ao deslocar-se ao supermercado, sofreu uma queda tendo sido encaminhada ao Hospital de Santa Maria. Foi diagnosticada com uma fratura periprotésica da anca à esquerda, tendo ficado internada no serviço de Ortopedia.

No dia 05 de Maio de 2023, foi submetida a uma redução cruenta + Osteossíntese com cabos de cerclagem + Revisão da Haste Femoral. Pós Operatório decorreu sem intercorrências, tendo sido medicada com enoxaparina 80mg + (Paracetamol + Codeína) e tendo reiniciado terapêutica habitual.

Inicialmente ainda em meio hospitalar, foi avaliada pela fisioterapia no dia 08 de Maio de 2023, tendo iniciado fisioterapia no Hospital com mobilização articular, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e marcha.

Por necessidade de posterior reabilitação com vista à reinserção na comunidade e independência nas AVD's, foi referenciada para ECCI, mais especificamente para a UCC Integrar Saúde na Boavista, cumprindo os critérios, tendo ficado no dia 14 de Maio de 2023 ao cuidado do Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com intervenção multidisciplinar por parte da assistente social e fisioterapeuta.

Manteve seguimento em consulta de Ortopedia no Hospital de Santa Maria, tendo sempre cumprindo as marcações.

A utente manifesta expectativa de recuperar a sua independência nas AVD 's que apresentava antes da fratura, com equilíbrio estático e dinâmico previamente mantido, força muscular e marcha mantidas.

2 - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O exame físico foi realizado no dia 15/05/2023. A utente pesa 54 Kg, e mede 149 cm, tendo um IMC de 24,4Kg/m². Pela observação física da utente foi possível validar que através de uma avaliação cefalocaudal, não tinha dificuldades na acuidade auditiva, nem na acuidade visual. Não possui prótese dentária e mantinha a integridade cutânea apresentando apenas uma cicatriz na face externa da coxa esquerda, relacionada com o procedimento cirúrgico a que foi submetida.

Ao nível do sistema respiratório não apresenta nenhuma alteração passando o internamento em ECCI, sem necessidade de aporte de O₂. No sistema circulatório não apresentava alterações.

A nível neurológico, a utente permaneceu orientada no tempo, espaço e pessoa durante todo o internamento, necessitando de ajuda de terceiros na realização das AVD's relacionado com a dor, hipotonia muscular e cansaço pós operatório. Desde o início demonstrou grande otimismo na rápida recuperação, mantendo-se assim durante todo o internamento em ECCI, demonstrava ainda apenas algum medo relacionado com o subir e descer escadas e sair ao exterior, que foi posteriormente desmistificado.

A nível do sistema gastrointestinal, manteve a dieta habitual, sem alterações de apetite, manteve também o trânsito gastrointestinal normal, sem necessidade de uso de laxantes. Ao nível do sistema genito urinário, não houve nenhuma alteração, conseguindo urinar sempre de forma autónoma e urina de características normais.

Por último, ao nível do sistema músculo esquelético, apresenta alguma limitação de movimentos dos membros inferiores relacionado com pós operatório de revisão da prótese da anca à esquerda e prótese total da anca à direita. Apresentava ainda dor crônica na região lombar relacionada com patologia osteo muscular da coluna que a utente não sabe identificar o nome.

A nível psicossocial a utente encontrou-se calma e colaborante no decorrer do internamento em ECCI. Tinha como principal cuidadora a filha, mas tinha visitas regulares do filho, da nora e do neto. A filha fornecia apoio nas AVD's, preparando os alimentos e auxiliando nos cuidados de higiene e conforto, relacionado com a dependência em grau moderado inicial nas AVD's relacionado com o pós-operatório.

Apresentou bom estado emocional e um comportamento adequado à situação, e à idade, sem necessidade de apoios sociais.

Relativamente à avaliação funcional, esta foi feita recorrendo às escalas que melhor expressavam as alterações da utente no início e que permitiram monitorizar a sua evolução.

Segundo a Escala de Coma de Glasgow, apresenta score de 15 (Anexo A), orientada no tempo, espaço e pessoa. Segundo o Índice de BARTHEL (Anexo B) encontrava-se dependente em grau elevado de terceiros para a realização das AVD'S, exceto o alimentar-se (score de 40/100), no momento da avaliação pré alta da ECCI apresentava um grau de dependência moderado, score (70/100 pontos). Segundo a escala de Independência Funcional (MIF) (Anexo C), necessita de assistência moderada (50%) nas AVD 'S no momento da admissão, no momento pré alta ECCI, encontrava-se dependente em grau reduzido (95/100). Segundo a Escala Visual Anlógica (Anexo D), da dor, na altura da admissão apresentava score de dor de 5 em repouso agravando para um score de 8 aquando das mobilizações, tendo apresentado melhorias na altura da avaliação pré alta ECCI, apresentando score de 0 em repouso e score de 1 na marcha e mobilizações ativas. Segundo a escala de BERG (Anexo E), na admissão apresentava equilíbrio corporal estático mas não dinâmico, sem capacidade de manter equilíbrio ortostático. No momento pré alta ECCI, apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas apenas equilíbrio estático em ortostatismo.

Na avaliação da Força Muscular pela Medical Research Council (MRC) (Anexo F), apresentava na admissão ligeira diminuição da força nos membros superiores (4/5 Membro superior esquerdo e 4/5 membro superior direito) e nos membros inferiores (4/5 MID e 1/5 MIE). No momento da pré alta UCC apresentava ligeira diminuição da força nos membros superiores e inferiores (4/5). Na avaliação da escala de ASHWORTH (Anexo G), apresentava no momento da admissão em ECCI, tônus normal de score 0 nos segmentos articulares dos membros superiores e do membro inferior são, já no membro inferior operado apresentou score 3, ou seja, apresentava um aumento do tônus muscular mas que era facilmente vencido na movimentação passiva. No momento pré alta ECCI apresentava tônus muscular mantido onde já mantinha anteriormente, e um score de 1 no membro operado, existindo um leve aumento do tônus muscular, mas com mínima resistência no fim do movimento. Na avaliação pela escala de MORSE (Anexo H), na altura da admissão em ECCI, a utente apresentava baixo risco de queda 25 (<50) e na altura da pré alta ECCI, apresentava risco elevado de queda 50 (>50), relacionado com o aumento da mobilidade e independência.

Utente apresentou-se sempre hemodinamicamente estável durante toda a permanência em ECCI.

3 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Avaliação	Sistema
Manutenção de uma ingesta de água suficiente	Ingere cerca de 2L de água por dia de acordo com a utente.	Sem alterações	Sem alterações
Manutenção de uma ingesta de alimentos suficiente	Não confeciona os próprios alimentos por redução da mobilidade, faz 4 refeições por dia, alimentando-se pela própria mão sem auxílio de terceiros	Apetite mantido Alimenta-se sem restrições, necessitando de apoio na confeção de alimentos. Refere não prestar muita atenção ao tipo de alimentos que ingere, quer relativo à quantidade, quer à qualidade.	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de um padrão de eliminação adequado	Apresenta continência de esfínteres, utilizando o WC com ajuda da filha pela mobilidade alterada. Padrão de eliminação intestinal e vesical sem alterações.	Necessidade de apoio da filha para se deslocar ao WC e realizar transferência para a sanita/banheira com banco de apoio, realizando posteriormente a higiene de forma independente	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	Utente refere repousar 6/7 horas por noite	Sem alterações significativas no padrão de repouso, sem necessidade de toma de medicação.	Sem alterações
Manutenção da inspiração de ar Suficiente	Eupneica em repouso em ar ambiente, com SpO2 periférico de	Sem alterações	Sem alterações

	98%		
Interação Social / Solidão	Mantém vida social ativa pela visita regular de familiares e amigos	Sem alterações	Sem alterações
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano	Nega hábitos de vida aditivos (álcool, tabaco, substâncias ilícitas)	Apresenta erros alimentares que não reconhece serem prejudiciais.	Sistema Apoio Educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo de ser normal	Tem noção da doença, dos cuidados a ter após cirurgia. Tenta cumprir ao máximo e realizar exercícios conforme explanado. Adotou estratégias de gestão de esforço e cansaço.	Apresenta alguma dificuldade em perceber a necessidade de terapêutica analgésica como prevenção do aparecimento de dores.	Sistema apoio educação

4 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

A Sra A.F. reside com a filha, que é a cuidadora principal a tempo inteiro. Tem também um filho que faz visitas regulares sempre preocupado com o bem estar da mãe. Segundo a utente, sem condicionamentos na vida social. Apresenta ligeiro cansaço, e ligeira limitação nas AVD 'S. Apresenta conhecimento sobre a doença e os cuidados a ter, esclarecendo dúvidas quando necessário. Encontra-se reformada, desenvolvendo atividades no domicílio que permitem ajudar a passar o tempo.

5 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE

A Sra A.F. tem conhecimento sobre a sua situação de saúde, quais os cuidados a ter e a importância do cumprimento do plano de reabilitação estabelecido. Não fuma, nem bebe, não tem por hábito a realização de exercício físico. Quanto à alimentação, aparenta ter uma alimentação equilibrada com a ingestão esporádica de alimentos que reconhece como não sendo os mais saudáveis.

6 - PLANO DE CUIDADOS

A realização deste plano de cuidados tem como principal objetivo operacionalizar os planos de enfermagem de reabilitação, com base nos focos de atenção, bem como sugerir intervenções a desenvolver de acordo com as alterações identificadas em cada foco avaliando a sua eficácia através do uso de escalas. Surge assim a necessidade de integrar a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado, de modo a planear registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação.

A linguagem CIPE pretende uniformizar a linguagem técnica de forma a poder ser suficientemente simples permitindo ser vista pelo enfermeiro no seu dia-a-dia, esta linguagem tem como objetivo ainda ser vasta de modo a servir múltiplos propósitos, bem como ser uma linguagem consistente com quadros de referência bem definidos, sendo sensível à variabilidade cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Deste modo foram identificados os seguintes focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no decorrer da elaboração do plano de reabilitação:

- Movimento muscular comprometido
- Equilíbrio Corporal comprometido;
- Nível de conhecimentos sobre hábitos de vida saudável comprometido
- Marcha comprometida relacionada com hipotonia muscular manifestado por claudicação na marcha
- Risco de queda, relacionado com claudicação da marcha causado pelo pós operatório
- Défice no Autocuidado: transferir-se, relacionado com hipotonia muscular, manifestado por necessidade de ajuda de terceiros
- Papel de Prestador de Cuidados comprometido

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Movimento muscular comprometido	Que a utente recupere o movimento muscular pré cirúrgico	Monitorizar força muscular através da escala MRC Avaliar tónus muscular através da escala de Ashworth Executar mobilizações músculo articulares passivas (dorsiflexão tibiotársica, abdução-adução não ultrapassando linha média e flexão-extensão) Executar mobilizações músculo articulares ativas assistidas (dorsiflexão tibiotársica, abdução-adução não ultrapassando linha média e flexão-extensão) Incentivar exercícios musculares (exercícios	Data: 15-05-2023 Testado movimento muscular de acordo com a tolerância da utente e com as devidas precauções, nomeadamente, não efetuar flexão acima dos 90º, rotação externa ou adução e não efetuar movimentos de hiperextensão da anca. Na avaliação da escala de ASHWORTH a utente apresentava tónus muscular score 3 no membro inferior operado, ou seja, existia aumento considerável do tônus muscular, mas a movimentação passiva era realizada com alguma dificuldade. Restantes membros com score de 0. Apresentava força muscular ligeiramente diminuída nos membros são (score 4/5) e força muscular muito diminuída no membro operado (score 1/5) Realizados exercícios de reforços muscular passivo no leito e no cadeirão: Flexão e extensão plantar

		isométricos dos glúteos e quadríceps) Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para promover o movimento muscular da utente. Ensinar a realizar a gestão de períodos de atividade / descanso	(10 repetições - 3x) • Flexão e extensão de ambos os membros inferiores (10 rep. - 3x) • Adução e abdução dos membros inferiores até à linha média (10 rep. - 3x) • Elevação de ambos os membros inferiores até ao máximo 45º em relação ao leito (10rep. - 3x) Utente demonstrou-se sempre empenhada na realização dos exercícios, bem como a prestadora de cuidados participando dentro das suas possibilidades quer nas mobilizações ativas assistidas como na realização de exercícios isométricos Data: 12-06-2023 Utente demonstrou melhoria no momento pré alta na avaliação da escala de ASHWORTH a utente apresentava tónus muscular score 1 no membro inferior operado, ou seja, existia um leve aumento do tónus muscular, mas com mínima resistência no final do movimento.
--	--	--	--

			Apresentou melhoria da força muscular mantendo apenas uma ligeira diminuição da força em todos os membros, score 4/5. A prestadora de cuidados demonstrou ter adquirido conhecimentos, insistindo sempre com a utente na realização dos exercícios prescritos pela equipa de enfermagem, o que contribuiu para a melhoria da condição clínica da utente.
--	--	--	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Equilíbrio Corporal comprometido	Que a utente recupere o equilíbrio corporal estático e dinâmico	Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada, equilíbrio estático e dinâmico em pé. Assistir a utente a promover o equilíbrio através do correto posicionamento e eliminação de posições viciosas. Realizar exercícios de fortalecimento muscular de modo a	Data: 15-05-2023 Avaliado equilíbrio segundo a escala de BERG, utente consegue manter equilíbrio estático, mas não dinâmico sentada e não consegue manter equilíbrio ortostático. Realizado reforço muscular passivo e ativo assistido, sem intercorrências, sempre com a participação da utente e cuidadora

		melhorar o equilíbrio estático e dinâmico Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente	Realizados ensinios sobre os corretos posicionamentos a adotar para manter o equilíbrio estático e dinâmico Data: 12-06-2023 Utente apresentou evolução significativa, mantendo equilíbrio que possuía anteriormente, mas ganhando equilíbrio estático em ortostatismo, mas não dinâmico, necessitando de apoio de auxiliar de marcha. Prestadora de cuidados adquiriu conhecimentos sobre certos posicionamentos a realizar, bem como a promoção da recuperação do equilíbrio.
--	--	--	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Nível de conhecimentos sobre hábitos de vida saudável comprometido	Estimular a aquisição de conhecimentos sobre a patologia, cuidados a ter, gestão do regime terapêutico e estimular comportamentos de procura de saúde.	Avaliar o potencial para o conhecimento da utente e cuidadora Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde. Ensinar sobre os	Data: 15-05-2023 Realizados ensinios sobre os recursos existentes na comunidade para auxiliar nas atividades de vida diárias. Realizados ensinios sobre cuidados a ter na



		cuidados a ter na realização das AVD 's relacionado com o compromisso de movimentos induzido pela cirurgia. Ensinar a auxiliar na realização da gestão do regime terapêutico farmacológico (cumprir a terapêutica prescrita de modo a não existir reações indesejadas, bem como controlar a dor).	realização das AVD'S Realizados ensinamentos sobre a gestão do regime terapêutico de modo a controlar a dor, para realizar o programa de reabilitação com maior tolerância da utente e consequentemente mais ganhos para a utente. Data: 12-06-2023 A Utente apresentava dor controlada facilitando a realização do programa de reabilitação. Utente tinha apoio na realização das AVD's através de instituições de solidariedade social da sua área de residência. A Utente demonstrava saber quais os cuidados necessários na realização das AVD 's de modo a prevenir sequelas pós-cirúrgicas.
--	--	---	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Marcha comprometida relacionada com hipotonia muscular manifestado por claudicação na marcha	Que a utente recupere a marcha que mantinha antes da cirurgia.	Realizar exercícios de fortalecimento muscular passivos e ativos assistidos de modo a recuperar o tônus muscular. Realizar ensinamentos sobre os auxiliares de marcha existentes e a sua correta utilização Realizar ensinamentos sobre como deambular no contexto pós cirúrgico após fratura periprotésica da anca à esquerda. Avaliar o andar com auxiliar de marcha (andarilho) Instruir, treinar, assistir e incentivar o andar com auxiliar de marcha (andarilho)	Data: 15-05-2023 Realizados exercícios de fortalecimento muscular passivos e ativos assistidos no leito no domicílio e no cadeirão Realizados ensinamentos sobre o uso de auxiliares de marcha e a sua correta utilização mas não colocando em prática a marcha com auxiliar de marcha por dor pós operatória Data: 12-06-2023 Utente demonstrava conhecimentos sobre como deambular com os diversos auxiliares de marcha e os cuidados a ter Utente demonstrava ter realizado exercícios de reforço muscular de forma autónoma existindo grande evolução da marcha e força muscular Utente apresenta uma

			marcha eficaz mantendo equilíbrio ortostático com apoio de canadianas, já subindo e descendo escadas e deslocando-se ao exterior da habitação
--	--	--	---

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Risco de queda, relacionado com claudicação da marcha causado pelo pós operatório	Que a utente apresente uma marcha adequada, através da promoção do equilíbrio corporal, força e tónus muscular, prevenindo quedas.	Avaliar o risco de queda através da escala de Morse Estimular a força muscular através de exercícios dos membros superiores e inferiores através de exercícios isotônicos. Controlar a dor através do cumprimento do regime terapêutico. Trabalhar e estimular a autonomia e autoconfiança. Sensibilizar o cuidador para fatores causadores de possíveis quedas (barreiras arquitetônicas, calçado, condição do piso) e ajudar a	Data: 15-05-2023 Utente apresentava baixo risco de queda devido ao facto de permanecer mais tempo na cama na admissão em ECCI Realizados ensinios sobre fatores causadores de quedas (barreiras arquitetônicas) e como eliminar os mesmos no domicílio Vigiar e adequar a gestão do regime terapêutico para controlo da dor. Data: 12-06-2023 A Utente apresentava risco de queda elevado devido ao facto de se

		desenvolver estratégias para minimizar o risco.	mobilizar de forma mais autónoma no domicílio, já se deslocando ao exterior da habitação A Utente demonstrou conhecimentos relacionados com a necessidade de cumprir analgesia, bem como a importância de realizar os exercícios prescritos. Cuidadora realizou reestruturação de alguns elementos arquitetónicos do domicílio de modo a minimizar o risco de queda (remoção de tapetes, mesas, cadeiras e objetos prejudiciais à marcha).
--	--	---	---

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Défice no Autocuidado: transferir-se, relacionado com hipotonia muscular,	Que a utente recupere a capacidade para realizar transferências de forma Autónoma	Avaliar o autocuidado transferir-se Incentivar o autocuidado transferir-se	Data: 15-05-2023 A utente apresentava no dia da admissão em ECCI um compromisso no autocuidado transferir-se, necessitando de ajuda de terceiros (filha) para todo o

manifestado por necessidade de ajuda de terceiros		Ensinar sobre o autocuidado transferir-se relativamente à posição no leito, saída e entrada na cama bem como sentar no cadeirão Instruir sobre o autocuidado transferir-se Auxiliar na transferência Atuar na gestão do regime terapêutico de modo a controlar a dor, facilitando a transferência Sensibilizar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia no autocuidado transferir-se	procedimento. Realizados ensinios sobre técnica correta de transferência à cuidadora e utente, bem como os cuidados a ter. Auxiliada utente na gestão da dor de modo a não comprometer a transferência. Data: 12-06-2023 A utente realiza transferência de forma autónoma já tendo realizado levante por diversas vezes sempre hemodinamicamente estável. Apresentou sempre a dor controlada com analgesia prescrita. A cuidadora demonstrou sempre ter conhecimento sobre a técnica correta, bem como os cuidados a ter, demonstrando dúvidas ao longo de todo o internamento em ECCI. Utente autónoma nas transferências
--	--	---	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(15-05-2023) Papel do prestador de cuidados comprometido	Que o prestador de cuidados adquira, demonstre conhecimentos e desenvolva estratégias para a prestação segura de cuidados à utente	Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados relativamente aos cuidados a prestar Ensinar o prestador de cuidados sobre a prevenção e controlo da dor, UPP e quedas. Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados sobre o equilíbrio corporal e movimento musculoesquelético (mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas). Ensinar o prestador de cuidados sobre a gestão do regime terapêutico. Avaliar e auxiliar o prestador de cuidados na agilização de contacto com os recursos da comunidade.	Data: 15-05-2023 O prestador de cuidados (filha) esteve presente durante todas as visitas domiciliárias, demonstrando sempre interesse e participação nos ensinamentos realizados na admissão em ECCI. Data: 12-06-2023 Prestador de cuidados (filha) demonstrou possuir conhecimentos necessários para prestar cuidados de qualidade e seguros relativamente à gestão do regime terapêutico. Agilizado contacto com assistente social sendo apenas necessário apoio na higiene por parte dos recursos da comunidade. No momento pré alta ECCI prestadora de



			cuidados demonstra conhecimentos necessários na adaptação do domicílio à utente.
--	--	--	--

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - Versão 2.0.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Hermínia Castro, A. S. (Fevereiro de 2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem.

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6.o Editio). MO: Mosby.

ANEXOS

Anexo A - Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Escala-de-Coma-de-Glasgow-ECG-Fonte-COFEN_fig1_351764594

Anexo B - Índice de Barthel



Índice de Barthel	
Nome:	
Idade:	
Atividade	Pontuação
Alimentação	
0 = incapacitado	
5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc ou dieta modificada	
10 = independente	
Banho	
0 = dependente	
5 = independente	
Atividades Rotineiras	
0 = precisa de ajuda com higiene pessoal	
5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
Vestir-se	
0 = dependente	
5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer parte sozinho	
10 = independente (incluindo botões, zíper, laços, etc.).	
Controle esfinteriano (Intestino)	
0 = incontinente (necessidade de enemas)	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Controle esfinteriano (Bexiga)	
0 = incontinente, ou caracterizado e incapaz de manejo	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Uso do Toilete	
0 = dependente	
5 = precisa de alguma ajuda parcial	
10 = independente (pentear-se, limpar-se, etc).	
Transferência (da cama para a cadeira e vice versa)	
0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado	
5 = necessita de muita ajuda, pode sentar	
10 = pouca ajuda (verbal ou física)	
15 = independente	
Mobilidade (em superfícies planas)	
0 = imóvel ou < 50 metros	
5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, >50 metros	
10 = caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) >50 metros	
15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	

Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/63589720/medida-de-independencia-funcional-mif>



Anexo C - Medida da Independência Funcional (MIF)

NÍVEL:

7 Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)

6 Independência modificada (recursos auxiliares)

Dependência Parcial

5 Supervisão

4 Mínima assistência (75%)

3 Moderada assistência (50%)

Dependente

2 Máxima assistência (25%)

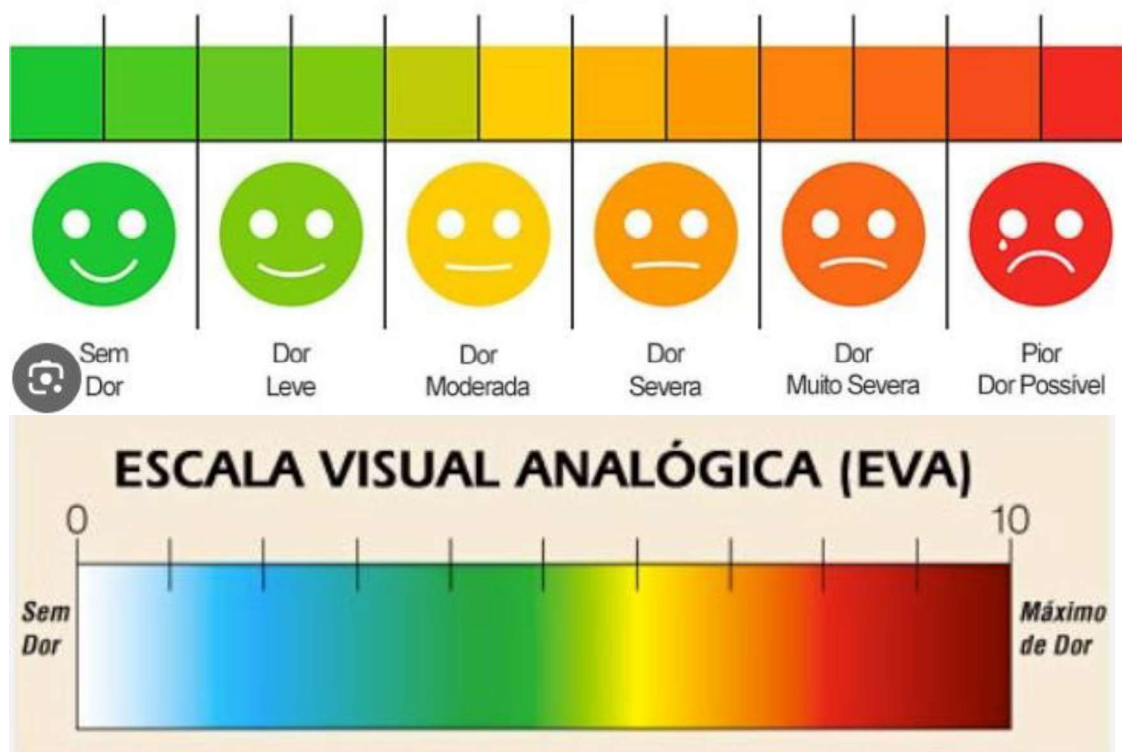
1 Total assistência (0%)



CATEGORIAS	PRÉ	PO
CUIDADOS PESSOAIS		
Alimentação		
Auto cuidado		
Banhar-se		
Vestir tronco superior		
Vestir tronco inferior		
Higiene íntima		
CONTROLE ESFINCTERIANO		
Controle vesical		
Controle intestinal		
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS		
Cama / cadeira / cadeira de rodas		
Banheiro		
Banho chuveiro / banheira		
LOCOMOÇÃO		
Andar / cadeira de rodas		
Escadas		
COMUNICAÇÃO		
Compreensão		
Expressão		
COGNITIVO SOCIAL		
Interação social		
Resolver problemas		
Memória		
TOTAL		

Fonte: <https://apkpure.com/escala-mif/com.pericles90.escalamif>

Anexo D - Escala Visual Analógica da Dor



Fonte: <https://cafisio.com.br/como-medir-a-dor/>

Anexo E - Escala de Berg (Equilíbrio)

Escala de Equilíbrio de Berg

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.
() 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente

- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

*Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

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

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

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

5. TRANSFERÊNCIAS

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

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

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

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

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão



Anexo F - Escala MRC (Medical Research Council)

Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Fonte: <https://elastic.fit/como-realizar-teste-de-forca-muscular/>

Anexo G - Escala Modificada de Ashworth

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
Classificação da Espasticidade	
Grau	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do *Modified Ashworth Scale*, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

Anexo H - Escala de Braden

Escala de Braden		
	PERCEÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Capacidade de dar resposta significativa ao desconforto, reação a estímulos.	Completamente limitado	1
	Muito limitado	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Grau em que a pele é exposta à humidade.	HUMIDADE	
	Constantemente húmida	1
	Muito húmida	2
	Ocasionalmente húmida	3
Grau de atividade física.	ATIVIDADE	
	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	MOBILIDADE	
	Completamente imóvel	1
	Muito limitado	2
	Significativamente limitado	3
Padrão de consumo alimentar habitual.	NUTRIÇÃO	
	Muito pobre (ou zero - de 5 dias)	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequado	3
Tensão exercida sobre a pele.	Fricção e forças de deslizamento	
	Problema	1
	Problema potencial	2
	Não aparenta nenhum problema	3
		SUA PONTUAÇÃO

Nota: Quanto mais baixa for a sua pontuação maior o risco para desenvolver uma ulcera de pressão.

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



Anexo I - Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: <https://www.portalenf.com/2016/11/escala-risco-queda-morse/>

Anexo J - Folheto Recomendações após artroplastia da anca UCC

Subir escadas

- 1º suba a perna não operada.
- 2º suba a perna operada.
- 3º suba as canadianas para o degrau onde estão os pés.



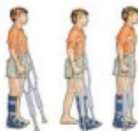
Descer escadas

- 1º coloque as canadianas no degrau de baixo.
- 2º desça a perna operada.
- 3º desça a perna não operada.



Marcha

- Avance as duas canadianas ou o andarilho.
- Avance a perna operada até ao andarilho ou canadianas.
- Avance a perna não operada.
- Para mudar de direção rode para o lado não operado.



Outros cuidados

- Repita os exercícios recomendados 10 vezes, 2 a 3 vezes por dia.
- Faça períodos de descanso com a perna esticada.
- Utilize sapatos rasos, que não calçam dos pés (não usar chinelos) e com sola antiderrapante.
- Não pegue em pesos exagerados.
- Tenha atenção aos obstáculos: tapetes, animais domésticos, fios elétricos).
- Tenha atenção a pisos irregulares e escorregadios.
- Alterne períodos de repouso com caminhadas e vá aumentando gradualmente o tempo de exercício.
- Controle o seu peso.
- Contacte o médico se tiver dor intensa e súbita na perna operada, dificuldade em mexer a perna, perna operada em posição diferente do habitual.

Contactos:

217 623 033 / 961 898 848
benfica.ecci@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:

Enfermeira Natália Sousa
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Atualizado em: Maio de 2021

Revisão Bibliográfica:

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Unidade de Reabilitação e Apoio ao Longo da Vida, 1º Edifício, Lisboa, Portugal, 2017.
Bridges P, Norman P, McD, MP, R, CS. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª Edição, Lisboa, Portugal, 2011.

Recomendações após artroplastia da anca



Exercícios deitado

- Movimento o pé para cima e para baixo e em movimentos circulares.
- Levante a perna operada, com o joelho esticado.



Exercícios sentado

- Estique e encolha a perna, dobrando o joelho: pode ajudar com o membro não operado.



Exercícios de pé

- Apoie-se numa cadeira ou mesa.
- Realize agachamentos (até 90º na anca).
- Dobre o joelho da perna operada; repita com a outra perna.
- Afaste a perna operada para o lado, voltando a alinhá-la com o corpo.



Sentar e levantar

- Para sentar, estique a perna operada antes de sentar.
- Apoie os braços e baixe-se fazendo força nos mesmos.

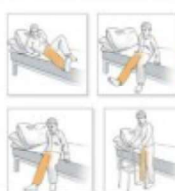


- Para levantar, faça força nos braços e estique a perna operada.



Sair da cama

- Saia pelo lado da perna operada.
- Sente-se na cama apoiando-se nos antebraços e não dobre a anca mais de 90º.
- Estique a perna operada.



- Dobre o membro não operado e rode até tocar com os pés no chão.

Apanhar objetos do chão

- Apoie-se com os braços num móvel.
- Estique a perna operada para trás.
- Dobre a perna não operada.





Anexo K - Folheto recomendações após artroplastia do joelho UCC

Subir escadas

- 1º suba a perna não perada.
- 2º suba a perna operada.
- 3º suba as canadianas para o degrau onde estão os pés.



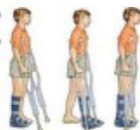
Descer escadas

- 1º coloque as canadianas no degrau de baixo.
- 2º desça a perna operada.
- 3º desça a perna não operada.



Marcha

- Avance as duas canadianas ou o andariço.
- Avance a perna operada até ao andariço ou canadianas.
- Avance a perna não operada.
- Para mudar de direção rode para o lado não operado.



Outros cuidados

- Repita os exercícios recomendados 10 vezes, 2 a 3 vezes por dia.
- Faça períodos de descanso com a perna esticada.
- Utilize sapatos rasos, que não caiam dos pés (não usar chinelos) e com sola antiderrapante.
- Não pegue em pesos exagerados.
- Tenha atenção aos obstáculos: tapetes, animais domésticos, fios elétricos).
- Tenha atenção a pisos irregulares e escorregadios.
- Alterne períodos de repouso com caminhadas e vá aumentando gradualmente o tempo de exercício.
- Controle o seu peso.
- Contacte o médico se: tiver dor intensa e súbita na perna operada, dificuldade em mexer a perna, perna operada em posição diferente do habitual.

Contactos:

217 623 033 / 961 898 848

benfica.eccil@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:

Enfermeira Natacha Sousa
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Atualizado em: Maio de 2021

Referências bibliográficas:

Centros Integrados de Saúde. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa do idoso. 1ª Edição. Lourenço: Lusobooks, 2017.
Sherry F. Heister. PhD. BSN, RN, CS. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª Edição. Lourenço: Lusobooks, 2017.

Recomendações após artroplastia do joelho



Exercícios deitado

- Movimento o pé para cima e para baixo e em movimentos circulares.
- Levante a perna operada, com o joelho esticado.
- Estique e encolha a perna, dobrando o joelho.



Exercícios sentado

- Estique e encolha a perna, dobrando o joelho; pode ajudar com o membro não operado.



Exercícios de pé

- Apoie-se numa cadeira ou mesa.
- Realize agachamentos, conforme a sua tolerância.
- Dobre o joelho da perna operada, para trás.



Sentar e levantar

- Para sentar, estique a perna operada antes de sentar.
- Apoie os braços e baixe-se fazendo força nos mesmos.



- Para levantar, faça força nos braços e estique a perna operada.

Sair da cama

- Saia pelo lado da perna operada.
- Sente-se na cama apoiando-se nos antebraços.
- Estique a perna operada.



- Dobre o membro não operado e rode até tocar com os pés no chão.

Apanhar objetos do chão

- Apoie-se com os braços num móvel.
- Estique a perna operada para trás.
- Dobre a perna não operada.





Anexo L - Folheto Exercícios Fortalecimento Muscular UCC

Exercícios

- Repita os exercícios recomendados 10 vezes, 2 a 3 vezes por dia.
- Faça períodos de descanso entre eles.
- Utilize sapatos rasos, que não calçam dos pés (não usar chinelos) e com sola antiderrapante.
- Não pegue em pesos exagerados.
- Tenha atenção aos obstáculos: tapetes, animais domésticos, fios elétricos.
- Tenha atenção a pisos irregulares e escorregadios.
- Se conseguir faça caminhadas, mas se possível sempre acompanhado por outra pessoa.



Vantagens destes exercícios

- Ajuda a manter a força muscular.
- Melhora os movimentos das articulações.
- Aumenta a flexibilidade dos músculos.
- Melhora o equilíbrio.
- Ajuda a corrigir más posturas.
- Ajuda a circulação do sangue.
- Melhora o funcionamento cardíaco e pulmonar.
- Ajuda a relaxar e a descontração.
- Melhora a qualidade do sono.

Qualquer dúvida, contacte a equipa de
Enfermagem:
217 623 033 / 961 898 848
benfica.ecci@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:
Enfermeira Natacha Sousa
Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Atualizado em: Maio de 2021

Referências Bibliográficas:

Ordem dos Enfermeiros. L.ª. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. 1.ª edição. Lisboa, LusiTêcnica, 2017.

Exercícios de Fortalecimento Muscular



Exercícios deitado

- Movimento o pé para cima e para baixo e em movimentos circulares.
- Levante a perna, com o joelho esticado.
- Estique e encolha a perna, dobrando o joelho.



Exercícios sentado

- Estique e encolha a perna, dobrando o joelho;

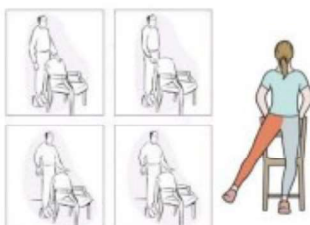


Exercícios de pé

- Expire e agache-se, dobrando os joelhos.
- Inspire e levante-se esticando as pernas.

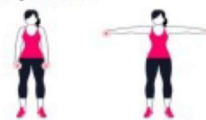


- Apoie-se numa cadeira.
- Expire e ponha-se em bicos de pés.
- Inspire e baixe os calcanhares.
- Expire e afaste a perna para o lado.
- Inspire e junte a perna, alinhando-a com o corpo.

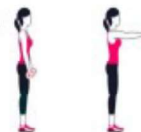


Exercícios dos braços

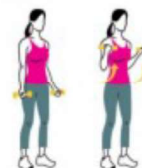
- Com um peso na mão, abra os braços até à altura dos ombros e volte à posição inicial.



- Com um peso na mão levante o braço à frente, até à altura dos ombros e volte à posição inicial.



- Com um peso na mão dobre os cotovelos, levando o peso ao ombro e volte à posição inicial.

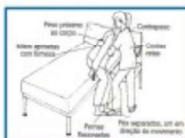




Anexo M - Folheto Posicionamentos no leito UCC

Transferências Cama para Cadeira Rodas/ Cadeira

- Coloque a cadeira de rodas ou cadeirão travado ao lado da cama, com as costas voltadas para a cabeça desta e com o apoio dos pés elevados
- Sente a pessoa à beira da cama, segurando-a pela cintura, ajudando-a a levantar-se, virar-se e a sentar-se na cadeira



Da Cadeira/Cadeira Rodas para cama

- Coloque o seu joelho de cada lado dos joelhos do seu familiar
- Agrupe a pessoa pela cintura. Peça que coloque os braços à volta da sua cintura e a cabeça no seu ombro
- Com um movimento de balanço, levante o seu familiar e rode-o e sente-o na cama
- Coloque um braço por trás dos ombros da pessoa sustentando-a até o deitar

Outros cuidados

- Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-la e não arrastá-la na cama de modo a evitar a fricção e lesão da pele
- Mantenha uma boa postura corporal. Se sentir que sozinho não é capaz, peça ajuda
- O posicionamento correto deve ser uma preocupação durante todo o dia
- O ideal é proporcionar a mudança de posição de 3 em 3 horas durante o dia

Posicionamentos No Leito



Contactos:

217 623 033 / 961 898 848
benfica.ecci@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:

Enfermeira Natacha Sousa
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Novembro 2021

Posicionamentos

Permitem:

- Promover o conforto e o bem estar
- Estimular a circulação, a respiração e a regulação do trânsito intestinal
- Prevenir alterações da força muscular e articular
- Prevenir problemas da pele, nomeadamente úlceras por pressão

Zonas Pressão

- Decúbito Lateral (deitado de lado):
Orelha, anca, ombro, joelhos, tornozelos.
- Decúbito dorsal (deitado de costas):
Cabeça, cotovelos, nádegas, região sacral e calcanhares.



Decúbito Dorsal

- Colocar em posição neutra a cabeça, tronco e membros
- Colocar uma almofada na cabeça e ombros
- Uma almofada em cada membro superior e apoiar os membros inferiores abaixo do joelho
- Evitar o contacto dos calcanhares com o colchão
- Colocar uma almofada ou rolo contra os pés de forma a prevenir a queda dos mesmos
- Evitar qualquer pressão da roupa sobre os dedos dos pés



Decúbito Lateral

- Colocar uma almofada entre as costas e a cama
- Mantém o ombro que fica para baixo ligeiramente puxado para fora
- Suportar a mão que fica para baixo na almofada da cabeça
- Mantém o braço de cima ao nível do ombro
- Joelhos fletidos com uma almofada entre os dois



Decúbito Semi- Dorsal

Semelhante ao decúbito lateral

O decúbito é menos acentuado devido à retirada da almofada das costas





Anexo N - Folheto Exercícios Respiratórios UCC

Posições de descanso

Posição de coxelo sentado:

- Sente-se e incline-se para a frente, dobrando o seu tronco.
- Apoie os cotovelos nas pernas.
- Apoie bem os pés no chão e afaste-os ligeiramente.
- Ao mesmo tempo inspire pelo nariz e expire lentamente pela boca, franzindo os lábios.



Posição de coxelo de pé:

- Incline o tronco para a frente.
- Apoie as mãos nas coxas ou numa superfície.
- Ao mesmo tempo inspire pelo nariz e expire lentamente pela boca, franzindo os lábios.



Vantagens destes exercícios

Ajudam a relaxar e a diminuir o stresse.

Previnem e corrigem defeitos na postura corporal que podem prejudicar a respiração.

Ajudam a limpar as vias respiratórias.

Facilitam a respiração.

Melhoram a qualidade de vida.

Contactos:

217 623 033 / 961 898 848

bentica.ecc@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:

Enfermeira Natacha Sousa
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Atualizado em: Maio de 2021

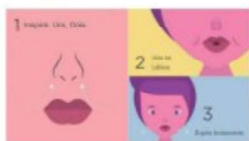
Referências Bibliográficas:
Mota do Carmo Oliveira Cardoso, RCPM, Manual de Manobras na Reabilitação Respiratória, Conselho, Práticas e Técnicas, 1ª Edição, Lisboa, Lusotécnica, 2012.
Mota Clara Mota, Reabilitação Funcional Respiratória, Serviço de Reabilitação Funcional Respiratória, Lisboa, 1987.

Exercícios Respiratórios



Inspirar e expirar

- Inspire lentamente pelo nariz, como se "cheirasse uma flor".
- Expire lentamente pela boca, franzindo os lábios, como se fosse assobiar ou "soprar uma vela".



- Inspire enchendo a barriga de ar e expire esvaziando a barriga.



Exercícios deitado

- Deite-se de costas, em posição de relaxamento.
- Coloque uma almofada debaixo dos joelhos.
- Coloque um peso (1Kg) na barriga ou as suas mãos.
- Inspire enchendo a barriga de ar e expire esvaziando a barriga e baixando o peso.



- Deite-se de costas, em posição de relaxamento.
- Segure com as duas mãos um bastão, estique os braços.
- Inspire e eleve os braços ao nível dos ombros.
- Expire, baixe os braços, voltando à posição inicial.



Exercícios deitado (continuação)

- Deite-se de lado, dobrando os joelhos até à barriga.
- Inspire pelo nariz, enchendo a barriga de ar.
- Expire pela boca, esvaziando a barriga.



- Deitado de lado, encolha a perna que está junto à cama e estique a outra.
- Inspira pelo nariz, enchendo o peito de ar e, ao mesmo tempo, levante o braço esticado, até ao ombro.
- Expire pela boca enquanto baixa o braço, lentamente.
- Repita o exercício, virado para o outro lado.



APÊNDICES

Apêndice 1 - Plano de Reabilitação 1 (VS)

VS

Utente de 60 anos, previamente autónomo nas suas AVD's, foi trazido ao SU do HSM no dia 05-2023, após queda da própria altura, da qual resultou fratura pertocantérica do fêmur direito.

Foi submetido a cirurgia no dia 21-05-2023, com redução incruenta e encavilhamento cefalomedular.

Tem antecedentes pessoais de:

- Mielopatia espondilótica
- Status pós-artrodese lombar em 2011;
- BAV 1ºG + disfunção diastólica grau I, sem clínica de IC;
- Diabetes mellitus NIT diagnosticada há 7 anos;
- HTA;
- Roncopatia;
- Dislipidémia;
- Obesidade;
- Hiperuricémia;
- HBP.

Nega alergias medicamentosas.

Ficou com indicação da ortopedia para crioterapia, mobilizar o membro operado sempre que possível, elevação do membro operado sempre que em repouso e início de fisioterapia.

Foi avaliado pela fisioterapia no dia 24-05-2023, tendo iniciado programa de reabilitação com fortalecimento muscular, mobilização articular, treino de equilíbrio e de marcha.

O utente necessita de continuação de tratamento a ferida cirúrgica e reforço de ensinamentos sobre cuidados pós-cirúrgicos.



Necessita também de continuar o programa de reabilitação motora para recuperação da cirurgia e do internamento, visando a recuperação da sua autonomia prévia nas suas AVD's, pelo que foi encaminhado para ECCI.

Em ECCI o utente está consciente e orientado em todas as referências. Comunicativo. Colaborante nos cuidados, dentro das suas possibilidades.

Eupneico em ar ambiente. Dor controlada com a analgesia prescrita.

Tem penso de ferida cirúrgica na região da coxa direita. Cumpre crioterapia.

Tem edema ligeiro a nível dos membros inferiores. Tem a restante pele íntegra.

Cuidados de higiene: necessita ainda de ajuda mínima/ parcial, para cuidar da sua higiene no WC e para se vestir/despir. Posicionamentos: Automobiliza-se no leito. Realiza levante diariamente para cadeirão com ajuda parcial e apoio de andarilho. Alimentação: Alimenta-se por via oral, por mão própria. Eliminação: continente.

Implementado Plano de Enfermagem de Reabilitação:

1º - Vigiar pele e mucosas, e realizar ensinamentos relativos à realização de penso de ferida cirúrgica em caso de necessidade, e realização de penso de ferida traumática.

- Não molhar o penso operatório e em caso de molhar, alertar sobre possíveis sinais inflamatórios

1.1º - Gestão do regime terapêutico, ensinamentos à esposa e utente, nomeadamente na gestão da dor.

- Não forçar a perna operada, aplicar gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos.
- Realizar ensinamentos relativos à toma de medicação prescrita no pós operatório, bem como a importância de frequentar as consultas marcadas.

1.2º - Vigilância de sinais vitais, vigilância de glicémia capilar

- Vigilância diária da tensão, FC, SpO2, Dor
- Ensinar sobre a necessidade de cumprimento de terapêutica prescrita



2º - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores com incidência no membro inferior direito.

- Avaliar força muscular pela escala de MRC (Percepcionar a evolução)
- Realização de contração isométrica dos abdominais e quadríceps, no membro operado e não operado.
- Realização de mobilizações passivas e ativas, nomeadamente flexão e extensão plantar, flexão e extensão da coxofemoral, com e sem flexão do joelho, não ultrapassando os 90º.
- Realização de mobilizações resistidas, nomeadamente flexão coxofemoral.
- Abdução e adução do membro operado, nunca ultrapassando a linha média.
- Fortalecimento do quadríceps do auxílio de um rolo ou almofada.
- Todos os exercícios realizados em séries de 3, com 10 repetições a cada série, duas a 3 vezes por dia, de acordo com tolerância da utente.

3º - Realizar treino de, posicionamento no leito e levante transferência para o cadeirão/cadeira

Ensinos no leito:

- Avaliar risco de úlcera de pressão (escala de Braden)
- Utilização de uma almofada no leito para evitar adução do membro afetado.
- Adotar posição dorsal com almofada ou então posição lateral para o lado sã, sempre mantendo almofadas entre os membros para evitar adução sobre a linha média.

Ensinos no levante:

- Sempre que possível, o levante deve ser realizado pelo membro operado, de força a possibilitar o uso da força do membro não operado, assumir uma posição de sentado na cama a 45º, sempre com o membro inferior operado em extensão.
- Rodar na cama, mobilizando o corpo como um todo mantendo sempre alinhamento corporal.



- Uma vez que o pé da perna não operada esteja em contacto com o solo apoiar o auxiliar de marcha e realizar força no mesmo para auxiliar o levante.
- Em caso de querer deitar no leito assume os mesmo movimentos mas na ordem inversa.

Sentar

- Colocar-se de frente para a cadeira de forma a que a região gemelar esteja em contacto com o assento da cadeira.
- Apoiar os braços na cadeira e deslizar o membro operado até que fique em extensão, em seguida baixar a cintura até que fique sentada.
- Não realizar adução para além da linha média.
- Não realizar flexão coxofemoral superior a 90º
- Não realizar rotação interna do membro, adotando estratégias para realizar penso de ferida traumática na face externa da perna esquerda.
- Não dobrar o corpo sobre as pernas devido à tensão criada pela flexão coxofemoral

4º Realizar treino de prevenção de quedas

- Avaliar risco de queda (escala de Morse)
- Uso de calçado adequado, antiderrapante e com número adequado
- Apoio nos auxiliares de marcha
- Uso de roupa adequada e que não limite os movimentos
- Eliminação de barreiras e limpeza do espaço físico.

5º - Realizar treino de equilíbrio e marcha com andarilho, canadianas e bengala.

Marcha

- Ensinos sobre adaptação do domicílio e eliminação de barreiras arquitetônicas
- Ensinar sobre marcha com andarilho, canadianas e bengala, mediante tolerância e capacidade

Equilíbrio

- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico
- Estimular a manter o correto equilíbrio corporal
- Treino de exercícios de equilíbrio e correção postural com extensão e flexão do tronco
- - Utilizar alternância de carga no membro superiores para treino de equilíbrio estático

6º - Realizar treino de subir e descer escadas.

- Subir: Coloca primeiro a perna não operada, em segundo lugar colocar a perna operada e em terceiro lugar as canadianas
- Descer: Colocar primeiro a canadiana de apoio, em seguida a perna operada e por último o membro não operado

7º - Realizar treino de AVD'S

- Monitorizar grau de dependência nas AVD'S pela escala de Barthel

Higiene

- Utilizar o procedimento semelhante ao de sentar, mas adotando quando possível um adaptador para diminuir a distância entre a sanita e o utente.
- Deverá sempre que possível escolher o duche, quando não é possível deve adotar um banco de forma a não se sentar na banheira a 90º e de evitar tomar banho de pé devido à carga que tem que colocar sobre o membro operado.
- Independente na eliminação intestinal e vesical

Vestir e despir

- Utilizar, quando possível, utilizar algum instrumento que permita evitar a flexão coxofemoral inferior a 90º, deste modo consegue trazer a roupa até si.
- Para se calçar, utilize uma calçadeira para facilitar o processo.

Alimentação

- Independente na alimentação



Apêndice 2 - Plano de Reabilitação 1 (LB)

LB

Utente de 84 anos, previamente maioritariamente autónomo nas suas AVD's, internado a 04-2023 no serviço de cirurgia cardiotorácica por doença coronária arterosclerótica, com estenose aórtica grave.

A 04-2023, foi submetido a cirurgia com cirurgia valvular TAVI trans aórtica e bypass único, com abordagem por esternotomia mediana.

Utente de 84 anos, casado, reside com a esposa que é a principal cuidadora.

Parcialmente dependente em todas as atividades de vida diárias. Tem uma filha que dá apoio.

Tem como antecedentes pessoais:

- Hipertensão Arterial;
- Hipercolesterolemia;
- DM tipo II;
- Neoplasia do estomago com gastrectomia parcial em 2016;
- Neoplasia da próstata sob terapia hormonal.

Utente Internado a 24-04-2023 no serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Maria por doença coronária arterosclerótica, com estenose aórtica grave. A 26-04-2023, submetido a cirurgia com cirurgia valvular TAVI trans aórtica e bypass único, com abordagem por esternotomia mediana.

Referenciado para ECCI pelo Hospital de internamento para reforço de ensinios sobre cuidados pós cirúrgicos, apoio na vigilância pós cirúrgica e reforço de ensinios sobre gestão terapêutica e programa de reabilitação.

Utente calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço.

Eupneica. Normotenso e normocárdico.

Pele e mucosas hidratadas, mas ligeiramente descoradas. Emagrecido.

Queixas álgicas esporádicas - tem medicação em SOS.

Apresenta ferida cirúrgica cicatrizada na região torácica. Apresenta locais de ex drenos na região cervical direita cicatrizada e região abdominal cicatrizada mas com ligeiros sinais inflamatórios.

Realizado penso com apósito de iodopovidona + penso de proteção.

Alimenta-se de forma autónoma após confeção da refeição.

Teria apoio da SCML para apoio na higiene que o mesmo recusou afirmando que é capaz de realizar a sua higiene de forma autónoma. Tem banco de apoio na banheira. Continente de esfíncteres. Com trânsito intestinal mantido.

Iniciados cuidados por ECCI para ensinos pós cirúrgicos, tratamento a feridas, gestão de regime terapêutico e programa de reabilitação.

Implementado Plano de enfermagem de reabilitação:

1º Realizar ensinos relativamente à patologia, esclarecimento de dúvidas e gestão de regime terapêutico

- Incentivar a realização de caminhadas pelo domicílio, suspendendo sempre que surgirem sinais de alarme como dispnéia, dor precordial, lipotimia.
- Incentivar o cumprimento da terapêutica prescrita no pós-operatório esclarecendo dúvidas relacionadas.

2º Vigilância de sinais vitais, de glicemia e hipertensão arterial

- Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de O₂ e instruir o utente a avaliar a tensão arterial e registar de forma autónoma
- Reforçar ensinos de Auto-Monitorização da glicemia capilar antes das refeições para despistar hipo ou hiperglicemia e auto administração de insulina na qual o utente é autónomo.

3º Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória com o objetivo de melhorar tolerância ao esforço através da realização de uma correta respiração

- Realização de controlo e dissociação de tempos respiratórios
- Realização de respiração diafragmática conforme tolerância do utente
- Realização de exercícios de reeducação costal global para permitir maior expansão torácica e prevenir atelectasias
- Realização do ciclo ativo das técnicas respiratórias (3-4 respirações diafragmáticas, seguido de 3-4 exercícios de expansão torácica e por último 1-2 huffs conforme tolerância.
- Realizar exercícios de correção postural
- Realização de exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico, estimulando a independência o mais possível na marcha

4º Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória com o objetivo de melhorar tolerância ao esforço através da realização de uma correta respiração

- Flexão / Extensão e adução e abdução dos membros inferiores e superiores, abertura costal global e seletiva

5º Realização de ensinamentos do pós operatório

- Ensino da "tosse abraçada"
- Ensino sobre vigilância de amplitude de movimentos não elevando os membros superiores mais do que 90º
- Ensino sobre a não adução das omoplatas para o cumprimento das atividades de vida diárias.
- Em caso de presença de sinais inflamatórios na ferida, informar o enfermeiro de UCC.

6º Realizar treino de prevenção de quedas

- Avaliar risco de queda (escala de Morse)
- Uso de calçado adequado, antiderrapante e com número adequado
- Apoio nos auxiliares de marcha- utente renitente no uso da bengala.
- Uso de roupa adequada e que não limite os movimentos
- Eliminação de barreiras e limpeza do espaço físico.

7º - Realizar treino de equilíbrio e marcha com bengala.



Marcha

- Ensinos sobre adaptação do domicílio e eliminação de barreiras arquitetônicas
- Ensinar sobre marcha com bengala

Equilíbrio

- Monitorizar equilíbrio corporal através do uso de escalas (Tinetti)
- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico
- Estimular a manter o correto equilíbrio corporal
- Treino de exercícios de equilíbrio e correção postural com extensão e flexão do tronco
- - Utilizar alternância de carga no membro superiores para treino de equilíbrio estático

8º - Realizar treino de subir e descer escadas.

- Subir: Coloca primeiro a perna não operada, em segundo lugar colocar a perna operada e em terceiro lugar as canadianas
- Descer: Colocar primeiro a canadiana de apoio, em seguida a perna operada e por último o membro não operado

Apêndice 3 - Nota de Alta 1 (ML)

ML

Utente de 69 anos, previamente autónoma nas suas AVD's, foi trazida ao SU do HSM no dia 5/2023, após queda da própria altura, da qual resultou fratura pertrocanterica do fémur direito e fratura do rádio distal direito – colocada tala gessada.

A 05-2023 foi submetida a cirurgia com redução incruenta e encavilhamento cefalomedular, que decorreu sem intercorrências.

Tem **antecedentes pessoais** de:

- Cirrose hepática
- Neoplasia do ovário
- DRC nefropatia diabética e iatrogénica
- Neoplasia do cólon
- Arritmia;
- DM tipo 2;
- HTA;
- Cirurgia varizes esofágicas

ALERGIAS: Nolotil.

Durante o internamento teve apoio da endocrinologia para ajuste terapêutico, no dia 05-05-2023 foi avaliada pela fisioterapia tendo iniciado programa de reabilitação motora com mobilização articular, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e de marcha.

Ficou com indicação da ortopedia para mobilizar o membro operado sempre que possível, elevação do membro operado, sempre que em repouso, crioterapia, iniciar fisioterapia com carga parcial e posteriormente total.

Encaminhada para ECCI para reforço de ensinios sobre gestão terapêutica e cuidados pós-cirúrgicos. Necessita ainda de vigilância e de iniciar programa de reabilitação motora para recuperação de funções alteradas e da autonomia prévia.

Em ECCI utente está consciente e orientada em todas as referências.

Comunicativa e colaborante nos cuidados dentro das possibilidades.

Eupneica em ar ambiente.

Dor controlada com a analgesia prescrita.

Tem penso de ferida cirúrgica a nível da região da coxa direita inicialmente com repasse hemático e hematoma extenso em regressão, refeito, cicatriz sem sinais inflamatórios aparentes.

Cumprir a crioterapia.

Inicialmente com tala gessada a nível do MSD, extremidades sem compromisso neurocirculatório.



Cuidados de higiene: necessitava de ajuda mínima para cuidar da sua higiene no WC e para se vestir/despir.

Posicionamentos: Auto Mobiliza-se no leito.

Realizava levante diariamente para o cadeirão com ajuda parcial do marido e apoio de bengala com a qual realiza marcha pelo domicílio.

Alimentação: Alimenta-se da dieta prescrita, por mão própria.

Eliminação: Continente. Utiliza WC.

Cumpriu Plano de enfermagem de reabilitação motora:

1º - Vigiar pele e mucosas, e realizar ensinamentos relativos à realização de penso de ferida cirúrgica em caso de necessidade, e realização de penso de ferida traumática.

Não molhar o penso operatório e em caso de molhar, informar para se proceder à substituição.

Informar enfermeiro UCC em caso de penso de ferida traumática repassado

Vigilância de sinais de compromisso neurocirculatório das extremidades do membro superior direito

Vigilância da pele peri ferida cirúrgica para avaliação de regressão de hematoma e controle de complicações

1.1º - Gestão do regime terapêutico, ensinamentos à utente, nomeadamente na gestão da dor.

Não forçar a perna operada, aplicar gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos.

Realizar ensinamentos relativos à toma de medicação prescrita no pós operatório, bem como a importância de frequentar as consultas marcadas.

1.2º - Vigilância de sinais vitais e vigilância glicémia capilar e tensão arterial



2º - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores com incidência no membro inferior Direito e membro superior direito

Membros Inferiores:

Avaliar força muscular pela escala de lower

Realização de contração isométrica dos abdominais e quadríceps, no membro operado e não operado.

Realização de mobilizações passivas e ativas, nomeadamente flexão e extensão plantar, flexão e extensão da coxofemoral, com e sem flexão do joelho, não ultrapassando os 90º.

Realização de mobilizações resistidas, nomeadamente flexão coxofemoral.

Abdução e adução do membro operado, nunca ultrapassando a linha média.

Fortalecimento do quadríceps do auxílio de um rolo ou almofada.

Todos os exercícios realizados em séries de 3, com 10 repetições a cada série, duas a 3 vezes por dia, de acordo com tolerância da utente.

Membros Superiores:

Até à remoção do gesso, explicar a necessidade de vigilância de edema das extremidades, agravamento da dor ou alterações da sensibilidade

Após a remoção do gesso, Realizar movimentos passivos como adução e abdução dos dedos, flexão e extensão dos dedos, oposição do polegar

progredir para movimentos passivos como a flexão e extensão do punho, pronação e supinação.

Progredir conforme tolerância da utente para exercícios ativos assistidos de flexão e extensão do cotovelo, pronação e supinação e lateralização.

Realizar os exercícios em séries de 3 com 10 repetições cada, sempre conforme tolerância.



Quando a utente recuperar força e mobilidade articular, estimular exercícios que contribuam para o desempenho das AVD'S da mesma, como por exemplo, segurar o chuveiro, segurar uma caneta, talher, etc

3º - Realizar treino de, posicionamento no leito e levante

4º Realizar treino de prevenção de quedas

5º - Realizar treino de equilíbrio e marcha com bengala.

6º - Realizar treino de subir e descer escadas e marcha na via pública.

7º - Realizar treino de AVD'S

Atualmente Utente mantém-se calma, consciente, orientada.

Independente nas AVD 'S, necessitando de supervisão nos cuidados de higiene.

Não apresenta a tala gessada no membro superior direito, tendo indicação da consulta de ortopedia para realizar movimentos musculares ativos do punho em fisioterapia de ambulatório.

Realiza marcha de forma independente, sem auxílio de auxiliar de marcha no domicílio, utilizando apenas bengala para saída ao exterior, a deambular sem dificuldade na via pública.

Nega dores relacionadas com procedimento cirúrgico, com lombalgias esporádicas, medicada em consulta de ortopedia com efeito. Ferida cirúrgica cicatrizada com indicação para aplicação de creme hidratante. Hematoma residual que se mantém em regressão.

Membro superior direito sem alterações cutâneas com ligeira diminuição da mobilidade, mas funcional para a realização de atividades de vida diárias.

Auto Mobiliza-se e realiza transferências de forma independente apenas com apoio de auxiliar de marcha

Autónoma na Alimentação e eliminação.



Utente vai iniciar programa de fisioterapia do membro superior e inferior direito em ambulatório.

Consideram-se assim atingidos os objetivos pelo que tem alta de ECCI, encaminhada para realização de fisioterapia de ambulatório e para a sua Unidade de Saúde Familiar.

Escala de Autocuidado de Barthel Inicial: Dependência Moderada : 65

Escala de Autocuidado de Barthel Final: Totalmente Independente - 100

Apêndice 4 - Nota de Alta 2 (MM)

MM

Utente de 86 anos, previamente parcialmente autónoma nas suas AVD's, sendo ajudada pelo marido, deslocando-se com apoio de andarilho, trazida ao SU do HFF no dia por tosse produtiva com 7 dias de evolução, com um episódio de expectoração hemoptoica. Ficou internada com o diagnóstico de pneumonia SARS-CoV-2.

Tem **antecedentes pessoais** de:

- Parkinson
- Síndrome depressiva,
- Dislipidemia,
- Hipertensão Arterial,
- Hipotireoidismo,
- Hérnia do Hiato,
- Gastrite,
- Rinite alérgica,
- Hipoacusia
- Cataratas operadas bilateralmente.

ALERGIAS: Desconhece



Internamento decorreu sem intercorrências, tem alta hospitalar com ruborização na região intra nadegueira e calcâneos, referenciada para a sua USF, onde foi avaliada e cumprindo critérios, foi encaminhada para ECCI com indicação para:

- .Vigilância de O₂ a 2l/m
- .Gestão do regime terapêutico
- . Reabilitação respiratória e motora
- . Alimentação E hidratação com reforço hídrico
- .Fazer estimulação cognitiva
- .Dar apoio emocional ao utente e cuidador principal
- .Vigilância da região nadegueira e calcâneos. Prevenção de Úlceras de pressão
- .Vigilância da Alimentação e hidratação com reforço hídrico.

Em ECCI Utente consciente e orientada no espaço e pessoa, mas desorientada no tempo, com períodos de flutuação do estado de consciência. Manteve-se sempre comunicativa durante todo o internamento.

Colabora nos cuidados dentro das suas possibilidades sempre com o apoio do marido que se encontra como prestador de cuidados.

Em ECCI, eupneica com O₂ a 2L/Min. Vive com o marido e com visitas regulares da filha, tem apoio no domicílio da associação dos reformados.

Realizados ensinios sobre a gestão do regime terapêutico.

Dependente na realização de cuidados de higiene e conforto com apoio total do marido e da associação. Auto Mobiliza-se no leito com ajuda realizando levante diariamente com ajuda moderada, deslocando-se com cadeira de rodas desde o internamento

Alimentação e eliminação sem alterações, necessitando apenas de fralda para proteção.

—



Implementado Plano de Enfermagem de Reabilitação osteomuscular e respiratório:

1º - Vigiar pele e mucosas, para despiste de complicações, nomeadamente sinais de hipóxia.

Avaliação de pele e mucosas para despistar cianose labial e periférica

Vigiar respiração, profundidade, simetria e sinais de dificuldade respiratória

vigiar pele e prevenção de úlceras de pressão

1.1 º - Gestão do regime terapêutico, ensinosa filha, nomeadamente na gestão da dor.

Realizar terapêutica prescrita de acordo com indicação médica, incentivando à ajuda de familiares para controlo das tomas diárias de medicação.

1.2 º - Vigilância de sinais vitais

Vigilância diária da tensão, FC, SpO2, Dor

2º - Realizar exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores de modo a estimular a independência.

Todos os exercícios realizados em séries de 3, com 10 repetições a cada série, duas a 3 vezes por dia, de acordo com tolerância da utente.

3º - Realizar treino de, posicionamento no leito e levante transferência para o cadeirão

Ensinosa leito

4º Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória com o objetivo de melhorar tolerância ao esforço através da realização de uma correta respiração

Realização de controlo e dissociação de tempos respiratórios

Realização de respiração diafragmática conforme tolerância do utente

Realização de exercícios de reeducação costal global



Realizar exercícios de correção postural

5º Realizar treino de prevenção de quedas

Avaliar risco de queda (escala de Morse)

Uso de calçado adequado, antiderrapante e com número adequado

Apoio nos auxiliares de marcha

Uso de roupa adequada e que não limite os movimentos

Eliminação de barreiras e limpeza do espaço físico.

6º - Realizar treino de equilíbrio e marcha com andarilho, canadianas e bengala.

Marcha

Ensinos sobre adaptação do domicílio e eliminação de barreiras arquitetônicas

Ensinar sobre marcha com andarilho e progredir conforme tolerância para diferentes auxiliares de marcha.

Equilíbrio

Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico

Estimular a manter o correto equilíbrio corporal

Realização de exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico, estimulando a independência o mais possível na marcha

8º - Realizar treino de AVD'S

Atualmente utente mantém-se parcialmente dependente nas AVDS com ajuda total na higiene.

Manteve-se consciente e orientada no espaço e pessoa, com menos períodos de desorientação no tempo. Colaborou nos cuidados dentro das suas possibilidades sempre com o apoio do marido que se encontra como prestador de cuidados.



Realiza levante, posicionamento e transferências com ajuda parcial.

Mantém-se eupneica com 02 a 1,5L/Min, reforçados ensinos de dissociação dos tempos respiratórios e exercícios de tolerância ao esforço com efeito.

Enquanto em ECCI utente apresentou melhoria da marcha, deambulando pelo domicílio com andarilho com apoio e supervisão do marido, cuidador principal, referindo algias nos joelhos na deambulação.

Utente encontrava-se a aguardar vaga em ERPI, que surgiu entretanto, optando a família por transferir a utente para a instituição, sendo assim suspenso o apoio por parte da ECCI.

Escala de Autocuidado de Barthel Inicial: dependencia grave-40

Escala de Autocuidado de Barthel Final: dependencia moderada - 60



APÊNDICE II - ESTUDO DE CASO 2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Plano de Cuidados

Unidade de Cuidados Intensivos Cardiologia

Discente

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

nº 112237

Docente

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023



ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>1</u>
<u>RECOLHA DE DADOS</u>	<u>2</u>
<u>1.1 - Dados Pessoais</u>	<u>2</u>
<u>1.2 - Histórico de Saúde</u>	<u>2</u>
<u>1.3 - História Social</u>	<u>3</u>
<u>1.4 - História da Doença Atual</u>	<u>4</u>
<u>2 - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL</u>	<u>5</u>
<u>3 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)</u>	<u>7</u>
<u>4 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO</u>	<u>9</u>
<u>5 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE</u>	<u>9</u>
<u>6 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA FASE 2</u>	<u>9</u>
<u>7 - PLANO DE CUIDADOS</u>	<u>14</u>
<u>7 - CONCLUSÃO</u>	<u>22</u>
<u>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>23</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>24</u>
<u>Anexo A - Escala de Coma de Glasgow</u>	<u>25</u>
<u>Anexo B - Índice de Barthel</u>	<u>27</u>
<u>Anexo C - Medida da Independência Funcional (MIF)</u>	<u>29</u>
<u>Anexo D - Escala Visual Analógica da Dor</u>	<u>31</u>
<u>Anexo E - Escala de Berg (Equilíbrio)</u>	<u>33</u>
<u>Anexo F - Escala Modificada de Ashworth</u>	<u>35</u>
<u>Anexo G - Escala de Braden</u>	<u>37</u>
<u>Anexo H - Escala de Morse</u>	<u>39</u>
<u>Anexo I - Folheto exercício físico Nível 1 Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>41</u>
<u>Anexo J - Folheto exercício físico Nível 2 Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>43</u>
<u>Anexo K - Folheto exercício físico Nível 3 Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>46</u>
<u>Anexo L - Folha registo de sessões exercício Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>48</u>
<u>Anexo M - Folha doentes em programa Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>50</u>
<u>Anexo N - Folha de avaliação Inicial em programa de Reabilitação Cardíaca fase 2</u>	<u>52</u>
<u>Anexo O - Folheto do dia Verde</u>	<u>54</u>
<u>Anexo P - Questionário Consulta Reabilitação Cardíaca</u>	<u>58</u>
<u>Apêndice 1 - Projeto de ensino componente teórica programa de reabilitação cardíaca fase 2 (Fatores de Risco Cardiovasculares)</u>	<u>68</u>



ÍNDICE DE SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diárias
BPM - Batimentos por Minuto
CDI - Cardiodesfibrilador implantável
CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
DA - Descendente Anterior
DM - Diabetes Mellitus
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
FA - Fibrilhação Auricular
FC - Frequência Cardíaca
HBP - Hipertrofia Benigna da Próstata
HSM - Hospital de Santa Marta
HTA - Hipertensão Arterial
IMC - Índice de massa corporal
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e terapêutica
MIF - Escala de Independência Funcional
NIT - Não Insulino Tratados
NT-PROBNP - Péptido Natriurético Atrial
NYHA - New York Heart Association
O2 - Oxigénio
PECR - Prova de Esforço Cardiorrespiratória
RC - Reabilitação Cardíaca
RPM- Rotações por Minuto
TA - Tensão Arterial
TA - Tensão Arterial
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Opção 1 - Estágio e Relatório, referente ao 1º semestre do 2º ano, do 1º Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A elaboração deste plano de cuidados decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital da área da grande Lisboa, mais especificamente no âmbito de um programa de reabilitação cardíaca fase 2.

O objetivo principal deste trabalho passa por identificar em que consiste o funcionamento do programa de reabilitação Cardíaca fase 2, e como este programa tem influência na melhoria do estado de saúde do utente.

Quero ainda identificar quais os possíveis diagnósticos de enfermagem afetados num utente em Programa de RC fase 2, e quais as estratégias para poder dar resposta aos diagnósticos identificados.

Este trabalho está dividido na recolha de dados, enquadramento conceptual dos conceitos fundamentais inerentes à elaboração deste trabalho, exame físico e avaliação funcional, avaliação dos requisitos universais do autocuidado, requisitos do desenvolvimento e de desvio à saúde, descrição dos acontecimentos durante o programa de reabilitação cardíaca fase 2 e por último a identificação dos diagnósticos de enfermagem afetados e o respetivo plano de enfermagem de reabilitação.



RECOLHA DE DADOS

1.1 - Dados Pessoais

Nome: A.C.C

Data de Nascimento: 27/05/1946 / **Idade:** 77 Anos

Sexo: M / **Etnia/Raça:** Caucasiano

Situação Laboral: Reformado

Residência: Lisboa

Centro de Saúde: UCSP Pedras Salgadas

Agregado Familiar: Esposa

Pessoa Significativa: Esposa

1.2 - Histórico de Saúde

Antecedentes Pessoais: Cardiopatia isquémica em fase dilatada, Status pós EAM 2003, stent DA e circunflexa, CDI prevenção primária 2010, FA, HTA, DM tipo 2 NIT, Hipertiróidismo 2º a amiodarona, Hérnia do hiato, Hiperuricemia, gota, Diverticulose, HBP

Terapêutica Ambulatória: -Pantoprazol 20, 1 comp em jejum, Lasix 40, 1,5 comp ao jejum, 1 ao lanche, Forxiga 10, 1 comp ao PA, Metformina 500, 1 comp ao PA, Entresto 1 comp ao PA, 1 ao jantar, Bisoprolol 5, 1 comp ao PA, Eplerenona 25, 1 comp ao almoço, Tikosyn 1 comp ao PA, Memantina 1 comp ao PA, Zyloric 1/ comp ao jantar, Perminox 1 comp ao jantar, Finasterida 5, 1 comp ao jantar, Eliquis 1 comp ao PA, 1 comp ao jantar, Sinvastatina + ezetimibe 1 comp ao jantar

Alergias: Azitromicina

Vacinação: Esquema de vacinação completo de acordo com o Plano Nacional de Vacinação

Grau de Dependência anterior para as AVD'S: Previamente parcialmente dependente nas AVDS segundo a escala de independência Funcional (MIF), (Anexo C)



Hábitos de saúde anteriores: Cumpre vigilância regular, sem hábitos aditivos conhecidos

1.3 - História Social

Condições Habitacionais: Casa bi-familiar (Utente e esposa), com saneamento básico, eletricidade, gás e água potável, 3 Assoalhadas, com boas condições de habitabilidade. A esposa refere não ter a casa adaptada, mas que irão realizar obras de reestruturação, para se adaptar ao doente.

Situação Social: A principal cuidadora é a esposa, que não apresenta limitações quer a nível físico, quer a nível cognitivo, neste momento encontra-se reformada, fornecendo apoio necessário como cuidadora informal. A casa é frequentada regularmente por familiares para convívio. Refere não ter necessidade de apoio social.

Qualidade de vida afetada pela situação de Saúde/Doença:

Esposa e utente refere que atualmente já conseguem adaptar a vida pessoal às alterações impostas pela doença do senhor A.C., mas que afetou a vida social principalmente pois eram pessoas que passeavam muito e agora não o podem fazer. A nível económico refere não haver alterações dado que se encontram os dois reformados e o programa de Reabilitação Cardíaca não acrescentou nenhuma despesa aos dois.

Utente permaneceu durante todo o programa de RC hemodinamicamente estável, apresentando perfil tensional estável, bem como FC e saturação, avaliadas antes e depois de todas as sessões de treino ao longo de 4 meses. Manteve sempre pele e mucosas coradas e hidratadas.

Não apresentava alterações ao nível da acuidade auditiva ou visual. Tórax simétrico sem alterações cutâneas à exceção da ferida cirúrgica pós colocação de cardiodesfibrilhador implantável (CDI) já cicatrizada.

Dados Antropométricos:

- Peso: 68,5Kg
- Altura: 1,71m
- IMC: 23,4 Kg/m²
- Perímetro Abdominal: 99cm



1.4 - História da Doença Atual

Data de admissão no Programa de Reabilitação: 11-09-2023

Motivo de Internamento: Utente com Insuficiência Cardíaca NYHA III, internado eletivamente para implantação de dispositivo CardioMems, sendo encaminhado posteriormente para programa de Reabilitação Cardíaca fase II.

Diagnóstico Clínico: IC NYHA III

Exames complementares de diagnóstico: Utente apresentava apenas como MCDT análises de sangue e urina de Setembro de 2023, que apenas tinham a destacar um aumento de NT-ProBNP compatível com a patologia de base (Insuficiência Cardíaca). Todos os outros MCDT'S já não se encontravam adequados pois tinham sido realizados há mais de 6 meses.

Evolução Clínica: Utente internado no dia 13-12-2020 eletivamente para colocação de CardioMems que consiste num pequeno dispositivo cuja função é avaliar a pressão da artéria pulmonar, e conseguir antever uma descompensação da insuficiência cardíaca, permitindo assim um ajuste terapêutico, prevenindo futuros internamentos (Pour-Ghaz et al., 2019). Após implementação do dispositivo, o utente foi proposto para programa de reabilitação cardíaca fase 2, de modo a conseguir controlar de forma mais eficaz os fatores de risco, e estimular a prática de exercício físico, ajudando a manter uma vigilância mais apertada sobre a insuficiência cardíaca.

O internamento para a implementação deste dispositivo teve a duração de 3 dias e decorreu sem intercorrências.

2 - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O exame físico foi realizado no dia 28-04-2023 (Data da consulta de RC). O utente pesa 68,5 Kg, e mede 171 cm, tendo um IMC de 23,4 Kg/m² e perímetro abdominal de 99 cm. Pela observação física do utente foi possível validar que através de uma avaliação cefalocaudal, não tinha dificuldades na acuidade auditiva, nem na acuidade visual. Possuía prótese dentária da arcada superior, que se encontrava bem adaptada, mantinha a integridade cutânea apresentando apenas uma cicatriz relacionada com implantação de CDI

Ao nível do sistema respiratório não apresenta nenhuma alteração, realizando o programa de RC fase II sem recurso a O₂. No sistema circulatório utente apresentava

insuficiência cardíaca com cansaço a médios esforços, foi implantado CDI e CardioMEMS para monitorização da pressão da artéria pulmonar

A nível neurológico, o utente permaneceu orientado no tempo, espaço e pessoa durante todo o programa, necessitando apenas da ajuda da esposa para colaboração no agendamento de consultas e acompanhamento até ao HSM dado que o utente apresentava um síndrome demencial numa fase inicial. Desde o início demonstrou grande otimismo e iniciativa na rápida recuperação, mantendo-se assim durante todo o programa.

A nível do sistema gastrointestinal, segundo a esposa, mantém a dieta habitual hipossalina, hipolipídica e hipocalórica, sem alterações de apetite, mantém também o trânsito gastrointestinal normal, sem necessidade de uso de laxantes. Ao nível do sistema genito urinário, não apresentava nenhuma alteração, conseguindo urinar sempre de forma autónoma e com urina de características normais segundo a acompanhante.

Por último, ao nível do sistema músculo esquelético, apresenta alguma limitação de movimentos dos membros inferiores e superiores, relacionados com o cansaço adjacente à patologia cardíaca.

A nível psicossocial o utente encontrou-se calmo e colaborante no decorrer do programa de RC fase 2. Tinha como principal cuidadora a esposa. A esposa fornecia apoio nas AVD 's, preparando os alimentos e auxiliando nos cuidados de higiene e conforto, relacionado com a dependência em grau reduzido nas AVD 's , em especial na higiene e no vestir e despir-se. Apresentou bom estado emocional e um comportamento adequado à situação, e à idade, sem necessidade de apoios sociais.

Relativamente à avaliação funcional, esta foi feita recorrendo às escalas que melhor expressavam as alterações do utente no início e que permitiram monitorizar a sua evolução.

Segundo a Escala de Coma de Glasgow, apresenta score de 15 (Anexo A), orientado no tempo, espaço e pessoa. Segundo o Índice de BARTHEL (Anexo B) encontrava-se dependente em grau reduzido de terceiros para a realização das AVD 'S (score de 60/100), tendo-se mantido assim durante a permanência no programa de RC fase 2, dado que a sua dependência estava relacionada com a demência e não com a patologia cardíaca. Segundo a escala de Independência Funcional (MIF) (Anexo C), necessita de assistência moderada (50%) nas AVD 'S . Segundo a Escala Visual Anlógica (Anexo D), da dor, na altura da admissão no programa não apresentava dor e assim se manteve ao longo de todas as sessões, sendo o único fator que contribui para a gestão do esforço no treino, o cansaço do utente (Borg). Segundo a escala de BERG (Anexo E), na admissão apresentava equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e em



ortostatismo conseguindo assim realizar treino de força muscular e exercícios aeróbios sem grandes dificuldades.

Na avaliação pela escala de MORSE (Anexo H), utente apresentou sempre um elevado risco de queda, tendo sido adotadas as medidas necessárias de acompanhamento e segurança de modo a prevenir acidentes.

O utente A.C. manteve-se sempre hemodinamicamente estável durante todo o programa.

3 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DO AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Avaliação	Sistema
Manutenção de uma ingesta de água suficiente	Ingere cerca de 1,5L de água por dia de acordo com a esposa	Sem alterações	Sem alterações
Manutenção de uma ingesta de alimentos suficiente	Não confecciona os próprios alimentos por incapacidade relacionada com síndrome demencial, faz 6 refeições por dia, alimentando-se pela própria mão sem auxílio de terceiros.	Apetite mantido Alimenta-se sem restrições, necessitando de apoio na confeção de alimentos. Esposa refere que não tem muito cuidado com a alimentação, tomando apenas atenção às água ingerida, alegando que gosta de comer doces e fritos, com mais regularidade que o aconselhado	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de um padrão de eliminação adequado	Apresenta continência de esfíncteres, utilizando o WC de forma autónoma Padrão de eliminação intestinal e vesical sem alterações.	Necessidade de apoio da esposa para realizar transferência para a banheira com banco de apoio, realizando posteriormente a higiene de forma independente	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso	Utente refere repousar 8 horas por noite	Sem alterações significativas no padrão de repouso, refere tomar medicação para auxílio no repouso por insônia	Sem alterações



		inicial.	
Manutenção da inspiração de ar Suficiente	Eupneico em repouso em ar ambiente, com SpO2 periférico de 97%	Sem alterações	Sem alterações
Interação Social / Solidão	Mantém vida social ativa pela visita regular de familiares e amigos	Sem alterações	Sem alterações
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano	Nega hábitos de vida aditivos (álcool, tabaco, substâncias ilícitas)	Apresenta erros alimentares que não reconhece serem prejudiciais.	Sistema Apoio Educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo de ser normal	Não tem noção de todas as limitações impostas pela doença. Tenta cumprir ao máximo e realizar exercícios conforme explanado. Adotou estratégias de gestão de esforço e cansaço na sua vida diária	Esposa refere ser responsável pela toma correta e atempada da terapêutica, sendo parcialmente dependente para a toma.	Sistema parcialmente compensatório

4 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

O Sr. A.C reside com a esposa, que é a cuidadora principal a tempo inteiro. Tem visitas regulares de familiares que segundo a esposa não prestam auxílio, apenas atuam na componente social. Segundo o utente, sem condicionamentos na vida social. Apresenta ligeiro cansaço, e ligeira limitação nas AVD 'S. Não apresenta conhecimento sobre a doença e os cuidados a ter, contando com a esposa para esclarecimento de dúvidas quando necessário. Encontra-se reformado, e segundo a esposa realiza exercício diariamente, não tendo outra atividade de lazer conhecida.

5 - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE

O Sr A.C. não tem total conhecimento sobre a sua situação de saúde, quais os cuidados a ter e a importância do cumprimento do plano de reabilitação estabelecido contando com auxílio da esposa. Não fuma, nem bebe, e tem por hábito a realização de exercício físico. Quanto à alimentação, aparenta ter uma alimentação equilibrada com a ingestão esporádica de alimentos que reconhece como não sendo os mais saudáveis.

6 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA FASE 2

O utente A.C foi proposto para iniciar o programa de reabilitação cardíaca fase 2 do Hospital Santa Marta. Este programa consiste numa avaliação inicial, a avaliação da capacidade funcional pela fisioterapia e prova de marcha de 6 minutos. Posteriormente, nas restantes sessões os utentes têm treinos realizados 2 vezes por semana, que se encontram divididos em 4 fases, aquecimento, treino aeróbio, treino anaeróbio e alongamento. A fase de aquecimento tem a duração de 10 minutos, a fase aeróbia tem a duração de 30 minutos, a fase anaeróbia tem a duração de 30 minutos e por último a fase de alongamento tem a duração de 10 minutos. No final do programa os utentes realizam a avaliação final, ou seja, nova prova de capacidade funcional e nova prova de marcha de 6 minutos, sendo agendada posteriormente consulta de Reabilitação Cardíaca para reavaliação após a realização do programa com Prova de esforço cardiorespiratória (PECR) e análises, e posteriormente nova reavaliação 1 ano pós programa.

São avaliados parâmetros vitais no início e no final de cada sessão e os doentes estão monitorizados com telemetria ou com oximetria de pulso. A decisão entre a escolha na monitorização está relacionada com o risco, os utentes podem ser divididos em baixo risco, médio risco e alto risco, sendo esse risco estratificado pelo médico cardiologista que acompanha o utente, tendo por base os antecedentes pessoais e os exames complementares de diagnóstico realizados, nomeadamente a PECR. Assim como

o médico estratifica o risco, também define a frequência cardíaca de treino, ou seja, aquela que deve ser a frequência alvo e a frequência cardíaca máxima, que não pode ser excedida a longo tempo durante o treino.

Independentemente do risco, os utentes têm que usar obrigatoriamente telemonitorização nas primeiras 4 sessões (2 semanas).

A duração do programa está relacionada com a patologia/ intervenção a que foi submetido o utente, caso seja uma patologia isquémica, o programa será de 3 meses, 24 sessões (Center based 3 Months), se for um utente submetido à colocação de um dispositivo médico (Pacemaker/CDI) o programa será de 4 meses, 32 sessões (Center Based 4 Months), e existe por último um programa que é adotado pelo utente que detém conhecimento básicos de exercício, motivação ou que não dispõe de disponibilidade para realizar outra tipologia de programa, chamado programa de 1 mês (Home Based 1 Month). Neste último, o utente frequenta durante 1 mês, 8 sessões de treino e posteriormente é observado mensalmente durante 3 meses para ajustes no treino. Independentemente do tipo de programa as sessões são sempre 2 vezes por semana das 15h às 16:30h ou das 16:30h às 18h e os grupos estão divididos entre segunda feira e quarta feira ou terça feira e quinta feira.

No caso dos utentes submetidos a transplante cardíaco o programa tem também a duração de 4 meses, 32 sessões, (CB4M) e estes realizam as sessões de treino num grupo à parte, das 13:30 às 15h, sendo necessária a utilização de máscara, ou pelo utente, ou pelo profissional de saúde, devido à imunossupressão. São utentes de alto risco e treinam sempre com telemonitorização (Traçado Cardíaco + FC).

Em relação ao Sr. A.C. iniciou programa Center Based 4 Months (CB4M) no dia 06/09/2023, tendo iniciado com uma avaliação inicial relativamente ao parâmetros vitais, encontrando-se hemodinamicamente estável (TA: 88/57 mmHg, FC: 49 BPM, Sat: 100%), seguidamente foram avaliados os dados antropométricos (Altura- 171 cm, 68,5 Kg, P.Cintura 99Cm, % massa gorda 26,7, % massa muscular 47,7 Kg, massa óssea 2,6Kg), após esta avaliação, o utente foi submetido a uma prova de marcha de 6 minutos que consiste num teste que avalia a distância que um indivíduo é capaz de percorrer durante 6 minutos, recorrendo para isso a um percurso de 30 metros, é recomendado o uso de roupa e calçado adequado e confortável e os auxiliares de marcha são mantidos durante a prova (APFISIO, 2019, p.5). Neste teste, o utente conseguiu percorrer uma distância de 430m, apresentando um Borg de 0 no início da prova e de 2 no Final da prova, esta prova serve para se ter uma ideia da resistência atual do utente e para se realizar uma comparação com o final do programa e daí conseguir perceber se houve uma evolução positiva ou negativa. Após a prova de marcha foi submetido aos

testes de força muscular executados pela equipa de fisioterapia, onde foi possível ter noção da força muscular e flexibilidade do utente de modo a adaptar os treinos em futuras sessões. No final destas duas avaliações foram registados de novo os parâmetros vitais, encontrando-se na mesma hemodinamicamente estáveis (TA: 99/55 mmHg, FC: 59 BPM, Sat: 97%). Foi estabelecido ainda após a realização de prova de esforço cardio respiratória e patologia de base prévia ao programa que a frequência cardíaca de treino seria os 75-85 BPM e Frequência cardíaca máxima seria os 100BPM

O utente A.C. irá realizar 16 sessões de treino, porém por uma questão de tempo de ensino clínico e de sistematização de resultados, apenas irei colocar o resultado de 5 sessões de treino intervaladas, dado que durante a minha permanência apenas treinou 9 vezes.

Resultados das sessões:

1ª

Sessão

N.º SESSÃO	1	DATA	13/09	FC INICIAL	78	PA INICIAL	96/60	SPO2 INICIAL	96	FC FINAL	60	PA FINAL	102/54	SPO2 Final	94
Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICILETA ☐	CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS													
TEMPO	0	3	5	10	11	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
INTENSIDADE	2.6	2.6	2.6	2.6	6.1	6.3									
INCLINAÇÃO	0	0	0	0	A	A									
FC	78	84	95	90	83	93									
BORG	1	1	3	3	2	2									
DISTANCIA															
Notas	total => 416 m total => 2.0 km														

2ª Sessão

N.º SESSÃO	2	DATA	25/09	FC INICIAL	80	PA INICIAL	86/57	SPO2 INICIAL	95%	FC FINAL	50	PA FINAL	98/42	SPO2 Final	99%
Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICILETA ☐	CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS													
TEMPO	0	4	11	15	23	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
INTENSIDADE	2.8	3.2	3.3	3.5	3	3									
INCLINAÇÃO	1	1	1	1	1	1									
FC	83	82	80	84	84	84									
BORG	2	2	2	2	2	2									
DISTANCIA															
Notas	1500 m														

3ª Sessão

Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICILETA ☐	CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS													
TEMPO															
INTENSIDADE															
INCLINAÇÃO															
FC															
BORG															
DISTANCIA															
Notas	Não Treinou por FC 35-70 bpm														

4ª Sessão



N.º SESSÃO	7	DATA	9/10	FC INICIAL	52	PA INICIAL	95,55	SPO2 INICIAL	98%	FC FINAL	81	PA FINAL	80,69	SPO2 Final	97%
Tipo de treino	PASSADEIRA ☒ BICILETA ☐										CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS				
TEMPO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
INTENSIDADE	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
INCLINAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FC	66	78	82	84	88	90	90	80	84	81					
BORG	0	0	1	1	1	2	2	2	2	3					
DISTANCIA															
Notas															

5ª Sessão

N.º SESSÃO	9	DATA	16/10	FC INICIAL	76	PA INICIAL	121,58	SPO2 INICIAL	98	FC FINAL	71	PA FINAL	96,61	SPO2 Final	98
Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICILETA ☐										CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS				
TEMPO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
INTENSIDADE	35	4	4	4,5	4,5	4,5	4,5								
INCLINAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0								
FC	78	77	85	88	90	104	104								
BORG	0	0	1	1,5	1,5	3	3								
DISTANCIA															
Notas	Nível de hidratação durante o aquecimento. Não fez percursos aos 1º tempo 51 alterações														

Após analisar as sessões que escolhi para demonstrar a evolução do utente em questão, foi possível verificar que:

- Manteve-se sempre hemodinamicamente estável durante todas as sessões, à exceção da 5ª sessão de treino.
- Existiu uma evolução ao nível do cansaço relacionada com os exercícios de força muscular, passando de um Borg de 5 na 1ª sessão, para um Borg de 2 na 9ª sessão de treino, isto está relacionado com o aumento da resistência ao exercício por parte do utente, mas também de uma melhor perceção relativamente à leitura e interpretação da escala durante os treinos.
- Foi possível verificar também um aumento do número de exercícios por sessão, iniciando com 8 e aumentando posteriormente para 9.
- Relativamente ao treino aeróbio, também é possível perceber uma evolução ao nível do Borg passando de um Borg médio inicial de 2, para um Borg médio na 9ª sessão de 1
- Também é possível perceber que apesar de só ter reduzido 1 ponto na escala de Borg, a distância percorrida foi 4 vezes superior na última sessão que analiso, relativamente à primeira, passando de 416 metros para 2200 metros.
- Constata-se ainda que existiu sempre um aumento da dificuldade de sessão para sessão, aumentando na velocidade e na inclinação, porém foi mais incentivado o aumento da velocidade, devido ao cansaço nos membros inferiores que o utente referiu quando se aumentava a inclinação.

- A frequência cardíaca também se encontrou sempre dentro dos valores de treino, ultrapassando apenas 2 vezes a frequência cardíaca máxima definida pelo cardiologista, isso ocorreu porque uma vez que o utente se encontrava em Fibrilhação auricular a avaliação da FC com o movimento tornava-se por vezes desafiante.
- Por último a constatar que existiu uma sessão que o utente não realizou porque após colocação de telemetria o mesmo encontrava-se em bigeminismo, com frequências cardíacas na ordem dos 37-40 BPM. Foi informada a equipa médica que tomou conhecimento, tendo realizado ajuste terapêutico, nunca mais se verificando um novo evento. Verificamos ainda que quando aconteceu esta disritmia, o utente tinha começado primeiro no treino de força muscular tendo chegado ao treino aeróbio já muito cansado, optamos então por começar a partir daí sempre os treinos pela componente aeróbia e só posteriormente passar para o treino de força muscular.

7 - PLANO DE CUIDADOS

A realização deste plano de cuidados tem como principal objetivo operacionalizar os planos de enfermagem de reabilitação, com base nos focos de atenção, bem como sugerir intervenções a desenvolver de acordo com as alterações identificadas em cada foco avaliando a sua eficácia através do uso de escalas. Surge assim a necessidade de integrar a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado, de modo a planear registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação.

A linguagem CIPE pretende uniformizar a linguagem técnica de forma a poder ser suficientemente simples permitindo ser vista pelo enfermeiro no seu dia-a-dia, esta linguagem tem como objetivo ainda ser vasta de modo a servir múltiplos propósitos, bem como ser uma linguagem consistente com quadros de referência bem definidos, sendo sensível à variabilidade cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Deste modo foram identificados os seguintes focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no decorrer da elaboração do plano de reabilitação:

- Equilíbrio Corporal dinâmico comprometido;
- Nível de conhecimentos sobre hábitos de vida saudável comprometido
- Marcha comprometida relacionada com hipotonia muscular manifestado por claudicação na marcha



- Papel de Prestador de Cuidados comprometido

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(06-09-2023) Equilíbrio Corporal comprometido	Que o utente mantenha e melhore o equilíbrio corporal estático e dinâmico	Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico. Assistir o utente a promover o equilíbrio através do correto posicionamento e eliminação de posições viciosas. Realizar exercícios de fortalecimento muscular de modo a melhorar o equilíbrio estático e dinâmico Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente	Data: 06-09-2023 Avaliado equilíbrio segundo a escala de BERG, utente consegue manter equilíbrio estático e dinâmico, com apoio da esposa ou profissional de saúde. Realizado e incentivado reforço muscular passivo e ativo assistido, sem intercorrências, sempre com a participação do utente e cuidador Realizados ensinamentos sobre os corretos posicionamentos a adotar para manter o equilíbrio estático e dinâmico. Data: 25-09-2023 Utente apresentou evolução positiva relativamente ao equilíbrio estático, já se conseguindo suportar sem apoio de terceiros A prestadora de cuidados demonstrou conhecimentos sobre certos posicionamentos a realizar, bem como a promoção da recuperação do equilíbrio. Data: 16-10-2023 O Utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico, sendo possível a realização da caminhada na passadeira a uma velocidade superior sem qualquer tipo de desequilíbrio ou postura viciosa.



			A prestadora demonstra ter conhecimentos sobre a adoção de uma postura correta.
--	--	--	---

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(06-09-2023) Nível de conhecimentos sobre hábitos de vida saudável comprometido	Estimular a cuidadora e o utente relativamente à aquisição de conhecimentos sobre a patologia, cuidados a ter, gestão do regime terapêutico e estimular comportamentos de procura de saúde.	Avaliar o potencial para o conhecimento da utente e cuidadora Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde. Ensinar sobre os cuidados a ter na realização das AVD 's relacionado com o compromisso de movimentos induzido pela demência. Ensinar a auxiliar na realização da gestão do regime terapêutico farmacológico (cumprir a terapêutica prescrita de modo a não existir reações indesejadas, bem como controlar a dor e a correta monitorização da pressão da artéria pulmonar através do CardioMEMS).	Data: 06-09-2023 Realizados ensinamentos sobre os recursos existentes na comunidade para auxiliar nas atividades de vida diárias, porém cuidadora demonstra não necessitar Realizados ensinamentos sobre cuidados a ter na realização das AVD'S Realizados ensinamentos sobre a gestão do regime terapêutico de modo a controlar a dor, para realizar o programa de reabilitação cardíaca fase 2 com maior tolerância da utente e consequentemente mais ganhos para o utente. Realizados ensinamentos sobre necessidade de avaliação da pressão da artéria pulmonar recorrendo ao CardioMEMS diariamente, conforme recomendado. Data: 25-09-2023 O Utente apresentava dor controlada facilitando a realização do programa de reabilitação.



			O utente não necessitava de apoio da comunidade, sendo a cuidadora capaz de auxiliar no necessário O Utente demonstrava saber quais os cuidados necessários na realização das AVD 's A cuidadora referiu esquecimento na correta monitorização do CardioMEMS, sendo incentivado estratégias para evitar esquecimento. Data: 16-10-2023 Utente e cuidadora demonstram correta gestão do regime terapêutico e utilização correta do CardioMEMS. O Utente apresenta dor controlada e aspeto cuidado, mantendo a não necessidade de apoio por parte da comunidade.
--	--	--	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(06-09-2023) Marcha comprometida relacionada com hipotonia muscular manifestado por claudicação na marcha	Que o utente ganhe massa muscular de forma a reduzir a claudicação na marcha	Realizar exercícios de fortalecimento muscular passivos e ativos assistidos de modo a melhorar o tônus muscular. Realizar ensinamentos sobre os auxiliares de marcha existentes e a sua correta utilização	Data: 13-09-2023 Realizados exercícios de fortalecimento muscular ativos e ativos assistidos durante o treino Realizados ensinamentos sobre os auxiliares de marcha existentes, mas utente e cuidadora negam necessidade recusando qualquer auxiliar de marcha.

		Realizar ensinios sobre como deambular na passadeira mantendo a correta postura durante o treino. Instruir, treinar, assistir e incentivar o andar mantendo uma postura correta.	Data: 25-09-2023 A cuidadora demonstra conhecimentos sobre quais os exercícios musculares a realizar no domicílio, demonstrando capacidade de treinar o utente. Utente e cuidadora demonstravam ter realizado exercícios de reforço muscular de forma autónoma existindo evolução da marcha e força muscular Utente apresenta uma marcha eficaz mantendo equilíbrio ortostático com apoio de terceiros e na passadeira com apoio das barras laterais. Data: 16-10-2023 Utente e cuidadora demonstram realização de exercícios no domicílio. Utente apresenta um equilíbrio estático melhorado, conseguindo deambular de forma autónoma, apenas com supervisão, e já conseguindo andar na passadeira apenas com apoio unilateral.
--	--	--	--

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
(06-09-2023) Papel do prestador de cuidados comprometido	Que o prestador de cuidados adquira, demonstre conhecimentos e desenvolva estratégias para a prestação segura de cuidados ao utente	Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados relativamente aos cuidados a prestar Ensinar o prestador de cuidados sobre a gestão do regime	Data: 06-09-2023 O prestador de cuidados (esposa) esteve presente durante todas as sessões de treino, demonstrando sempre interesse e participação nos ensinios realizados no início do programa.

		terapêutico Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados sobre o equilíbrio corporal e movimento musculartoarticular (mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas). Avaliar e auxiliar o prestador de cuidados na agilização de contacto com os recursos da comunidade.	Data: 25-09-2023 Prestadora de cuidados demonstrou possuir conhecimentos necessários para prestar cuidados de qualidade e seguros relativamente à gestão do regime terapêutico e necessidade da correta utilização do CardioMEMS. Demonstra conhecimento sobre os recursos na comunidade mas recusa apoio. Data: 16-10-2023 Prestadora de cuidados demonstra conhecimento sobre os exercícios anaeróbios a realizar no domicílio. Mantém capacidade de gestão do regime terapêutico e medicamentoso
--	--	---	---

7 – CONCLUSÃO

Após a elaboração deste estudo de caso, foi possível perceber que os utentes do foro cardiovascular englobam praticamente todas as áreas de intervenção de enfermagem de reabilitação, área oste muscular, respiratória e cardíaca.

O utente que escolhi para estudo de caso foi um utente que foi alvo do programa de reabilitação cardíaca fase 2 em que foi possível trabalhar a componente da resistência (exercício aeróbio) em conjunto com a componente de força muscular. Foi um utente desafiante para treinar uma vez que tinha múltiplas condicionantes e comorbilidades que exigiam uma constante adaptação do programa de treino sessão após sessão. Outra das dificuldades que senti no decorrer deste programa foi o facto de adequar a exigência do treino à frequência cardíaca de treino e frequência cardíaca máxima, dado que uma vez

que o utente se encontrava em FA controlada (fibrilhação auricular) esta medição rigorosa era por vezes difícil de efetuar. Uma forma de contornar este obstáculo foi orientar o treino com base no BORG, sintomatologia associada e traçado cardíaco. Treinos decorreram sem intercorrências à exceção do treino suspenso por disritmias.

Foi ainda possível perceber como funcionam os diversos programas de fase 2 existentes e quando se aplicam os mesmos, mediante a patologia do utente, a sua capacidade de gestão do seu próprio treino no domicílio e a sua disponibilidade, foi ainda possível perceber como se gerem os treinos com utentes transplantados e quais os cuidados a ter.

Considero que foi um ensino clínico que contribuiu para a aquisição de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, uma vez que possibilitou trabalhar quer na componente prática, bem como na componente teórica e gestão da qualidade em serviço (Projeto de ensino componente teórica programa de reabilitação cardíaca fase 2 (Fatores de Risco Cardiovasculares - Apêndice 1).

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APFISIO. (2019). Instrumentos de medida em fisioterapia cardiorrespiratória. Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiorrespiratória da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Hermínia Castro, A. S. (Fevereiro de 2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem.

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6.o Editio). MO: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - Versão 2.0.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Pour-Ghaz, I., Hana, D., Raja, J., Ibebuogu, U. N., & Khouzam, R. N. (2019). CardioMEMS: where we are and where can we go? *Annals of Translational Medicine*, 7(17), 418–418. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.07.53>

ANEXOS

Anexo A - Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Escala-de-Coma-de-Glasgow-ECG-Fonte-COFEN_fig1_351764594

Anexo B - Índice de Barthel



Índice de Barthel	
Nome:	
Idade:	
Atividade	Pontuação
Alimentação	
0 = incapacitado	
5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc ou dieta modificada	
10 = independente	
Banho	
0 = dependente	
5 = independente	
Atividades Rotineiras	
0 = precisa de ajuda com higiene pessoal	
5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
Vestir-se	
0 = dependente	
5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer parte sozinho	
10 = independente (incluindo botões, zíper, laços, etc.).	
Controle esfinteriano (Intestino)	
0 = incontinente (necessidade de enemas)	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Controle esfinteriano (Bexiga)	
0 = incontinente, ou caracterizado e incapaz de manejo	
5 = acidente ocasional	
10 = continente	
Uso do Toilete	
0 = dependente	
5 = precisa de alguma ajuda parcial	
10 = independente (pentear-se, limpar-se, etc).	
Transferência (da cama para a cadeira e vice versa)	
0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado	
5 = necessita de muita ajuda, pode sentar	
10 = pouca ajuda (verbal ou física)	
15 = independente	
Mobilidade (em superfícies planas)	
0 = imóvel ou < 50 metros	
5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, >50 metros	
10 = caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) >50 metros	
15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	

Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/63589720/medida-de-independencia-funcional-mif>



Anexo C - Medida da Independência Funcional (MIF)

NÍVEL:

7 Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)

6 Independência modificada (recursos auxiliares)

Dependência Parcial

5 Supervisão

4 Mínima assistência (75%)

3 Moderada assistência (50%)

Dependente

2 Máxima assistência (25%)

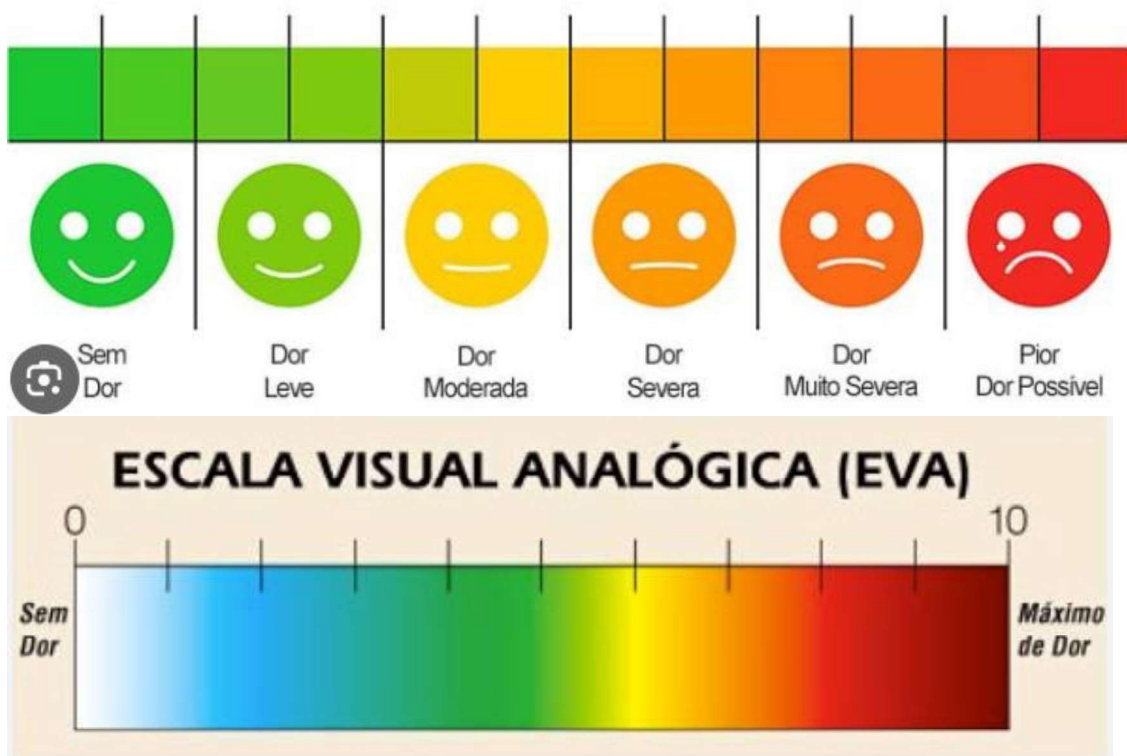
1 Total assistência (0%)

CATEGORIAS	PRÉ	PO
CUIDADOS PESSOAIS		
Alimentação		
Auto cuidado		
Banhar-se		
Vestir tronco superior		
Vestir tronco inferior		
Higiene íntima		
CONTROLE ESFINCTERIANO		
Controle vesical		
Controle intestinal		
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS		
Cama / cadeira / cadeira de rodas		
Banheiro		
Banho chuveiro / banheira		
LOCOMOÇÃO		
Andar / cadeira de rodas		
Escadas		
COMUNICAÇÃO		
Compreensão		
Expressão		
COGNITIVO SOCIAL		
Interação social		
Resolver problemas		
Memória		
TOTAL		

Fonte: <https://apkpure.com/escala-mif/com.pericles90.escalamif>



Anexo D - Escala Visual Analógica da Dor



Fonte: <https://cafisio.com.br/como-medir-a-dor/>



Anexo E - Escala de Berg (Equilíbrio)

Escala de Equilíbrio de Berg

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

*Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

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

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

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

5. TRANSFERÊNCIAS

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

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

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

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

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão

Fonte: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-sergipe/fisioterapia-em-reumatologia-e-geriatria/escala-de-equilibrio-de-berg/16926329>

Anexo F - Escala Modificada de Ashworth



ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
Classificação da Espasticidade	
Grau	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do *Modified Ashworth Scale*, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

Anexo G - Escala de Braden

Escala de Braden		
	PERCEÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Capacidade de dar resposta significativa ao desconforto, reação a estímulos.	Completamente limitado	1
	Muito limitado	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Grau em que a pele é exposta à humidade.	HUMIDADE	
	Constantemente húmida	1
	Muito húmida	2
	Ocasionalmente húmida	3
Grau de atividade física.	ATIVIDADE	
	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	MOBILIDADE	
	Completamente imóvel	1
	Muito limitado	2
	Significativamente limitado	3
Padrão de consumo alimentar habitual.	NUTRIÇÃO	
	Muito pobre (ou soro + de 5 dias)	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequado	3
Tensão exercida sobre a pele.	Fricção e forças de deslizamento	
	Problema	1
	Problema potencial	2
	Não aparenta nenhum problema	3

Nota: Quanto mais baixa for a sua pontuação maior o risco para desenvolver uma úlcera de pressão.

SUA PONTUAÇÃO

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

Anexo H - Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: <https://www.portalenf.com/2016/11/escala-risco-queda-morse/>



**Anexo I - Folheto exercício físico Nível 1 Reabilitação Cardíaca
fase 2**

RETORNO À CALMA

Para terminar o exercício físico e garantir que o corpo recupera do esforço desenvolvido.

Fazer 3 respirações profundas em cada uma das seguintes posições:



Elaborado por:
A equipa de Reabilitação Cardíaca
Data: 2019

REABILITAÇÃO CARDIACA

AQUECIMENTO

6 -10x cada movimento



FORTALECIMENTO MUSCULAR

Deve realizar 2 séries de 10 repetições de cada um dos exercícios descritos em baixo, no seu domicílio:





**Anexo J - Folheto exercício físico Nível 2 Reabilitação Cardíaca
fase 2**

RETORNO À CALMA

Para terminar o exercício físico e garantir que o corpo recupera do esforço desenvolvido.

Fazer 3 respirações profundas em cada uma das seguintes posições:



Elaborado por:
A equipa de Reabilitação Cardíaca
Data: 2019

REABILITAÇÃO CARDÍACA

AQUECIMENTO Nível 2

6 - 10x cada movimento



FORTALECIMENTO MUSCULAR

Deve realizar ___ séries de ___ repetições de cada um dos exercícios descritos em baixo, no seu domicílio:
PESO ___



**Anexo K - Folheto exercício físico Nível 3 Reabilitação Cardíaca
fase 2**

RETORNO À CALMA

Para terminar o exercício físico e garantir que o corpo recupera do esforço desenvolvido.

Fazer 3 respirações profundas em cada uma das seguintes posições:



Elaborado por:

A equipa de Reabilitação Cardíaca

Data: 2019

REABILITAÇÃO CARDIACA

AQUECIMENTO Nível 3

6 -10x cada movimento



FORTALECIMENTO MUSCULAR

Deve realizar ___ séries de ___ repetições de cada um dos exercícios descritos em baixo, no seu domicílio:
PESO ___





Anexo L - Folha registo de sessões exercício Reabilitação Cardíaca fase 2

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA – REGISTO DE SESSÕES DE EXERCÍCIO

Nome: _____
N.º Processo: _____
Telemóvel: _____

Patologia: CI ☐ IC ☐ IC com devices ☐ TAVI ☐ TEP ☐ Tx Cardíaco ☐

Devices: PM ☐ CDI ☐ CRT-D ☐ CRT-P ☐

Tipo de PRC: HB ☐ CB 3meses ☐ CB 4meses ☐

FC treino: _____ bpm FC máx: _____ bpm

Avaliação Inicial	Altura	Peso	BMC	P. cintura
Data ____/____/____	% massa gorda	Rg massa muscular	Rg massa gorda	Unif. Gordura visceral
Sinais Vitais Iniciais	PA	FC	SaO ₂	
Sinais Vitais Finais	PA	FC	SaO ₂	
Levantar e sentar	PMSMin			
Flexão do Antebraço	Borg I: Borg F: N.º voltas: Metros percorridos:			
Levantar, andar 2,44 e voltar a sentar				
Sentar e Alcançar esq/tdo				
Alcançar atrás das costas esq/tdo				

Avaliação Final	Altura	Peso	BMC	P. cintura
Data ____/____/____	% massa gorda	Rg massa muscular	Rg massa gorda	Unif. Gordura visceral
Sinais Vitais Iniciais	PA	FC	SaO ₂	
Sinais Vitais Finais	PA	FC	SaO ₂	
Levantar e sentar	PMSMin			
Flexão do Antebraço	Borg I: Borg F: N.º voltas: Metros percorridos:			
Levantar, andar 2,44 e voltar a sentar				
Sentar e Alcançar esq/tdo				
Alcançar atrás das costas esq/tdo				

N.º SESSÃO ____ DATA ____/____/____ FC INICIAL ____ PA INICIAL ____/____ SPO2 INICIAL ____ FC FINAL ____ PA FINAL ____/____ SPO2 Final ____

Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICLETA ☐	CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS _____	TREINO DE FORÇA		
TEMPO			EXERCÍCIOS	N.º SÉRIES / REPS	BORG MAX
INTENSIDADE					
INCLINAÇÃO					
FC					
BORG					
DISTANCIA					
Notas					

N.º SESSÃO ____ DATA ____/____/____ FC INICIAL ____ PA INICIAL ____/____ SPO2 INICIAL ____ FC FINAL ____ PA FINAL ____/____ SPO2 Final ____

Tipo de treino	PASSADEIRA ☐ BICLETA ☐	CONTINUO ☐ INTERVALADO ☐ N.º PICOS _____	TREINO DE FORÇA		
TEMPO			EXERCÍCIOS	N.º SÉRIES / REPS	BORG MAX
INTENSIDADE					
INCLINAÇÃO					
FC					
BORG					
DISTANCIA					
Notas					



Anexo M - Folha doentes em programa Reabilitação Cardíaca fase 2

Doente em programa de Reabilitação Cardíaca – fase 2

	2.ª feira 16-10-2023	3.ª feira 17-10-2023	4.ª feira 18-10-2023	5.ª feira 19-10-2023
13h30 às 15h Tx cardíacos				
15h às 16h30				



**Anexo N - Folha de avaliação Inicial em programa de Reabilitação
Cardíaca fase 2**



Dados Antropométricos

Peso (kg)	Altura (m)	IMC (kg/m ²)	Perímetro Abdominal (cm)

Fatores de Risco CV

Tensão Arterial	- Identifica o FR? ☐ - Conhece os seus valores? ☐ - Frequência de avaliação ☐ - Recebe HFA? ☐ medicada ☐ controlada ☐
Dislipidemia	- Identifica o FR? ☐ - Conhece os seus valores? ☐ - Frequência de avaliação ☐ - Medicada ☐ Controlada ☐
Diabetes Mellitus	- Identifica o FR? ☐ - Conhece os seus valores? ☐ - Frequência de avaliação ☐ - Medicada ☐ Controlada ☐ - Acompanhamento / Seguido em: ☐
Tabagismo	- Identifica o FR? ☐ - Fumador de quantos cigarros / dia: ☐ Carga tabágica ☐ anos maço ☐ - Fuma outras substâncias ☐ - Já tentou deixar de fumar? ☐ Que estratégias ☐ - Há quanto tempo não fuma? ☐ - Interessa na cessação tabágica ☐
Sedentarismo	- Identifica o FR? ☐ - Prática exercício físico? ☐ - Frequência do exercício físico ☐
Fatores psicológicos	- Identifica o FR? ☐ - História de ansiedade ☐ medicada ☐ controlada ☐ - História de depressão ☐ medicada ☐ controlada ☐ - Em situações de ansiedade / stress como controla? ☐
Padrão Alimentar	- Identifica o FR? ☐ - Consome todos os grupos alimentares ☐ - Qual o maior erro que identifica na sua alimentação? ☐ - Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas por dia ☐

Instrumento utilizado para a estratificação de risco cardiovascular:

Baixo risco ☐
Risco Médio ☐
Alto Risco ☐

Observações:

Avaliação Inicial de Utente
em Programa de
Reabilitação Cardíaca

Etiqueta de identificação do utente

N.º de Reabilitação:
Data de início de reabilitação: / /
Enfermeiro (EEER):

Reabilitação Cardíaca FASE 1 – Intra-Hospitalar

Doença cardíaca

EAMI/CSST	HFDC
EAMI/SSST	DPOC
EAMI anterior	IRC
EAMI inferior	Asma
EAMI lateral	D. carotídea
EAMI prévio	DAP
PCR	D. osteoart. / muscular
DC 1v	D. respiratória
DC 2v	Epilepsia
DC 3v	Hipertensão
DC TC	Outra (especificar)
PCI primária	
Dis (VE)	
PCI prévia	
CABG prévia	
PMD	
CDI / CRT	
D. Valvular	

Antecedentes Pessoais

HFDC
DPOC
IRC
Asma
D. carotídea
DAP
D. osteoart. / muscular
D. respiratória
Epilepsia
Hipertensão
Outra (especificar)

Sinais e Sintomas

Arritmias Auriculares
Arritmias Ventriculares
Bradicardia Sinusal
Taquicardia Sinusal
Hipertensão arterial
Hipotensão arterial
E.dema
Claudicação
Angor
Precordialgia atípica
Tonturas
Palitações
Dispneia em repouso
Dispneia em esforço
Ortopneia
Sob. oxigénio capilar
l/m por
Outros (especificar)

Análises Laboratoriais

Data	CX	tropomina	PCR	Trigl.	Coolest.	Glicémia	Hg	GSA

Anexo O - Folheto do dia Verde

Dicas para o dia verde, isto é o dia da semana onde não se come nem carne, nem peixe nem ovos ou laticínios. Produtos processados são expressamente proibidos tal como salsichas, bacon, presunto, fiambre, enchidos, bolachas, croissants, pastelaria diversa, batatas fritas, etc.

Quanto mais dias por semana fizer deste dia mais benefício irá obter a vários níveis, nomeadamente na saúde cardiovascular em geral e perda de peso.

Dia Verde!!

Pequeno Almoço

- Fatia de pão integral, torrado com:
- Abacate ou pasta de azeitona (feita em casa)
- Tomate (cherry) e/ou rúcula, espinafres, etc



Oregãos, coentros, salsa

Fio de azeite

Pode ainda por um pouco de compota numa pequena porção de fatia de pão integral ou manteiga de frutos secos (100% amêndoa, avelas, amendoins).

- Fruta

- Chá, café ou cevada com canela e se necessitar pingar com um pouco de leite vegetal

ou

- Taça de cereais integrais como por exemplo:

- Aveia (flocos finos pronto a comer) ou farelo, milho (sem açúcar)
- 1 a 2 peças de fruta (maça, kiwi, pera, papaia, manga, banana, frutos vermelhos, etc)
- Um punhado de frutos secos (nozes, amêndoas, avelãs)
- 1 a 2 colheres de sopa de farinha de linhaça e 1 a 2 colheres de sopa de sementes de chia; pode ainda por uma a 2 colheres de chá de sementes de girassol, sésamo ou abóbora
- 1 a 2 colheres de chá de canela ou cevada ou cacau cru ou farinha de alfarroba, etc. para aromatizar a mistura
- Água (pode juntar leite ou iogurte vegetal) e deixar humedecer bem os cereais e as sementes (+/- 2 a 3 minutos)

- Chá, café ou cevada. Pode aromatizar com meia colher de café de canela (ou pau de canela que poder reutilizado várias vezes) ou se necessitar pingar com um pouco de leite vegetal

Almoço

- Sopa

Verdes → couve, brócolos, espinafres, agriões

Leguminosas → Feijão, grão, lentilhas, favas ou ervilhas

- Prato principal

1/3 (divisão do prato)

Legumes salteados

Azeite, cebola, alho

Verdes (vários), cogumelos, abóbora, curgete, pimento, etc.

Molho tomate, leite de coco, mostarda, pesto (cuidado com sal/queijo)

Ervas aromáticas, especiarias (várias)

1/3 (divisão do prato)

Leguminosas

Feijão, grão, lentilhas, favas, ervilhas, grão de soja

1/3 (divisão do prato)

Amido (acompanhamento)

Arroz integral, grão de cevada ou aveia integral, quinoa, bulgur, amaranto, massa integral, batata ou batata doce



- Salada fresca

Alface (ou rúcula, espinafres), tomate, pepino, milho, cenoura ralada, beterraba crua ralada, couve ralada (roxa, flor, lombardo, etc.)

Tempero



- Fruta

Jantar

- Sopa e fruta ou salada (ingredientes descritos acima + abacate/azeitonas, sementes, frutos seco, eventualmente grão cozido, fruta)
- Chá de ervas

- Pode ainda comer se necessário um punhado de frutos secos e/ou fruta desidratada como figos, alperces, ameixa ou tâmara

Notas gerais:

- deve comer pelo menos 10 porções de vegetais (6 a 7) e fruta (3 a 4) por dia sendo que uma sopa é uma porção, uma fruta é uma porção, etc.
- deve comer uma pequena porção de frutos vermelhos por dia como os mirtilos, framboesa ou morangos
- deve comer 3 porções de leguminosas por dia
- deve comer 1 porção de vegetais crucíferos (couves/brócolos) por dia
- deve comer 1 porção (1 a 2 colheres de sopa, ~20 g) de farinha de linhaça por dia
- deve beber 3 canecas de chá por dia - ervas várias como cidreira, camomila, hibiscos, chá verde (cuidado com cafeína), etc.
- usar e abusar das ervas aromáticas e das especiarias como curcuma (açafrão das índias ou da terra – pode ser em pó ou em forma natural (tubérculo)), cravinho da índia, pimenta preta (deve ser juntado à curcuma), malaguetas, canela, etc
- deve cumprir jejum noturno de pelo menos 12h, idealmente de 13 a 14 horas (cuidado quem toma medicação para diabetes)
- se cumprir metade da semana com este regime deve fazer suplementação em vitamina B12
- peça mais informações ao seu médico assistente

Anexo P - Questionário Consulta Reabilitação Cardíaca



Consulta de Reabilitação Cardíaca

Caro utente, de forma a realizarmos uma avaliação das suas necessidades e, consequentemente, lhe conseguirmos proporcionar os melhores cuidados, necessitamos de lhe colocar algumas questões.

Nas páginas seguintes deve responder a todas as questões.

Leia com atenção.

Obrigada pela sua colaboração!

Nome: _____

Data: __/__/__

Processo _____



Leia com atenção e assinale com um círculo a resposta que mais se adequa a si

Durante os **ÚLTIMOS 14 DIAS**, em quantos foi afetado/a pelos seguintes problemas?

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0	1	2	3
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupei-me demais com diferentes assuntos	0	1	2	3
4. Tive dificuldade em relaxar	0	1	2	3
5. Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a	0	1	2	3
6. Estive facilmente incomodado/a ou irritável	0	1	2	3
7. Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3

A preencher pela equipa,

GAD-7 Score total ____ (0x ____ + 1x ____ + 2x ____ + 3x ____)

(5-9 – Leve; 10-14 – Moderada; ≥15 Severa)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que faça uma cruz (X) no círculo à resposta que melhor descreve a forma COMO SE TEM SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA.

1	<i>Sinto-me tenso/a ou nervoso/a</i>	☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	3 2 1 0
2	<i>Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar</i>	☐ Tanto como antes ☐ Não tanto agora ☐ Só um pouco ☐ Quase nada	3 2 1 0
3	<i>Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer</i>	☐ Sim e muito forte ☐ Sim, mas não muito forte ☐ Um pouco, mas não me aflige ☐ De modo algum	3 2 1 0
4	<i>Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas</i>	☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Muito menos agora ☐ Nunca	0 1 2 3
5	<i>Tenho a cabeça cheia de preocupações</i>	☐ A maior parte do tempo ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Quase nunca	0 1 2 3
6	<i>Sinto-me animado/a</i>	☐ Nunca ☐ Poucas vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase sempre	3 2 1 0
7	<i>Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)</i>	☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	3 2 1 0
8	<i>Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar</i>	☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	3 2 1 0
9	<i>Fico de tal forma apreensivo(a) / com medo, que até sinto um aperto no estômago</i>	☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre	0 1 2 3
10	<i>Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico</i>	☐ Completamente ☐ Não dou a atenção que devia ☐ Talvez cuide menos que antes ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre	3 2 1 0



11	<i>Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)</i>	☐ Muito ☐ Bastante ☐ Não muito ☐ Nada	3 2 1 0
12	<i>Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro</i>	☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Bastante menos agora ☐ Quase nunca	0 1 2 3
13	<i>De repente, tenho sensações de pânico</i>	☐ Muitas vezes ☐ Bastantes vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	3 2 1 0
14	<i>Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão</i>	☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Poucas vezes ☐ Quase nunca	0 1 2 3

A preencher pela equipa,

HADS Score:

• Depressão soma questão 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14: _____

• Ansiedade soma questão 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13: _____

(0 a 7 - Improvável; 8 a 11 - Possível; 12 a 21 - Provável)

Leia com atenção e assinale com um círculo (○) a resposta que mais se adequa a si

Durante os ÚLTIMOS 14 DIAS, em quantos foi afetado/a pelos seguintes problemas?

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitada/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

Se indicou ALGUNS problemas, até que ponto é que eles DIFICULTAM o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não dificultam

☐

Dificultam um pouco

☐

Dificultam muito

☐

Dificultam extremamente

☐

A preencher pela equipa,

PHQ-9 Score total (____ + ____ + ____ + ____) / ____

(0 a 4: ausência; 5 a 9: leve; 10 a 14: moderada; 15 a 19: moderadamente grave; 20 a 27: grave)

5 de 9

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia alimentar. Diga,
por favor:

1	Utiliza azeite como principal gordura para cozinhar?	Sim ou Não
2	Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo a gordura utilizada para fritar, refeições fora de casa, temperar saladas, etc.)?	_____ colheres de sopa
3	Quantas porções de produtos hortícolas vegetais/legumes/hortaliças consome por dia? (1 porção corresponde a 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	_____ porções por dia
4	Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	_____ peças de fruta por dia
5	Quantas porções de carne vermelha (vaca, vitela, porco, borrego, cabrito), hambúrgueres ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção corresponde a 100-150g)	_____ porções por dia
6	Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção corresponde a 12g)	_____ porções por dia
7	Quantas bebidas açucaradas e/ou gaseificadas (refrigerantes, sumos, etc.) bebe por dia?	_____ bebidas por dia
8	Bebe vinho? Quantos copos de vinho consome por semana?	_____ copos por semana
9	Quantas porções de leguminosas, isto é, feijão ou grão, consome por semana? (1 porção corresponde a 150g).	_____ porções por semana
10	Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção corresponde a 100-150g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g marisco)	_____ porções por semana
11	Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos ou pastéis?	_____ x por semana
12	Quantas vezes por semana consome frutos secos gordos (nozes, amêndoas, amendoins)? (1 porção equivale a 30g)	_____ porções por semana
13	Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsichas?	Sim ou Não
14	Quantas vezes por semana consome massa, arroz, hortícolas cozidos (vegetais/legumes/hortaliças), ou outros pratos confeccionados com um estufado/refogado (molho à base de tomate, alho, cebola, alho-francês e azeite)?	_____ x por semana



Por baixo de cada título, assinale com uma cruz (X) no círculo que descreve melhor
COMO A SUA SAÚDE ESTÁ HOJE:

MOBILIDADE

- ☐ Não tenho problemas em andar
- ☐ Tenho problemas ligeiros em andar
- ☐ Tenho problemas moderados em andar
- ☐ Tenho problemas graves em andar
- ☐ Sou incapaz de andar

CUIDADOS PESSOAIS

- ☐ Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- ☐ Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- ☐ Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- ☐ Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- ☐ Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ATIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades
domésticas, atividades em família ou de lazer)

- ☐ Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- ☐ Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- ☐ Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

DOR/MAL-ESTAR

- ☐ Não tenho dores ou mal-estar
- ☐ Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- ☐ Tenho dores ou mal-estar moderados
- ☐ Tenho dores ou mal-estar graves
- ☐ Tenho dores ou mal-estar extremos



ANSIEDADE/DEPRESSÃO

- ☐ Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- ☐ Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a



Gostaríamos de saber o QUANTO A SUA SAÚDE ESTÁ BOA OU MÁ HOJE

A escala está numerada de 0 a 100.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar.

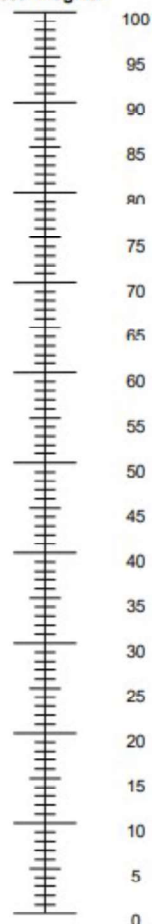
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A preencher pela equipa,

EQ-5D-5L Score total ____/____%

A pior saúde que
possa imaginar

**APÊNDICE III - NORMA DE PROCEDIMENTO DE
ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS
DE PRESSÃO - SEGURANÇA E QUALIDADE**



	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex-PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

1 OBJETIVO

- Descrever as estratégias e posicionamentos a adotar para prevenir as lesões causadas por pressão bem como perceber os principais diagnósticos de enfermagem alterados.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Procedimento a adotar aquando da realização de Visitas domiciliárias (VD), mediante necessidade, por parte da equipa de enfermagem do serviço UCC Integrar na Saúde.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Equipa de Enfermagem UCC Integrar na Saúde

3.2 Pela revisão do procedimento: ECCI da UCC Integrar na Saúde

4 DEFINIÇÕES

As **Úlceras por Pressão**, são definidas como uma lesão localizada na pele ou tecido subcutâneo, resultante de aplicação de forças de pressão e/ou cisalhamento. Normalmente ocorrem em zonas de proeminências ósseas (calcâneos, região sagrada, entre outros). Existem múltiplos fatores responsáveis pelo aumento de pressão em certas zonas do corpo que levam conseqüentemente à formação de lesões feridas, tais como: o peso do doente, o estado nutricional, a idade, comorbilidades, a pressão originada por algum dispositivo médico, o facto do doente permanecer na mesma posição durante um longo período de tempo, ou uma combinação destes fatores.

Apesar de tal como supracitado, existem diversos fatores que contribuem para o aparecimento destas lesões, o principal fator continua a ser a imobilidade no leito que é

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		1/6

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex-PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

responsável pela aplicação contínua de pressão numa zona, habitualmente de proeminência óssea, que leva ao aparecimento destas lesões.

De modo a evitar estes longos períodos na mesma posição, torna-se fundamental o reposicionamento do doente, bem como o uso de dispositivos que permitam o alívio de pressão. Habitualmente em indivíduos saudáveis, o estímulo doloroso causado pela permanência na mesma posição durante algum tempo é suficiente para que o indivíduo se mobilize de forma autónoma, mas isso nem sempre acontece, sendo fundamental a ajuda de terceiros (equipa de enfermagem e prestador de cuidados) para que essa mobilização ocorra.

A evidência científica mais recente aponta-nos com elevado nível de evidência, que cada doente deve ter um plano individualizado de posicionamentos mediante a condição clínica e o grau de inatividade, nesse plano deve ser estabelecido o período de mudança de decúbito bem como os dispositivos de alívio de pressão a utilizar.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP – Úlceras por pressão

6 DESCRIÇÃO

Relativamente à prevenção de úlceras por pressão existem 3 pilares fundamentais a ter em consideração, são estes, a vigilância da pele e mucosas, a existência de um plano de posicionamentos individualizado e a utilização de dispositivos de alívio de pressão.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		2/6

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

Abordando a vigilância da pele e mucosas há necessidade de manter a pele limpa e devidamente hidratada, não deixar a pele suja, ou seja, realizar limpeza após episódios de incontinência e utilizar produtos com elevada capacidade de absorção, diminuindo a humidade da pele envolvente, pois esses episódios aumentam a maceração dos tecidos e proteger a pele com produtos barreira mediante necessidade, bem como a utilização de tecidos com baixo coeficiente de fricção.

Ao formular um plano de posicionamentos individualizado, deve-se incluir logo a utilização de dispositivos de alívio de pressão, relativamente ao horário de posicionamento este varia mediante a condição clínica da pessoa e o tipo de colchão, demonstrando-nos a evidência que este posicionamento deve ocorrer a cada 2 horas em colchões "normais" e a cada 4 horas em colchões de espuma viscoelástica ou de pressão alternada. Os posicionamentos devem ainda ter em conta o nível de atividade e mobilidade, a condição clínica geral, a condição da pele e o conforto. Deve-se evitar ainda assim qualquer posicionamento, bem como a aplicação de forças de cisalhamento, independentemente do tempo de permanência, sob proeminências ósseas que apresentem um entente não branqueável.

Outros aspetos a ter em conta aquando da realização de posicionamentos são, não deixar por baixo do doente qualquer dispositivo médico, seja este algum tubo, prolongamento, sistema de drenagem, objetos estranhos (mais comum em contexto domiciliário), ou dobras resultantes da manipulação dos lençóis, utilizar uma inclinação de 30º nas posições laterais, incentivar o indivíduo quando possível a dormir com a cabeça a 30/40º ou então a 0º quando a condição clínica assim o permite. No caso de doente que necessitem da cabeça elevada, a melhor posição a adotar será o semi-fowler, sendo para isso necessário o apoio correto de forma a que o doente não deslize na cama evitando assim a criação de forças de cisalhamento.

Por último relativamente ao uso de dispositivos médicos para a prevenção destas lesões, a evidência descreve que não se deve utilizar dispositivos em forma de anel quando o doente está em posição de sentado, pois estas "almofadas" criam uma elevada pressão nos tecidos envolventes, podendo danificar os mesmos. Dispositivos como luvas de água ou almofadas em

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/8

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

pele de carneiro, não estão também recomendados pois está provado que têm limitações na elevação dos calcâneos.

Os dispositivos a utilizar principalmente para prevenção de UPP serão:

- Almofadas de tecido simples
- Rolos para elevação dos calcâneos
- Colchões de pressão alternada
- Colchões de espuma viscoelástica
- Transfer para mobilização do doente, evitando forças de cisalhamento

Focos de Intervenção e intervenções que gerem diagnósticos de enfermagem:

Focos de Intervenção:

1. Úlcera de Pressão
2. Características da Pele
3. Maceração
4. Ingestão Nutricional
5. Desidratação

Intervenções:

1. Avaliar o risco de UP na 1ª Visita Domiciliária e semanalmente (Escala de Braden)
2. Avaliar Pele
3. Avaliar Maceração
4. Avaliar Ingestão Nutricional / Risco de ingestão Nutricional
5. Avaliar desidratação / Risco de Desidratação
6. Avaliar capacidade para melhorar a capacidade do próprio / prestador de cuidados na prevenção de UPP e desidratação.

são critérios de exclusão para a aplicação da escala de Braden, portadores de doença mental, doentes em situação de apoio em ambulatório em que não está previsto internamento superior

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		4/8



	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

ou igual a 24h, a menos que exista alteração no estado clínico do doente, e por último, portadores de patologia em que esteja implícito risco de automutilação.

Registos

Todos os resultados obtidos através da aplicação de escalas, bem como as restantes avaliações efetuadas (risco de maceração, pele, ingestão nutricional e desidratação) devem ser registados no processo clínico. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliada **semanalmente** em cuidados domiciliários.

ELABORAÇÃO	
Enfermeira Natacha Sousa Coordenadora da UCC	_____
CCS	_____
Direção Executiva	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS
		5/8

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO REGISTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – SEGURANÇA E QUALIDADE		

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Catarina Vieira, C. C. (2014). *Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: A qualidade dos cuidados na prevenção, monitorização e registo de úlceras de pressão no CHMT*. Lisboa: Centro Hospitalar do Médio Tejo.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, N. P. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. Europe: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

Yashchuk, S. (2019). *Estratégias na prevenção de úlceras por pressão: Revisão integrativa da Literatura*. Porto: FMUP.

Ribeiro, Faria & Ventura (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (pp. 58-65). Lisboa: Lidel.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS
		6/8

APÊNDICE IV - COMPONENTE TEÓRICA REABILITAÇÃO CARDÍACA FASE 2 (FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES)

Programa de Reabilitação Cardíaca Fase 2

Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV)

Em que consiste este módulo?

Descrever e identificar os fatores de risco cardiovasculares;

Identificar de que forma podem afetar a saúde;

Identificar os mecanismos ou estratégias para combater ou prevenir o seu agravamento.



FRCV N1 - Tabagismo

Afeta o organismo como um todo, sendo responsável por inúmeras patologias, (patologias do foro cardiovascular). Estima-se que um fumador ao longo da vida tenha 50% de probabilidade de morrer por doença relacionada com o tabaco e que em média perderá 10 anos de vida. O risco de doença cardiovascular em fumadores com menos de 50 anos é 5 vezes superior ao de um não fumador. (+ Coração + Vida. 2022)

Após um evento cardíaco isquémico (Enfarte Agudo do Miocárdio- EAM) o risco de ter novo EAM se tiver existido cessação tabágica diminui de 30% para 10%

FRCV N1 - Tabagismo (Fatores precipitantes)



STRESS



FRCV N1 - Tabagismo (Cessação Tabágica)

No Hospital de Santa Marta existe disponível a consulta de cessação tabágica, para ter acesso a tal, basta falar com o seu médico cardiologista ou enfermeiro que o acompanha durante o programa de reabilitação cardíaca fase 2 e pedir agendamento de consulta de cessação tabágica.

Nesta consulta são desenvolvidas estratégias para eliminar este FRCV, (apenas a consulta de cessação tabágica ou então associado a uma equipa multidisciplinar (Ex. Psicologia)).



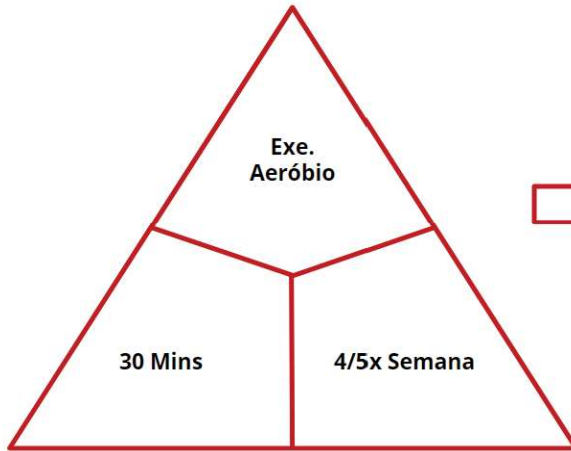
FRCV N2 - Sedentarismo



Atividade com gasto de energia < 1,5METS

A realização de atividade física de forma regular reduz significativamente o risco de Doença Cardiovascular e, é fundamental no controlo de outros FRCV, tais como: a Diabetes, o Colesterol ou a Hipertensão Arterial.

FRCV N2 - Sedentarismo (Atividade Física)



- Passada consistente
- Horas Agradáveis
- Evitar longos períodos de inatividade

FRCV N2 - Sedentarismo (Atividade Física- Sugestões)



FRCV N3 - Hipertensão Arterial

Hipertensão Arterial: nível de pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e diastólica superior a 90mmHg.

Quando esta não está controlada, contribui de forma silenciosa para lesões no coração e outros órgãos.

Possíveis Sequelas:

AVC

Retinopatia
Hipertensiva

Aneurismas

Insuficiência
Cardíaca

Aterosclerose

Demência
Vascular

EAM

Insuficiência
Renal

FRCV N3 - Hipertensão Arterial (Primária e Secundária)

A Hipertensão arterial pode ser **primária**, não tem causa definida. Pode ter origem genética ou pode surgir devido ao estilo de vida, como má alimentação, excesso de peso e sedentarismo.

A hipertensão **secundária**, é causada por outra condição ou doença pré existente, como causas iatrogênicas, lesões renais etc...

FRCV N3 - Hipertensão Arterial (Primária e Secundária)

Estima-se que em Portugal existam 2 milhões de Hipertensos, sendo que:

- Apenas 50% sabe que tem esta patologia;
- Desses 50%, apenas 25% se encontra medicado;
- Dos 25% medicados, apenas 11% tem efetivamente a tensão arterial controlada.

FRCV N3 - Hipertensão Arterial (Controlo da doença)

É muito importante, avaliar regularmente a tensão arterial, de modo a conseguir ter uma vigilância constante que permite validar o efeito da medicação prescrita, deve **avaliar a sua tensão arterial 1x por dia.**

Para controlar a pressão arterial é fundamental adaptar o estilo de vida, realizando **alterações na dieta e associar o exercício físico.**

FRCV N3 - Hipertensão Arterial (Controlo da doença)

Se lhe for prescrito algum fármaco que lhe causa algum efeito adverso, **não suspenda antes de contactar primeiro o seu médico** cardiologista, pois o mesmo tem que lhe arranjar uma alternativa, não podendo subitamente deixar de tomar a terapêutica..

FRCV N3 - Dislipidémia

De acordo com a fundação Portuguesa de Cardiologia, Dislipidemia é o termo usado para designar qualquer alteração a nível de quantidade ou qualidade das gorduras (lipídios) no sangue (Triglicéridos, colesterol, ambos, ou baixo HDL)

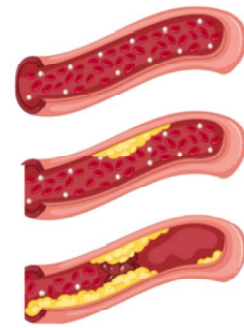


<https://www.youtube.com/watch?v=LtXluqOJFVQ>

FRCV N3 - Dislipidémia (Aterosclerose)

A dislipidémia, é um dos fatores mais importantes no desenvolvimento de aterosclerose

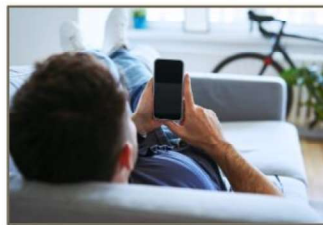
Aterosclerose: Acumulação de colesterol nos vasos sanguíneos que leva à sua obstrução e consequente défice de oxigenação dos tecidos.



FRCV N3 - Dislipidemia (Causas)



OBESIDADE



SEDENTARISMO



GORDURAS

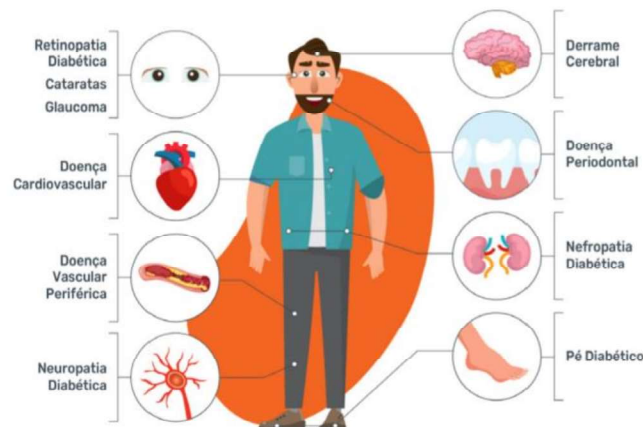
FRCV N3 - Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) ocorre quando o nosso pâncreas não é capaz de produzir insulina em quantidade suficiente ou quando esta não atua de modo eficaz.

Quando a insulina não atua, o organismo entra em hiperglicemia ocorrendo a destruição de vasos sanguíneos.

É uma doença complexa cujas implicações para a saúde do indivíduo vão para além das alterações nos valores de glicémia.

FRCV N3 - Diabetes Mellitus (Complicações)





Bibliografia

+ Coração + Vida. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* (1ª Edição) [Review of *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*].

APÊNDICE V - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LMERT



**Programa de Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas
relacionadas com o trabalho**

Elaborado por:
Enf. Francisco Gregório

1 - Identificação do problema

1.1 - Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)

As (LMERT) são o problema mais comum relacionado com o trabalho na Europa, cerca de 24% dos trabalhadores dizem sofrer de lombalgias e 22% queixam-se de lesões musculares.

Este tipo de lesões não só causam sofrimento e perda de rendimento, como também acarretam custos para as empresas, afetando ainda a economia nacional.

Estas lesões são caracterizadas como lesões de origem profissional em estruturas orgânicas, como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos, ossos, entre outros. A maioria destes problemas surgem por acumulação de esforços repetidos, que podem ser mais ou menos intensos num período de tempo mais ou menos prolongado, não podemos deixar de parte os eventos agudos também causados em contexto laboral.

É possível prevenir estas lesões através da realização de uma avaliação das tarefas desempenhadas pelo trabalhador, adotando medidas preventivas e realizando um controlo contínuo de modo a verificar a eficácia dessas medidas.

1.2 - Fatores que contribuem para as LMERT

Existem diversos fatores que contribuem para as LMERT, entre eles fatores físicos, biomecânicos, organizacionais e psicossociais, individuais e pessoais. Estes fatores podem surgir de forma individualizada ou em simultâneo.

Fatores organizacionais e psicossociais:

- trabalho exigente, falta de controlo sobre as tarefas executadas, baixos níveis de autonomia;
- baixos níveis de satisfação com o trabalho;
- trabalho monótono, repetitivo, executado a um ritmo rápido;
- falta de apoio por parte dos colegas, dos supervisores e das chefias.

Fatores individuais:

- antecedentes clínicos;
- capacidade física;
- idade;
- obesidade;
- tabagismo.

Fatores físicos:

- aplicação de força, por exemplo, levantar, transportar, puxar, empurrar, utilização de ferramentas;
- movimentos repetitivos;
- posturas forçadas ou estáticas, por exemplo, mãos acima do nível dos ombros ou posição sentada ou de pé durante muito tempo;
- compressão localizada exercida por ferramentas ou superfícies;
- vibrações;
- frio ou calor excessivos;
- iluminação deficiente susceptível, por exemplo, de causar um acidente;
- elevados níveis de ruído, susceptíveis de causar tensão física.

Figura 1 - Fatores que contribuem para as LMERT

1.3 - Estratégias de prevenção de LMERT

De modo a conseguir dar resposta ao aparecimento destas lesões é necessário estar desperto para o facto de ser necessário uma abordagem multidisciplinar, pois este trabalho não assenta só na prevenção, mas também na manutenção da atividade, reabilitação e reintegração dos trabalhadores que já sofrem de alguma patologia que afete a qualidade no trabalho.

Caixa 2: Combater as lesões músculo-esqueléticas: a abordagem europeia (*)

Prevenção das lesões músculo-esqueléticas (*):

- evitar os riscos de lesões músculo-esqueléticas
- avaliar os riscos que não podem ser evitados
- combater os riscos na origem
- adaptar o trabalho ao homem
- adaptação à evolução tecnológica
- substituir o que é perigoso pelo que é seguro ou menos perigoso
- conceber uma política global de prevenção coerente, que abranja todas as cargas exercidas sobre o corpo
- privilegiar as medidas de protecção colectivas relativamente às medidas de protecção individual
- dar instruções adequadas aos trabalhadores.

Manter em actividade os trabalhadores que sofrem de lesões músculo-esqueléticas:

- proporcionar possibilidades de reabilitação
- reintegração dos trabalhadores que sofrem ou sofreram de lesões músculo-esqueléticas.

Figura 2 - Como combater as LMERT

Como é possível observar na figura 2, a maior estratégia para prevenir as LMERT, será assente em dois grandes pilares, são estes, a avaliação e a substituição, ou seja, deve-se avaliar o cenário real existente em cada ambiente de trabalho, identificando assim os riscos que não podem ser evitados e identificando também aqueles que carecem de alguma atenção de forma a serem minimizados. Após esta identificação, o meio laboral deve ser adaptado de forma a permitir a ergonomia, privilegiando medidas de proteção e substituindo o que for necessário de modo a eliminar o risco real ou relativo.

Relativamente aos trabalhadores que já possuem alguma lesão orgânica relacionada com o trabalho, estes devem ter a possibilidade de ser incluídos num programa de reabilitação e posteriormente reintegrados no local de trabalho, com as devidas adaptações.

1.4 - Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das LMERT.

Entender os aspetos determinantes para o aparecimento das LMERT é essencial para os profissionais de saúde, uma vez que a partir dessa avaliação, será possível estabelecer medidas de prevenção, conseguindo assim entender assim porque é que um profissional pode sentir dor e não apresentar lesões visíveis. Uma abordagem sistémica dos problemas de saúde poderá minimizar ou prevenir o aparecimento das LMERT. (Sousa et al., 2015).

De modo a combater as LMERT, as entidades patronais deverão recorrer à avaliação do risco, adotando uma abordagem holística, avaliando e abordando todas as causas possíveis e incluindo os funcionários na identificação dos problemas existentes e acima de tudo nas possíveis soluções. (EU-OSHA, 2020).

A EU-OSHA (2020) acrescenta ainda que na implementação de medidas preventivas poderão estar incluídas alterações tais como, a adaptação de posturas no local de trabalho, garantir a conceção / colocação ergonómica dos equipamentos adequados às funções a desempenhar, a adaptação dos métodos de trabalho, a otimização da eficácia do trabalho e a sua segurança, o planeamento do trabalho de forma a evitar a sua repetição sempre que possível e o estabelecimento de pausas para descanso e redistribuição de trabalho. Por último é essencial a promoção da saúde e reinserção dos trabalhadores que já sofreram alguma LMERT, permitindo assim que sejam também integrados numa abordagem de gestão de lesões, sempre adaptadas às suas condições.

A Enfermagem de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar a sua capacidade funcional e independência, esta apresenta como objetivos gerais, melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa de modo a preservar a auto estima (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 2019).

Sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 2019, p. 13565) e a quem “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 2019, p. 13565), está implícita a capacidade de avaliação dos resultados dos planos individualizados concebidos para cada pessoa, bem como a adaptação dos mesmos em caso de necessidade.

Ao abordar as competências específicas do EEER, é perceptível que existem várias que se adequam às LMERT e à sua prevenção, nomeadamente “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 2019, p. 13566), ou seja, avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, dando ênfase na funcionalidade e autonomia. O EEER para além disso, “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 47 2019, p.

13567), sendo isto a capacidade de gerir os recursos necessários à realização das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos, promovendo e adaptando planos favorecendo a transição saúde/doença. Por último, o EEER ainda “avalia os resultados das intervenções implementadas” (Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019, 2019, p. 13567), isto é, monitoriza a implementação dos planos de cuidados individualizados, testando a sua eficácia, e adaptando os mesmos de forma a os conseguir otimizar, nunca deixando para trás a realização de registos inerentes ao cumprimento destes planos.

Está ainda descrito no regulamento nº 392/19, 3 de Maio de 2019, que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, isto é conseguido através da eliminação das barreiras arquitetónicas otimizando os espaços existentes, tendo em conta o respeito pelas questões ergonómicas, colaborando na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.

A EU-OSHA (2020) também defende que a abordagem relativamente às LMERT não pode ser centrada na prevenção apenas, mas também na manutenção da atividade laboral, recorrendo para isto à reabilitação e reintegração dos trabalhadores já afetados por estas lesões. Sendo assim, o EEER desempenha um papel fulcral na equipa multidisciplinar, quer na sensibilização para esta problemática, quer na importância do processo de reabilitação dos trabalhadores com este tipo de lesões.

1.5 - Ginástica Laboral

Devido às distintas atribuições à prática que foram sendo dadas à ginástica laboral, e ao facto de existir uma carência de fundamentação teórica sobre este tema, existe dificuldade na definição concreta do papel da mesma dentro da saúde do trabalho.

De acordo com Polito e Bergamaschi (2006), a Ginástica Laboral (GL) é definida como uma série de exercícios realizados diariamente no local de trabalho, que tem como objetivo a prevenção das lesões ocasionadas pelo trabalho, conseguindo em simultâneo normalizar as funções corporais e servir como uma altura de socialização e descontração entre os funcionários.

Não é obrigatória a participação dos colaboradores, participando apenas quem queira de livre e espontânea vontade. A GL contribui para a criação de um espaço que proporcione qualidade de vida e lazer dentro das empresas atuando como quebra da monotonia, onde se trabalha a mente e o corpo.

A ginástica laboral associada à ergonomia contribui para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, gerando ganhos na produtividade, redução de risco de acidentes e lesões (Duarte et al. 2017), além disso contribui ainda para a redução de doenças ocupacionais como as LMERT, stress e Burnout, problemas com cada vez maior incidência.

O objetivo da ginástica laboral passa pela redução dos acidentes de trabalho, prevenção de doenças ocupacionais, prevenção de fadiga muscular, correção de vícios posturais, aumento da disposição do trabalhador e promoção de uma maior integração no local de trabalho (Duarte et al. 2017). Desta forma é notório que esta dinâmica apresenta resultados positivos nos três aspetos do homem, ou seja, fisicamente, psicologicamente e socialmente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

1.5.1 - Tipos e objetivos da Ginástica Laboral

Existem diversos tipos de ginástica laboral, estes podem ser divididos em 3 grupos, a ginástica laboral de aquecimento, compensatória e de relaxamento.

1 - Preparatória ou Aquecimento - Realizada no início da atividade laboral, melhora o nível de concentração, disposição, aumentando a oxigenação e a FC, tem duração de 10-12 minutos. Estão incluídos exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade e resistência muscular.

2 - Compensatória - Duração de 5-10 minutos durante a atividade laboral, a função é compensar toda a tensão muscular adquirida pelo uso excessivo ou inadequado de estruturas músculo-ligamentares. Tem objetivo de modificar a postura no trabalho, restabelecer os depósitos de glicogênio e prevenir fadiga muscular. Exemplos de exercícios são, de alongamento, flexibilidade, respiratório e posturais.

3- Relaxamento - Realizados no final da atividade laboral, com o objetivo de redução do stress, alívio de tensões, minimizar desavenças no trabalho e em casa e consequente melhoria da interação social.

Independentemente dos exercícios executados, a GL apresenta benefícios, sendo estes a nível físico, psicológico e social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho. (Maciel, 2005)

2 - Caracterização do Programa de Prevenção de LMERT

2.1 - Local

O programa de prevenção de LMERT será realizado num espaço físico ao ar livre, com capacidade para 5-10 participantes que desempenhem funções na UCCI Rainha Dona Leonor, desempenhado pelo EEER Gonçalo Geraldo e pelo aluno de especialidade de enfermagem de reabilitação Francisco Gregório N°112237.

2.2 - Recursos

2.2.1 - Humanos

EEER Gonçalo Geraldo

AEER Francisco Gregório

2.2.2- Materiais

- Tapete Colchão
- Bola Suíça
- Bastão
- Coluna de Música

2.3 - Objetivo geral do programa de prevenção de LMERT



Prevenir o aparecimento de Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho nos funcionários da UCCI Rainha Dona Leonor.

2.4 - Objetivos Específicos do programa de prevenção de LMERT

- Avaliar os funcionários dispostos a participar de modo a perceber qual a área de intervenção a adotar para a realização do programa
- Planear um programa de prevenção de LMERT, individualizado/coletivo, mediante a avaliação efetuada.

2.5 - Critérios de inclusão no programa

Funcionários que desempenhem funções na UCCI Rainha Dona Leonor e que estejam dispostos a participar no programa.

2.6 - Estrutura do programa

Para a UCCI Rainha Dona Leonor:

O programa será realizado 3 vezes por semana das 14 - 14:30h, na modalidade de Ginástica Laboral Compensatória com um grupo de até 15 pessoas (profissionais de saúde que se encontrem a exercer funções na UCCI) no parque de estacionamento do piso 0, serão realizados exercícios de alongamento, relaxamento, respiratórios e posturais.

Será realizado sempre o programa individual mediante afluência, mas estando os participantes a participar de livre vontade, tendo a possibilidade de abandonar o programa quando não se sentirem mais confortáveis.

O programa contará sempre que necessário com a possibilidade de uma avaliação individual se algum participante apresentar alguma lesão que necessite de ser trabalhada mais intensivamente.

Será sempre realizado por EEER.



3 - Bibliografia

Duarte, M. S., Gonçalves, N. R., Ferreira, G. N. T. & Cunha R. G. (2017). THE IMPACT OF A LABOR GYMNASTICS PROGRAM MEASURED THROUGH THE NORDIC OSTEOMUSCULAR SYMPTOMS QUESTIONNAIRE. e-Scientia, 10(1), 1-12. Recuperado por <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2007/pdf>.

European Agency for Safety and Health at Work. (2020). Work-related diseases. Recuperado por <https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases>.

European Agency for Safety and Health at Work. (2019). Event summary: Give musculoskeletal health to children and young workers. Recuperado por <http://osha.europa.eu>

Regulamento nº 392/19 de 3 de Maio de 2019. (2019). Diário da República nº 85/19, II série, Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM, SPSS – Saber decidir, interpretar e redigir. Psiquilíbrios Edições, Braga, Portugal

Maciel, R. H., Albuquerque, A. F. C., Melzer, A. C., & Leônidas, S. R.. (2005). Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 8, 71-86.

ANEXO A

ATENÇÃO: Responda as questões abaixo com um X, responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do corpo.

		Nos últimos 6 meses, você teve problemas (como, dor, formigamento, dormência) em:	Nos últimos 6 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais por exemplo: Trabalho, Atividades Domésticas e de Lazer, por causa desse problema em:	Nos últimos 6 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (Médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em:
					
1	Pescoço	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
2	Ombros	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
3	Parte Superior das Costas	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
4	Cotovelos	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
5	Parte inferior das Costas	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
6	Punhos/Mãos	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
7	Quadril/Coxas	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
8	Joelhos	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
9	Tornozelo/Pés	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Fonte: Adaptado de Barros e Alexandre (2003)



APÊNDICE VI - POSTER 1ª SESSÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LMERTS

RELAXAR A TRABALHAR

1ª Sessão do programa de Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas
relacionadas com o trabalho



Realização de exercícios de alongamento, relaxamentos, respiratórios e
posturais

Dia 14-07-2023 das 14 às 14:30h no piso 0

Realizado por: Aluno do 1º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação
Francisco Gregório + 

**APÊNDICE VII - POSTER INTERVENÇÕES DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA: REVISÃO SCOPING**

Fernandes, Julio¹; Greedre, Francisco²

1- Professor Adjunto, na Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2620-011 Capeloa, Almada, Portugal; 2- Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Egas Moniz School of Health & Science, 2620-011 Capeloa, Almada, Portugal.

A insuficiência cardíaca (IC) está definida segundo a European Society of Cardiology (ESC) (2021), como um síndrome clínica, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão venosa jugular, torcões pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultante de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco, do qual resulta uma inadequada resposta às necessidades de oxigénio das células em repouso ou durante o exercício.

Os programas de reabilitação cardíaca são elaborados de acordo com um conjunto de ações que visam criar um plano individualizado, tendo por base o risco cardiovascular, a educação para a saúde, a mobilização precoce e o treino baseado no exercício físico. Posto isto, torna-se fundamental compreender quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que mais contribuem para a melhoria do estado clínico do pessoa e da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Enfermagem de Reabilitação, Intervenções de enfermagem

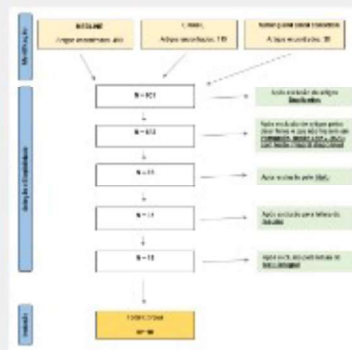
Identificar as intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca

Revisão Scoping utilizando a metodologia Joanna Briggs Institute, com recurso às bases de dados CINAHL, MEDLINE e Nursing and Allied Collection, com intervalo temporal de 2012 a 2023. Foram utilizados artigos apenas com leitura do texto integral disponível, em Português e Inglês.

Critérios de inclusão:
Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação;
Intervenções de Enfermagem; Pessoas com insuficiência Cardíaca;
Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos.

Crêterios de Exclusão:
Enfermeiros de outras áreas de especialidade; Interven es em outras áreas de atuação; Pessoas sem insuficiência cardíaca.

Dimerization: (Hbwt Failure (Titrals) AND (Rehabilitation) AND (Surv*))



O diagrama de fluxo do programa de exercícios físicos é organizado em três colunas principais: Exercício Físico, Acompanhamento psicológico e Follow-Up. Na coluna Exercício Físico, há uma caixa principal 'Exercício Físico' que se ramifica para 'Força Muscular' e 'Exercícios Aeróbicos'. 'Exercícios Aeróbicos' se ramifica para 'Redução da Função Respiratória'. Na coluna Acompanhamento psicológico, há uma caixa principal 'Acompanhamento psicológico' que se ramifica para 'Entrevista Motivacional' e 'Questionário'. Na coluna Follow-Up, há uma caixa principal 'Follow-Up' que se ramifica para 'Acompanhamento Presencial' e 'Acompanhamento Telefônico'. As caixas 'Entrevista Motivacional' e 'Questionário' estão alinhadas horizontalmente com 'Redução da Função Respiratória'.

```

graph LR
    EF[Exercício Físico] --> FM[Força Muscular]
    EF --> EA[Exercícios Aeróbicos]
    EA --> RFR[Redução da Função Respiratória]
    AP[Acompanhamento psicológico] --> EM[Entrevista Motivacional]
    AP --> Q[Questionário]
    FU[Follow-Up] --> APres[Acompanhamento Presencial]
    FU --> ATel[Acompanhamento Telefônico]
    RFR --- EM
    RFR --- Q
    EM --- APres
    EM --- ATel
    Q --- APres
    Q --- ATel
  
```

Através da pesquisa realizada foi possível identificar algumas intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Estas permitem melhorar a autonomia e independência da pessoa com insuficiência cardíaca, englobando a realização de exercício físico, o apoio psicológico oferecido e por último o seguimento dado durante todo o programa. Torna-se assim essencial a implementação destas intervenções de modo a contribuir para o aumento da qualidade de vida destas pessoas, quer em termos físicos ou psicológicos, ajudando os mesmos a lidar melhor com a doença e a definir estratégias que podem adotar de modo a minimizar as limitações impostas por esta patologia.

© 2016 The Author(s). Published by Cambridge University Press. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**APÊNDICE VIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA IV
JORNADAS DE ENFERMAGEM EGAS MONIZ 2023**

**APÊNDICE IX - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO
CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS DE
REABILITAÇÃO 2023**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CIER/2023

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
**ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**



Associação
Portuguesa dos
Enfermeiros de
Reabilitação



Competências, Valor para as Pessoas

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

Francisco Miguel D'oliveira Gregório

esteve presente no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023

que decorreu **30/11 a 02/12 de 2023, num total de 21 horas.**

O Presidente da APER,

Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

FIGUEIRA DA FOZ
Hotel Eurostars Oásis Plaza

**30 nov,
1 e 2 dezembro 2023**

Certificado APER 33332
Barcode is too large to fit!





**APÊNDICE X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E
COMUNICAÇÃO ORAL NO 8º CONGRESSO
INTERNACIONAL DE URGÊNCIA COM O TEMA "FOLLOW-
UPS 2022 - PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE SAÚDE**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

FOLLOW-UPS 2022 - PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

elaborado por

*Sara Friza; Liliana Silva; Francisco Gregório; Pedro
Martins; Ângelo Rodrigues; Cristina Ricardo; Diogo Costa;
Ivan Duarte; Luis Rodrigues; Marina Sousa; Pedro
Quintino; Nicole Silva; Rafaela Fernandes; Tânia
Fernandes*

foi apresentado como **Comunicação Oral** no **8º Congresso Nacional da Urgência**, que decorreu de 06 a 08 de outubro de 2023, no Hotel Premium Chaves, Aquae Flaviae.

Organização

Chaves, 08 de outubro de 2023



Dra. Maria da Luz Brazão
Presidente do Congresso

Urgência de lés-a-lés

Dra. Sandra Morais
Secretária-Geral do Congresso

APÊNDICE XI - PROJETO DE ESTÁGIO



1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

**Quais as intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no
controlo do doente com Insuficiência Cardíaca**

**What are the Rehabilitation Nurses interventions in
controlling the patient with Heart Failure**

Francisco Miguel D'Oliveira Gregório

nº 112237

Orientadora: Prof. Noélia Ferreira

Almada

2023



RESUMO

O objetivo deste projeto de estágio visa investigar e analisar as intervenções realizadas pelo EEER no doente com Insuficiência Cardíaca (IC). A IC é uma condição médica crônica que requer cuidados de saúde abrangentes e especializados.

Este projeto tem também como foco compreender como é que o enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode contribuir para a gestão e reabilitação eficaz de pacientes com IC, com objetivo de melhorar a condição de vida e promover a autonomia e a independência.

De modo a atingir esse foco, serão realizadas pesquisas bibliográficas adequadas relativamente aos conceitos de IC, da teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem e será exposto os resultados da revisão scoping realizada expondo as intervenções do EEER mais pertinentes na reabilitação destes doentes de modo a suportar toda a teoria que fundamenta este projeto.

O projeto de estágio busca o avanço do conhecimento no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e sua aplicação na gestão da Insuficiência Cardíaca.

Espera-se que os resultados obtidos contribuam para destacar a importância do papel do enfermeiro especialista na promoção da qualidade de vida e reabilitação de pacientes com essa condição clínica. Além disso, o projeto também pode fornecer estratégias para aprimorar a prática clínica e a formação de novos profissionais de enfermagem.



Palavras-Chave: Insuficiência Cardíaca; Enfermeiro; Reabilitação Cardíaca

ÍNDICE

RESUMO

INTRODUÇÃO 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO 5

2.1 - Insuficiência Cardíaca 5

2.2 - Teoria de Dorothea Orem 9

2.3 - Resultados da Revisão Scoping 12

PLANO DE ATIVIDADE 14

CONCLUSÃO 15

BIBLIOGRAFIA 16

APÊNDICES 18

Apêndice 1 - Programa de prevenção de LMERTS 19

Apêndice 2 - Plano de cuidados UCC 30

Apêndice 3 - Projeto de Melhoria contínua da qualidade, procedimento prevenção de Úlceras por Pressão 84

Apêndice 4 - Plano de cuidados UCCI 87

Apêndice 5 - Fluxograma PRISMA 95

Apêndice 6 - Instrumento de recolha de dados Scoping 97

Apêndice 7 - Tabela de Análise de Resultados Scoping 99

Apêndice 8 - Plano de Atividades 105

Lista de siglas acrónimos e abreviaturas

ACER - Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESC - European Society of Cardiology

IC - Insuficiência Cardíaca

NYHA - New York Heart Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

TDAE - Teoria do Déficit do Autocuidado

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Lista de Figuras

Figura 1 - NYHA Heart Failure Scale

INTRODUÇÃO

Este trabalho académico desenvolvido no contexto da unidade curricular de Ensino clínico 1, que corresponde ao 2º semestre do 1º ano, do 1º mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Foi proposto o desenvolvimento de um projeto de formação, que refletisse o percurso de formação a ser realizado, sendo o foco o desenvolvimento de competências do EEER, conforme os descritores de Dublin: adquirindo conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação, competências de autoaprendizagem.

Em Março foi proposto a seleção de um tema para orientar a minha pesquisa e estágios subsequentes. Após realizar uma pesquisa bibliográfica, tentei escolher um tema que pudesse ser adequado à minha área de eleição que são as doenças cardiovasculares, mais especificamente a Insuficiência Cardíaca. Dado que trabalho num serviço de Atendimento Permanente (Urgência geral), tentei estudar uma área na qual fosse relevante adquirir e aprofundar conhecimentos para melhorar a prestação de cuidados e adequar à minha realidade.

A IC, segundo a European Society of Cardiology (ESC) (2021), não se trata apenas de um simples diagnóstico clínico, mas sim de um síndrome caracterizada por sintomas tais como, dispneia, edema maleolar, fadiga podendo ser acompanhado de sinais, como pressão venosa jugular elevada, fervores pulmonares e edema periférico. Isto acontece por uma alteração estrutural e de funcionamento do coração, resultando em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado ou insuficiente em repouso ou na realização de esforços. Segundo o mesmo autor, a IC pode ser causada por disfunção do miocárdio, mas também pode ser de etiologia valvular, de pericárdio, endocárdio e de causa eletrofisiológica (disritmias cardíacas).

Existe uma média de 1 internamento por ano dos doentes diagnosticados com esta patologia, estando descrito um aumento de 50% nos internamentos em caso de doentes com comorbilidades associadas (elevado Índice de Massa Corporal, elevado Nível de Hemoglobina Glicada, Baixa taxa de filtração glomerular, entre outros) (ESC 2021)

É possível ainda perceber que os custos anuais em Portugal (Diretos e Indiretos) com doentes com Insuficiência Cardíaca NYHA II-IV em 2014 foram cerca de 405 milhões de euros, ou seja, um custo médio por doente de 1623 euros, estando incluídos custos com internamentos, episódios de urgência, ambulatório hospitalar e cuidados de saúde primários, perspectivando-se um aumento do custo anual para os 503 milhões de euros em 2036, relacionado com o aumento do número de doentes com IC tal como exposto anteriormente. (Gouveia 2020).

Dado o impacto desta patologia em Portugal, o facto de ter exercido funções num serviço de Cardiologia anteriormente, bem como pelo facto de presentemente me encontrar a trabalhar num serviço de atendimento permanente, onde tenho contacto diariamente com doentes com IC torna-se clara a minha escolha por esta temática, sendo essencial desenvolver novas competências nesta área e na prestação de cuidados e intervenções específicas do EEER. Torna-se crucial esta intervenção na medida em que permite a redução do impacto da doença cardiovascular, bem como permitindo à pessoa adquirir capacidades para assumir o controlo do seu plano de cuidados individualizado. (Rauch et al. 2016).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) a intervenção do EEER nesta síndrome é considerada uma área de investigação prioritária (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [ACEER], 2015), sendo evidente a necessidade de investigação e aprofundamento de conceitos nesta área.

Considerando a relevância anteriormente mencionada, a minha preferência pessoal e necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, defini assim como tema deste projeto *"A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca."*

É fundamental considerar a importância das teorias de enfermagem nas práticas profissionais, uma vez que *"a conceção do conhecimento produzido foi baseada nas experiências humanas que cada teórico estruturou, considerando o ser humano, a saúde, meio ambiente e enfermagem."* (Souza et al., 2021 p.6).

Para a realização deste projeto e restante estágio, optei por utilizar para nortear o mesmo, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Orem criou e desenvolveu a teoria do défice de autocuidado em enfermagem (TDAE), esta teoria tem como objetivo, apoiar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências, ou seja os requisitos do autocuidado (Gilson, 1999). Esta teórica considera que o autocuidado é o "desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam para seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem estar" (Orem, 2001).

Esta teoria do autocuidado surge como base de compreensão das condições e limitações das ações humanas que podem adquirir ganhos com a enfermagem, no entanto é crucial que exista um balanço entre a necessidade de autocuidado e o cuidado de enfermagem.

Esta teoria desenvolve-se tendo como principal foco a díade enfermeiro e indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, onde ambos são considerados agentes de ação, ou seja, intervenientes (Sousa, 2019).

Desta maneira tanto as pessoas com IC como outros contextos de doença precisam de lidar com os desafios impostos pela doença através do desenvolvimento de atividades, nomeadamente no autocuidado na realização das AVD'S que têm que incluir no seu dia-a-dia, de modo a gerir a progressão da doença mantendo a sua independência, maximizando a sua qualidade de vida.

Face ao exposto anteriormente, este projeto tem como objetivos gerais: *"Desenvolver competências no exercício profissional de Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos, integrando a prática clínica especializada"* e *"Desenvolver competências na área de Reabilitação Cardíaca a pessoas com Insuficiência Cardíaca"*.

Para desenvolver este trabalho e consequentemente dos objetivos anteriormente delineados, irei realizar 5 ensinamentos clínicos, todos eles na área da grande Lisboa, 3 em contexto de comunidade e 2 em meio hospitalar.

Este projeto está dividido em 4 partes sendo elas, a introdução, onde faço uma sumária exposição do tema e pertinência da teórica pela qual norteiei o projeto, enquadramento teórico onde serão expostos os principais conceitos a abordar na elaboração deste projeto, o plano de atividades que descreve as atividades a desenvolver, bem como um cronograma que define quando serão atingidas essas metas e por último a conclusão. Serão ainda incluídos trabalhos

realizados durante a elaboração deste projeto de estágio, que fui desenvolvendo e que considero essenciais para a minha aprendizagem e crescimento.

Este trabalho foi realizado com base nas normas da APA 7ª Edição, de acordo com o novo acordo ortográfico implementado em 2014 em Portugal.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - Insuficiência Cardíaca

A IC, está definida segundo a *European Society of Cardiology* (ESC) (2021), como um síndrome clínico, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão venosa jugular, fervores pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultante de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco, do qual resulta o aumento da pressão intra cardíaca e uma inadequada resposta às necessidades de oxigénio das células em repouso ou durante o exercício. Identificar a etiologia da doença é fundamental para o correto diagnóstico. Na maioria das vezes a insuficiência cardíaca ocorre devido à disfunção cardíaca, seja ela sistólica ou diastólica, ou ambas. No entanto, patologias valvulares, do músculo cardíaco, do sistema de condução elétrico e malformações, podem também ser potenciais causas de patologia cardíaca (ESC 2021).

Esta patologia foi dividida em três classes, consoante a fração de ejeção do ventrículo esquerdo. A primeira classe está descrita como aquela que tem uma fração de ejeção inferior a 40%, ou seja existe uma redução acentuada da função ventricular esquerda, estando descrita como "insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida", sendo esta a que tem maior critério de gravidade,. A segunda classe é aquela cuja fração ventricular esquerda se mantém entre os 40 e os 49%, estando parcialmente afetada, e por último temos a "insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada" ou seja, os casos em que a fração de ejeção está superior a 49% e estão presentes sinais e sintomas de insuficiência cardíaca com evidência de alterações funcionais ou estruturais da parte cardíaca (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Os sinais e sintomas típicos de IC são, respetivamente, a dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, reduzida tolerância ao exercício, fadiga, cansaço, edema dos membros inferiores, o aumento da pressão jugular venosa e o refluxo hepatojugular (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Como meios de diagnóstico mais utilizados nesta patologia, em fase aguda, temos o raio-x, o ecocardiograma (exame de eleição), a seriação dos níveis de troponina, de BNP e NT-pro BNP.

Foi ainda criada pela *New York Heart Association* uma classificação funcional baseada na gravidade dos sintomas e impacto dos mesmos nas atividades físicas dos pacientes, sendo a classe 1 a menos grave e a classe 4 a que requer mais cuidados.

Class I	No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class II	Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest, but ordinary physical activity results in undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class III	Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest, but less than ordinary activity results undue breathlessness, fatigue, or palpitations.
Class IV	Unable to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms at rest can be present. If any physical activity is undertaken, discomfort is increased.

© ESC 2021

Figura 1 - NYHA Heart Failure Scale, fonte: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the Task Force for the

diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

Esta patologia, causa à pessoa alterações em vários aspetos da vida diária, não só a nível físico, mas também nível psicológico, segundo Rumsfeld et al (2003) o humor depressivo é comum nos doentes com insuficiência cardíaca e está considerado como um fator preditor de agravamento da IC, isto acontece devido à consciência da pessoa em relação à sua necessidade de dependência dos outros e também pelas limitações físicas que esta patologia impõe.

Para Margoto et al. (2009) os doentes, que habitam sozinhos, sem suporte familiar demonstram maiores limitações físicas e no autocuidado. Esta barreira acaba por ser notória também no trabalho do EEER, sendo um fator agravante na recuperação, uma vez que parte dos ensinamentos passam pelas famílias, de modo a que a mesma consiga ajudar o doente, quando a enfermagem não estiver presente.

Outro fator que temos que considerar como fator de risco na IC é o baixo grau de escolaridade, pois leva à descompensação da doença e consequente diminuição da qualidade de vida. Isto acontece pois quanto maior o grau de escolaridade maior a compreensão sobre a doença e maior a adesão ao regime terapêutico (Riegel et al. 2009). A diferença entre o meio urbano e rural, relativamente à qualidade de vida dos doentes com IC existe, mas apesar de não estar bem entendido o porque, pensa-se que esteja mais relacionado com o facto de quem vive no meio rural ter um esforço físico maior, causando agravamento desta patologia a nível de sintomatologia e consequentemente aumentando a percepção da pessoa relativamente às limitações causadas por esta patologia (Ferreira, 2012).

Temos que considerar ainda outro fator que contribui para o agravamento desta patologia e para o atraso no controlo da sintomatologia, o baixo status sócio económico (Margoto et al. (2009). Esta condicionante contribui consequentemente para o agravamento da qualidade de vida dos idosos com IC e dificuldade destes doentes em adaptarem-se às alterações funcionais impostas por esta doença (Gott et al, 2006), em simultâneo é possível verificar ainda que os doentes que têm baixas condições económicas são os que apresentam pior estado de saúde em todas as dimensões exceto na dor ou mal-estar.

Torna-se assim fundamental uma abordagem ao doente com IC em todas as suas vertentes, tentando perceber o ambiente onde a pessoa está inserida, de forma a poder adaptar o mesmo com a finalidade de que o utente consiga realizar as suas atividades de vida diárias e manter o autocuidado. É importante também perceber se o utente tem suporte familiar que facilite a realização de exercício físico e gestão do regime terapêutico na ausência do EEER.

Por último, o enfermeiro deve estar atento à capacidade económica do doente em questão de modo a poder adaptar o programa de reabilitação não exigindo um elevado custo económico para adotar estratégias adaptativas.

É ainda possível perceber a importância da reabilitação cardíaca uma vez que um doente reabilitado tem uma maior capacidade de se manter socialmente e profissionalmente ativo, contribuindo deste modo para o seu bem estar. Por último é importante perceber que diversos autocuidados podem estar comprometidos na IC, sendo necessário desta forma uma abordagem multidisciplinar. Segundo Rabelo et al, (2007) a enfermagem desempenha um papel fundamental na educação para a saúde e desenvolvimento das capacidades para o autocuidado dos doentes, sendo um elemento fundamental no acompanhamento da progressão desta patologia. O mesmo autor defende que quando o doente se encontra no meio hospitalar este representa um momento ideal para iniciar o processo de educação para a saúde e reabilitação destes doentes e respectivas famílias uma vez que estão sobre o impacto do meio hospitalar e

do agravamento da sintomatologia, permitindo assim a valorização das medidas implementadas para a manutenção da estabilidade clínica.

Num estudo de Moura (2015), foi possível concluir através da utilização de instrumentos de avaliação, que a IC tem um impacto nos diferentes autocuidados, sendo mais perceptível em estádios mais avançados da doença. No mesmo estudo é possível verificar que os autocuidados que demonstram maior intolerância são o autocuidado, vestir-se e despir-se e o autocuidado andar.

Na IC, tendo carácter crónico, requer tempo dedicado ao autocuidado, sendo este interpretado como sendo a tomada de decisão subjacente a práticas de saúde positivas denominado de "*manutenção do autocuidado*" e de comportamentos para gerir a sintomatologia, designada "*gestão do autocuidado*" (Riegel et al. 2009).

A tomada de decisão na IC baseia-se numa tomada de decisão naturalista, ou seja as pessoas tomam decisões com base na vida real, a chave para esta tomada de decisão é a experiência, onde eventos do passado ajudam na identificação de padrões de modo a originar uma resposta específica dependendo do tipo de situação. O fator que mais prejudica uma tomada de decisão eficaz é o reduzido insight destes doentes, ou seja, a dificuldade no reconhecimento dos sinais e sintomas da patologia (Sousa, 2019).

De forma a poder percepcionar a evolução do autocuidado no doente com IC, foram criados dois instrumentos, validados em Portugal que são, a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca e a escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca, o objetivo da criação destas escalas é ajudar a identificar condicionantes ao desempenho da pessoa com IC (Sousa, 2019).

Através de programas de reabilitação estruturados e recorrendo a instrumentos de avaliação fidedignos e validados vai ser possível reduzir o grau de dependência nos diferentes autocuidados. O EEER tem uma enorme possibilidade de realizar um acompanhamento contínuo da condição clínica do doente uma vez que atua nas diferentes fases do aparecimento e progressão da doença (pré, intra e pós hospitalar).

Desta forma é possível perceber o quão importante é na insuficiência cardíaca ver o doente de forma holística, uma vez que antecedentes pessoais influenciam altamente a qualidade de vida, o autocuidado, bem como a esperança média de vida.

Noutro estudo de Cândida (2018) o número de utentes com insuficiência cardíaca está em crescendo, apresentando o seu pico por volta do ano 2060, principalmente na faixa etária acima dos 80 anos, enquanto que nas restantes faixas etárias o seu pico está por volta do ano 2035. Isto acontece devido, ao aumento da esperança média de vida, ao avanço da tecnologia e à evolução científica na saúde, mostrando desta forma o quão imprescindível será garantir qualidade de vida a estas pessoas que apesar de viverem mais tempo, se não forem corretamente acompanhadas, vão viver sem qualidade de vida, ficando cada vez mais limitadas nos seus autocuidados. A literatura indica-nos ainda que os custos anuais em Portugal (diretos e indiretos) com doentes com insuficiência cardíaca NYHA II-IV em 2014 foram cerca de 405 milhões de euros, ou seja, um custo médio por doente de 1,623 euros, estando incluídos aqui os custos com internamentos, episódios de urgência, ambulatório hospitalar e cuidados de saúde primários, e que se perspetiva um aumento do custo anual para os 503 milhões de euros em 2036, relacionado com o aumento do número de doentes com IC em Portugal (249.592 doentes em 2014 para 318.071 em 2036) (Gouveia 2020).

Estes dados demonstram a importância da necessidade de redução de custos com a insuficiência cardíaca em Portugal e dão espaço para o EEER desenvolver programas e estratégias que minimizem estes custos principalmente a nível de internamento pois a reabilitação cardíaca vai permitir atenuar o tempo de internamento, reduzindo desta forma os custos com o mesmo.

2.2 - Teoria de Dorothea Orem

De modo a suportar a nossa intervenção escolhemos a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, que criou e desenvolveu a teoria do déficit do autocuidado em enfermagem (TDAE). Esta teoria tem visa auxiliar as pessoas a atenderem as suas próprias necessidades, ou seja, os requisitos do autocuidado (Gilson, 1999).

A escolha desta teoria foi baseada na influência que a IC tem a nível sistémico na pessoa, podendo ser incapacitante e causar dependência no autocuidado, sendo o conceito de “autocuidado” definido na CIPE, 2011 como a capacidade de *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias”* (Castro, 2011).

Foi definido em 1991, por Dorothea Orem o autocuidado, na sua teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem. Orem, considera que o autocuidado consiste no desenvolvimento de atividades realizadas pelos indivíduos para seu próprio benefício, visando manter a vida, saúde e bem estar (Orem, 2001), indo de encontro à definição que se encontra na CIPE.

O autocuidado, por ser universal, acaba por abranger todos os aspetos do dia a dia, não se restringindo apenas às atividades de vida diárias (AVD’S). Para desenvolver o seu conceito, Orem assentou o mesmo em 3 teorias que se interrelacionam, sendo estas: a teoria do déficit do autocuidado, que descreve a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, a teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si mesmas, e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós, 2010).

A teoria do déficit do autocuidado surge como base de compreensão das condições e limitações das ações humanas que podem beneficiar com a enfermagem, no entanto é fundamental que exista um equilíbrio entre a necessidade de autocuidado e o cuidado de enfermagem.

A teoria do déficit do autocuidado desenvolve-se tendo como principal foco a díade enfermeiro e indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, onde ambos são considerados como agentes de ação (Sousa, 2019). Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de cuidar do outro, sendo definido como agente de enfermagem, já ao indivíduo, é lhe exigido que tome as medidas necessárias para regular as suas funções por meio de cuidados personalizados, e que desenvolva habilidades para executar estes cuidados ou o potencial em desenvolver estas capacidades, sendo este designado como agente do autocuidado. (Sousa, 2019).

Está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às suas limitações, limitações estas que as deixam incapazes, totalmente ou parcialmente, de cuidar de si próprias, esta noção constitui a essência da TDAE, uma vez que permite perceber a necessidade de intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores que a capacidade da pessoa para desenvolver o mesmo (Tomey & Alligood, 2002).

A teoria dos sistemas de enfermagem apresenta-nos a enfermagem como sendo uma ação humana, pois estes sistemas de ação são concebidos por enfermeiros como resultado da sua prática com pessoas que apresentem limitações de autocuidado.

Orem identificou ainda na TDAE três tipos de requisitos de autocuidado, que considera como objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado de modo a corresponder às necessidades (Queirós, 2014).

Em primeiro lugar abordamos os requisitos universais que *"têm origem no que é validado ou está em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estadios do ciclo vital"* (Tomey & Alligood, 2002).

Dorothea Orem definiu então 8 requisitos universais do autocuidado, representando estes as condições internas e externas capazes de proporcionar o desenvolvimento funcional humano. Estes requisitos são, o aporte suficiente de ar, a manutenção de uma ingestão de água suficiente, a ingestão suficiente de alimentos, o equilíbrio entre o repouso e a atividade, provisão de cuidados associados aos processos de eliminação, o equilíbrio entre a interação social e solidão, prevenção de perigos à vida humana, ao bem-estar e funcionamento humano e promoção do desenvolvimento e funcionamento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o seu potencial (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento são aqueles que vão promovendo os processos de vida e que previnem condições que possam ser maliciosas à vida humana, como por exemplo casar ou arranjar trabalho, e por último os requisitos de desvio à saúde que existem para indivíduos que estão doentes, incluindo as suas incapacidades totais ou parciais, são estes requisitos que vão definir as necessidades de cuidado do indivíduo durante o processo de doença (Queirós, 2014).

Dentro da teoria do autocuidado, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem dentro dos sistemas de enfermagem que são, o sistema totalmente compensatório em que a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado, o sistema parcialmente compensatório em que a enfermagem só entra nas tarefas que o indivíduo não é capaz de realizar de forma independente e por último o sistema apoio-educação

em que o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, necessitando apenas de supervisão e ensino na correta realização das ações (Queirós, 2014).

A TDAE de Orem, em enfermagem de Reabilitação torna-se um pilar fundamental quer pela promoção da independência, quer pela capacitação da pessoa de acordo com as suas necessidades para o autocuidado promovendo a sua autonomia e o seu empowerment. Esta teoria visa a incentivar um conjunto de comportamentos que a pessoa pode adotar de forma a atingir a automatização (Orem, 2001). A ação do Enfermeiro de enfermagem de reabilitação passa por suprimir precisamente esses déficits no autocuidado, tendo em vista a maximização da autonomia da pessoa.

Para que isto aconteça Orem identificou 5 estratégias a serem usadas como uma série sequencial de ações que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas que os enfermeiros podem utilizar quando cuidam da pessoa, sendo estas: executar, substituindo a pessoa na sua incapacidade, orientar e encaminhar, apoiar a pessoa física e psicologicamente, criar e manter um ambiente que favoreçam o seu desenvolvimento e por último, ensinar (Queirós, 2014).

Com tudo o que foi anteriormente referido, faz então na minha opinião todo o sentido ser esta teórica a nortear/suportar o trabalho a desenvolver uma vez que, não só o objetivo será "manter o equilíbrio entre atividade e repouso", podendo deste modo incluir a atividade física, nunca esquecendo a gestão de esforço, mas também promover a independência e a capacitação da pessoa de acordo com as intervenções de enfermagem de reabilitação, maximizando assim a funcionalidade do indivíduo e o desenvolvimento de capacidades.

2.3 - Resultados da Revisão Scoping

Relativamente à metodologia utilizada para desenvolver este projeto, foi delineada uma Revisão Scoping, sendo esta a forma indicada para identificar e mapear evidência disponível relativamente a um determinado tópico ou conceito, as revisões scoping esclarecem as principais definições e os principais fatores inerentes ao mesmo (Amendoeira, 2022).

Deste modo pretende-se responder à seguinte questão de investigação, “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca: Revisão Scoping?”. A formulação da questão de partida foi redigida em formato PCC, sendo **P** (Population) - Enfermeiro de Reabilitação; **C** (Conceito) - Intervenções; **C** (Contexto) - Pessoa com Insuficiência Cardíaca.

Para a realização da pesquisa, foi necessário selecionar os descritores, validados na base MeSH, que foram fundamentais para a condução e delimitação das pesquisas efetuadas nas bases de dados: EBSCOHost (MEDLINE, Cinahl e Nurses and Allied Collections), sendo que as palavras chave utilizadas foram: “Heart Failure”; “Rehabilitation”; “Nurs*”.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: População: Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; Conceito: Intervenções de Enfermagem; Contexto: Pessoas com Insuficiência Cardíaca e Idade superior a 18 anos. Data de publicação entre 2012 e 2023, Tipos de estudo: Ensaios Randomizados e estudos quasi-Experimentais, Idioma: Português e Inglês. Os dados foram extraídos utilizando uma ferramenta de extração de dados (Apêndice 6).

A metodologia de extração de dados de pesquisa encontra-se em fluxograma PRISMA (Apêndice 5), encontra-se também a tabela final de análise dos artigos (Apêndice 7), onde está a análise dos 10 artigos selecionados. Dos 37 artigos que ficaram após a exclusão pelos critérios de inclusão, 19 foram excluídos pela leitura do abstract e após a leitura de texto integral foram excluídos 9, ficando incluídos no Corpus do estudo 10 artigos.

Com base na análise efetuada dos artigos inseridos no CORPUS do estudo, foi possível concluir que as intervenções que mais se salientaram aquando da aplicação de estratégias para doentes com insuficiência cardíaca, foram maioritariamente treino aeróbico.

Para isso eram realizados exercícios com cicloergómetro, passadeira, ou simplesmente marcha. Contribuindo para estas estratégias, salientam-se dois artigos que abordam o treino aeróbico através do recurso a consolas de jogos em que os utentes desenvolveram e aprimoraram capacidades com recurso a “jogos ativos” ou seja jogos com interação do paciente, onde o mesmo ao realizar os exercícios que eram pedidos conseguia adquirir mais resistência mas também força muscular, amplitude de movimentos e auto estima.

Para além dos exercícios aeróbicos temos um programa que nos fala da importância da reeducação funcional respiratória no aumento da resistência dos pacientes, para isso recorreram a treino de musculatura respiratória e treino da capacidade respiratória, nomeadamente capacidade inspiratória utilizando neste último caso o espirómetro de incentivo. Outro tipo de intervenções que pude identificar foram as intervenções de acompanhamento psicológico, em que os pacientes eram acompanhados através de intervenção psicológica, recorrendo a entrevistas motivacionais e terapia cognitiva comportamental, tudo realizado por enfermeiros.

Através deste acompanhamento psicológico foi possível elevar a auto estima dos pacientes em questão e identificar problemas que permitissem a elaboração de planos individualizados de modo a dar resposta ao que cada paciente necessitava. Por último foi ainda possível verificar que praticamente todos os artigos abordaram o acompanhamento

permanente destes utentes ao longo dos diversos programas, de modo a poder esclarecer qualquer dúvida existente e motivar a manter a adesão ao programa, o que considero essencial. Este acompanhamento acontece presencialmente mas também por chamada telefónica.

PLANO DE ATIVIDADE

Plano de Atividades em Apêndice (Apêndice 8)

CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto de estágio, revelou-se uma mais valia para analisar e refletir sobre as aprendizagens já adquiridas e aquelas que ainda serão desenvolvidas, tendo como base os objetivos previamente estabelecidos.

Considero assim essencial, uma vez que permitiu identificar qual o percurso formativo que terei que realizar no decorrer do presente mestrado, permitindo-me perceber o principal foco, que será desenvolver competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente na área da reabilitação.

Uma vez que um projeto é *"a expressão de um desejo e de uma vontade, mas também a expressão de uma necessidade de uma situação a que se pretende responder"* (Guerra, 2006, p.126), considero que a elaboração deste trabalho permitiu identificar uma situação que carece de resposta que será "Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca" e que consegui assim definir os principais conceitos a abordar bem como de que forma se conseguem interligar de modo a responder aos objetivos definidos.

Identifico como principal limitação, o intervalo temporal para a elaboração do mesmo, uma vez que não me permitiu ter um contacto com a prática de modo a perceber se a pesquisa bibliográfica efetuada na revisão integrativa da literatura se adequaria a 100% ou se existiam fatores que irão limitar a aplicabilidade prática do projeto.

Assim, a elaboração deste projeto assume uma importância significativa para o desenvolvimento das competências de EEER e para promover ganhos em saúde da pessoa com IC.

Em relação às implicações para a prática clínica, acredito que este trabalho e a sua divulgação procuram contribuir para o avanço do conhecimento em enfermagem de uma maneira geral, com foco particular na enfermagem de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

Amendoeira, J. (Maio, 2022). Revisão sistemática de Literatura: a Scoping review Politécnico de Santarém.

Ferreira, S. C. (2012). Qualidade de Vida do doente com Insuficiência Cardíaca. Porto: Instituto politécnico do Porto.

Gilson T., R. M. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: Estudo de caso com uma adolescente grávida. Ribeirão Preto.

Gott, M. et al. (2006). Predictors of the quality of life older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35(2), pp.172-177. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16495294>

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Costa, J., Gonçalves, P., Fonseca, M., & Borges, M. (2020, January 20). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 3-11.

Guerra, I. C. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção

Hermínia Castro, A. S. (Fevereiro de 2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem.

Hoeman, S.P. (2011). Enfermagem de Reabilitação. Lusodidacta

Margoto, G., Cunha, R., Colombo, R., Bueno, A. C. & Gallani, J. (2009). Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), pp.44-53.

Moura, S. C. (2015). A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado. Porto.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6.o Editio). MO: Mosby.

Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 21, 5-7.

Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B. & Brun, A. O. (2007). O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Rauch, B., Davos, C. H., Doherty, P., Saure, D., Metzendorf, M. I., Salzwedel, A., Völler, H., Jensen, K., & Schmid, J. P. (2016). The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies - The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(18), 1914-1939. <https://doi.org/10.1177/2047487316671181>

Reabilitação, D., Mesa, D., Da, C., De, E., & De Reabilitação, E. (n.d.). ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO APROVADO POR UNANIMIDADE, COM ALTERAÇÕES, NA ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, EM 24 DE JANEIRO DE 2015, NA CIDADE DO PORTO DOCUMENTO APROVADO EM REUNIÃO ORDINÁRIA DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Riegel, B. et al. (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12), pp.1141-1163.

Rumsfeld, J. S. et al. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), pp. 1811-1817.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2017). Insuficiência Cardíaca recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica. Lisboa: Novartis.
Sousa, J. (2019). O Autocuidado em pessoas com Insuficiência Cardíaca. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.

Souza, D. G., Brandão, V. P., Martins, M. N., & Morais, J. A. (2021). Teorias de Enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade (1ª Edição ed.). Editora Inovar. <https://doi.org/doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002): Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.



APÊNDICE XII - PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING



Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca: Revisão Scoping

Francisco Gregório- Aluno do 1º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Email: franciscogreg0698@gmail.com

RESUMO

Problemática: A insuficiência cardíaca tem vindo a ter uma incidência cada vez maior, afetando principalmente a população mais idosa mas também existente na população mais jovem. Esta tendência manter-se-á no futuro pelo da esperança média de vida e do estilo de vida, sendo fatores contributivos também, a alimentação, antecedentes pessoais e familiares dos doentes. Portugal é dos países da Europa com maior taxa de incidência desta doença crónica.

Objetivo: Mapear as intervenções de reabilitação na pessoa com Insuficiência Cardíaca.

Metodologia: Revisão Scoping com utilização do método de PCC e com objetivo de dar resposta à seguinte pergunta de investigação: "Quais são as intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca?". A pesquisa de estudos foi realizada nas seguintes bases de dados, CINAHL, MEDLINE e Nursing and allied health collection, com datas de publicação entre 2012 e 2023. No *corpus* deste estudo foram incluídos 10 artigos.

Resultados: Após a leitura dos artigos analisados, foi possível verificar que as intervenções de enfermagem de reabilitação que mais são utilizadas no programas de reabilitação são intervenções relacionadas com exercício físico, seja este aeróbico, de força muscular ou reabilitação funcional respiratória, outras intervenções incidem sobre o acompanhamento psicológicos através de questionários ou entrevistas motivacionais, e por último intervenções relacionadas com o acompanhamento durante todo o programa de reabilitação, no sentido de esclarecer dúvidas e auxiliar na gestão de regime terapêutico e de sintomas.

Conclusão: Através da pesquisa realizada foi possível identificar algumas intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Estas permitem melhorar a autonomia e independência da pessoa com insuficiência cardíaca, englobando a realização de exercício físico, o apoio psicológico oferecido e por último o seguimento dado durante todo o programa.

Torna-se assim essencial a implementação destas intervenções de modo a contribuir para o aumento da qualidade de vida destas pessoas, quer em termos físicos ou psicológicos, ajudando os mesmos a lidar melhor com a doença e a definir estratégias que podem adotar de modo a minimizar as limitações impostas por esta patologia.

Palavras-Chave: Reabilitação; Insuficiência Cardíaca; Enfermeiro



ABSTRACT

Problematic: Heart failure has been increasing in incidence, mainly affecting the elderly population but also present in younger populations. This trend is expected to continue due to the increase in life expectancy and lifestyle factors, with contributing factors including diet, personal and family medical history of patients. Portugal is one of the European countries with the highest incidence rate of this chronic disease.

Objective: To map rehabilitation interventions for people with heart failure.

Methodology: A Scoping Review using the PCC method was conducted to answer the research question, "What are the rehabilitation interventions for nurses in people with heart failure?" The search was conducted on the following databases: CINAHL, MEDLINE, and Nursing and Allied Health Collection, with publication dates ranging from 2012 to 2023. A total of 10 articles were included in this study.

Results: After analyzing the articles, it was found that the most commonly used nursing rehabilitation interventions during rehabilitation programs were related to physical exercise, including aerobic, muscular strength, or functional respiratory rehabilitation. Other interventions focused on psychological support through questionnaires or motivational interviews, and lastly, interventions related to continuous support throughout the rehabilitation program to clarify doubts and assist in the management of therapeutic regimens and symptoms.

Conclusion: The research identified some interventions developed by specialized rehabilitation nurses that can improve the autonomy and independence of people with heart failure, including physical exercise, psychological support, and continuous follow-up during the rehabilitation program. It is essential to implement these interventions to contribute to the quality of life of these individuals, both physically and psychologically, helping them to better cope with the disease and define strategies that can be adopted to minimize the limitations imposed by this condition.

Keywords: Rehabilitation; Heart Failure; Nurse.



INTRODUÇÃO

O tema da seguinte revisão scoping é "Mapear quais as intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no doente com Insuficiência Cardíaca". A escolha deste tema, deve-se ao facto de existir necessidade em entender de que forma os enfermeiros de reabilitação conseguem e podem intervir no controlo da doença e prevenção de aparecimento de sintomas em doentes com Insuficiência Cardíaca. A escolha deste tema assenta ainda no facto de querer aprofundar mais conhecimentos sobre uma temática a abordar e aprofundar no futuro.

Os principais objetivos desta área de especialidade passam pela promoção da independência e maximização da satisfação da pessoa, conservando a sua autoestima. Cabe assim ao EEER criar, executar e avaliar os planos de enfermagem e reabilitação diferenciados, tendo por base as reais problemáticas e potenciais das pessoas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação apresenta um nível elevado de conhecimentos e experiência adquirida que lhe permite decidir relativamente à *"promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa"* (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O papel do EEER tem como objetivo criação de ações terapêuticas com o intuito de *"melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades"* (Ordem dos Enfermeiros,, 2020). A educação para a saúde é uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista de forma a capacitar os utentes e pessoas significativas para a alta, tendo por base a continuidade de cuidados e a readaptação das pessoas na comunidade. Ribeiro, (2021, p.576) refere que *"a doença cardiovascular (DCV) continua a ser a principal causa de incapacidade e mortalidade, tornando-se portanto imperativa a aplicação de medidas combinadas tanto de políticas de saúde de prevenção primária e secundária, como de iniciativas terapêuticas para prevenir a progressão da DCV e as suas complicações"*.

Dentro das patologias do foro cardiovascular, está a Insuficiência Cardíaca (IC) que, está definida segundo a European society of Cardiology (ESC), (2021), como um síndrome clínico, manifestado por um conjunto de sinais (aumento da pressão venosa jugular, fervores pulmonares e edema periférico) e sintomas (falta de ar, edema dos membros inferiores e fadiga) resultante de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco, do qual resulta o aumento da pressão intra cardíaca e uma inadequada resposta às necessidades de oxigênio das células em repouso ou durante o exercício

Identificar a etiologia da doença é fundamental para o correto diagnóstico. Na maioria das vezes a insuficiência cardíaca ocorre devido à disfunção cardíaca, seja ela sistólica ou diastólica, ou ambas. No entanto, patologias valvulares, do músculo cardíaco, do sistema de condução elétrico e malformações, podem também ser potenciais causas de patologia cardíaca (ESC 2021).

A SPC (2021) refere que a Insuficiência Cardíaca tem, atualmente em Portugal, uma prevalência de 5,2%, o que corresponde a cerca de 400 000 indivíduos adultos a sofrer da síndrome.

Segundo a SPC (2021) a incidência de Insuficiência Cardíaca *"aumenta abruptamente com a idade a partir da sétima década de vida e é a primeira causa de hospitalização após os 65 anos, nos países industrializados. Prevê-se um aumento do*



número de doentes com IC em 30% até 2034, devido essencialmente ao envelhecimento da população, bem como ao tratamento mais eficiente, quer das doenças cardíacas que terminam em IC, quer da própria síndrome".

Os programas de RC são criados por uma equipa multidisciplinar e compreendem um conjunto de ações que incluem a avaliação do risco cardiovascular, a educação para a saúde, mobilização de forma precoce e o treino baseado no exercício físico. (Ribeiro, 2021, p.576)

Ribeiro, (2021, p.593) menciona que o treino aeróbio intervalado é o mais indicado para a pessoa com IC. O mesmo autor descreve que as pausas permitem a recuperação do esforço, podendo por exemplo intercalar períodos de exercícios de 1 minuto com períodos de 1 minuto de repouso, assegurando desta forma a progressão gradual do tempo de exercício e a diminuição do tempo de pausa.

Segundo Ribeiro, (2021, p.595), a pessoa com IC deve ser "*instruída sobre técnicas de conservação de energia aquando da realização das atividades de vida diárias, sobre os fatores que aumentam a sobrecarga cardíaca e, na presença destes, sobre a adoção de estratégias adaptativas para a realização das respectivas atividades*".

Realço assim, a importância da atuação dos enfermeiros de reabilitação neste contexto, salientando a responsabilidade dos mesmos. Esperamos deste modo conseguir contribuir para uma maior visibilidade da problemática em questão e consequentemente dar ênfase à importância da enfermagem de reabilitação nestes doentes.

METODOLOGIA

A presente revisão Scoping da literatura foi realizada segundo as normas da JBI e procurou dar resposta à seguinte pergunta de investigação: "Quais são as intervenções (Conceito) do enfermeiro de reabilitação (População) na pessoa com insuficiência cardíaca (Contexto)?".

Na formulação da questão de investigação, para definir critérios de inclusão e exclusão e consequentemente da amostra, utilizamos o método designado de PCC (População, Conceito e Contexto).

Interesse: Será revista a literatura que trata o tema sobre as intervenções de enfermagem de Reabilitação aos doentes com Insuficiência Cardíaca.

De acordo com a temática abordada nesta revisão scoping foram seleccionados os seguintes descritores: *Heart Failure and Rehabilitation and Nurs**, validadas no MeSH (Medical Subject Headings). Estes foram combinados através da expressão booleana AND.

A pesquisa para o presente estudo, foi realizada em bases de dados através de plataformas digitais como EBSCO, incluindo Medline, Cinahl e Nurses and Allied Collections, utilizando artigos em língua portuguesa, e inglesa, com publicações entre 2012 e 2023 e texto integral disponível. Referente à abordagem metodológica utilizei estudos qualitativos e quantitativos.

Decidi optar por este espaço temporal não só para pesquisar informações mais recentes e com mais evidência científica, mas também para conseguir obter informações com alta aplicabilidade na prática e com maior variedade.

Na base de dados EBSCO, utilizou-se a seguinte equação booleana: Heart Failure (Título) AND Rehabilitation AND Nurs*.

Os critérios de inclusão e exclusão foram formulados a partir do mesmo método. Estes encontram-se no quadro seguinte, no quadro 1.

Critérios de Seleção	Critérios Inclusão	Critérios Exclusão
População	Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação	Enfermeiros com outras áreas de especialidade
Conceito	Intervenções de enfermagem	Intervenções de outras áreas de actuação

Contexto	Pessoa com insuficiência Cardíaca Pessoas com idade superior a 18 anos	Pessoa sem insuficiência cardíaca Pessoas com idade inferior a 18 anos
-----------------	---	---

Quadro 1- Critérios de inclusão e de exclusão

Para a extração de dados criei um instrumento que permite organizar os artigos inseridos no corpus do estudo, de forma sucinta salientando o essencial, o instrumento consiste numa tabela dividida nas seguintes partes: autores / ano, título, tipo de estudo e intervenções que pude depreender da análise dos artigos.

SÍNTESE E RESULTADOS

Após a aplicação dos descritores encontrou-se 651 artigos, que após a seleção do idioma em Português e Inglês, data de publicação de 2012 a 2023, artigos com texto integral disponível fica um total de 96, sendo que foram removidos após exclusão de duplicados 13 artigos, restando um final de 83 artigos.

Após leitura do título, fiquei com um total de 37 artigos, que, desses pela leitura do Abstract, restaram 18 artigos e após leitura de texto integral foram inseridos no corpus do estudo 10 artigos.

Selecionei a amostra através da leitura dos títulos, dos resumos e com leitura do texto integral, sendo que inicialmente verifiquei se os mesmos se encontravam dentro dos critérios de inclusão

Os resultados de triagem de artigos serão apresentados segundo as recomendações do PRISMA

Após a avaliação, foram incluídas no *corpus* do estudo 10 artigos O processo de seleção dos artigos encontra-se descrito na figura 1.

FLUXOGRAMA PRISMA

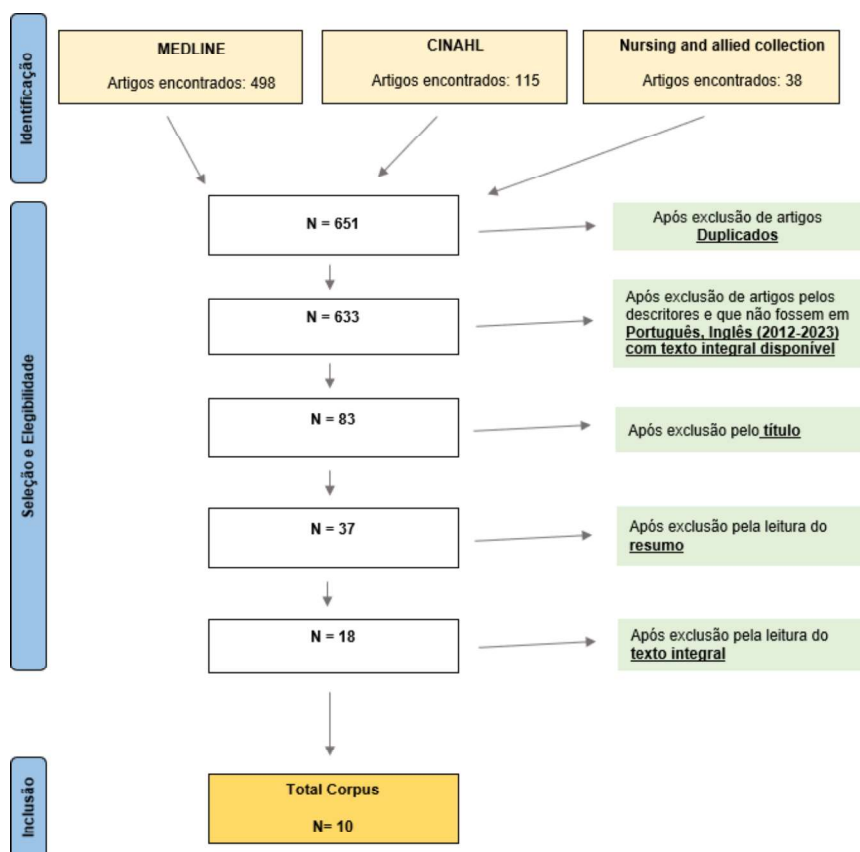


Figura 1- Fluxograma PRISMA



APRESENTAÇÃO DE DADOS

Tabela de extração de dados

Autores/Ano	Título	Tipo de estudo	Intervenções

RESULTADOS

Esta revisão scoping permitiu identificar intervenções do EEER na pessoa com insuficiência cardíaca. Foram identificados 10 artigos com intervenções que se salientaram como relevantes para aplicação futura, desses 10 artigos, 1 é um questionário, 8 são ensaios randomizados e 1 é um estudo quase experimental.

Ainda de salientar que dos 10 artigos, 3 foram desenvolvidos em Itália, 3 na Suécia, 1 nos estados unidos da américa, 1 na Polónia, 1 no Irão e 1 na Suíça contribuindo para uma amostra variada.

Em baixo encontra-se a análise dos artigos após aplicação do instrumento de colheita de dados:

Autores/Ano	Título	Tipo de estudo	Intervenções
Massimo F., Simone Binno, Andrew Coats, Alain Cohen-solal, Ugo Corrá, Constantino Davos, Tiny Jaarsma, Lars Lund, David Niederseer, Francesco Orso 25 Julho 2019	Regional differences in exercise training implementation in heart failure: findings from the Exercise Training in Heart Failure (ExTraHF) survey	Questionário	1- Exercícios treino Aeróbico: - Exercícios de carga constante - High Interval Intensity Training - Low Intensity Interval Training
Abeer Farghaly, Donna Fitzsimons, Judy Bradley, Magda Sedhom, Hady Atef 9 Novembro 2022	The Need for Breathing Training Techniques: The Elephant in the Heart Failure Cardiac Rehabilitation Room: A Randomized Controlled Trial	Randomized controlled trial	2 -Exercícios de treino Muscular: - Exercícios da muscular respiratória - Exercícios de equilíbrio e postura
Palmira Bernocchi, Michele Vitacca, Maria Teresa La Rovere, Maurizio Volterrani, Tiziana	Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a	Randomised Controlled Trial	1- Treino da musculatura inspiratória, recorrendo ao espirômetro, realizado em sets de 5 com 5 minutos de intervalo e 5 minutos de respiração. 2- Reeducação funcional respiratória em que eram realizados séries de 3, com 8 repetições separados por 5 minutos de pausa, de forma a reforçar a musculatura abdominal,

Galli, Doriana Baratti, Mara Paneroni, Giuseppe Campolongo, Barbara Sposato, Simonetta Scalvini 30 Agosto 2017	randomized controlled trial		recorrendo a reeducação costal glocal com e sem resistência 1- Exercícios no mini ergômetro e pedaleira 1.1.1 -O Nível inicial consiste em 15-25 minutos de exercício com mini ergômetro sem carga. 1.1.2- 30 minutos de exercícios calistênicos, realizados 3 vezes por semana, associado a exercício de marcha.
Sedigheh Fayazi, Hourosh Zarea, Ali Abbasi, Farzaneh Ahmadi, 25 de Abril de 2012	Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure	Estudo quasi experimental	2- O nível intermédio/Avançado, consiste em 30-45 minutos de mini ergômetro, com aumento gradual de peso, associado a 30-45 minutos de exercícios de força muscular. São utilizados pesos de 0,5 Kg. Pedaleira utilizada 3-7 vezes por semana
Kenneth E Freedland; Robert M. Carney; Michael W. Rich, et al 2015	Cognitive behavior Therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial	Randomized clinical trial	1- Treino de marcha, 30 minutos diariamente durante 8 semanas, consistindo em 3 fases 1.1- Primeira consiste no aquecimento, que dura 5 minutos 1.2- Segunda que consiste em 20 minutos de marcha, separados por 5 minutos de descanso, 1.3 - Terceira fase, período de alongamentos que consiste em 5 minutos de marcha lenta no final da sessão.
Paola Rebora; Valentina spedale, Guiseppe Occhino; Michaela Luciani; Rosaria Alvaro; Ercole Vellone et al,	Effectiveness of motivational interviewing on anxiety, depression, sleep quality and quality of life in heart failure patients:	Randomized	2- Os participantes recebiam chamadas telefônicas diárias para

22 February 2021	secondary analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial	clinical trial	confirmar a taxa de adesão e dificuldades sentidas
Pawel Kresinski; Ewa Jankowska; Janusz Siebert, et al 6 de Outubro de 2021	Effects of an outpatient intervention comprising nurse-led non-invasive assessments, telemedicine support and remote cardiologists decisions in patients with heart failure /AMULET study): a randomized controlled trial	Randomized clinical trial	1- Sessões semanais de 1 hora, durante 6 meses recorrendo à "cognitive behavioral Therapy (CBT) checklist. 1.1- Nestas sessões eram identificados problemas e desenvolvidos planos individualizados de forma a resolver os mesmos.
Tiny Jaarsma; Leonie Klompstra; Tuvia Ben Gal, et al 13 March 2020	Effects of exergaming on exercise capacity in patients with heart failure: results of an international multicentre randomized controlled trial		1- Uso da ferramenta de entrevista Motivacional em sessões presenciais. 1.1- Acompanhamento por chamadas telefónicas (Follow-Up) com a duração de 15 minutos, utilizando a entrevista motivacional.
Tiny Jaarsma; Leonie Klompstra; Tuvia Ben Gal; Ercone Vellone, et al 3 de julho de 2015	Increasing exercise capacity and quality of life of patients with heart failure through wii gaming: the rationale, design and methodology of the HF-Wii study; a multicentre randomized controlled trial	Randomized controlled trial	2- Check-up médico a cada 6-12 meses dependendo do estadio da insuficiência cardíaca, durante o mesmo, gerir sintomas e terapêutica.
		Randomized controlled trial	1- Visitas realizadas por enfermeiros, durante 12 meses. 1.1- Enfermeiros avaliam a intensidade da sintomatologia causada pela patologia, de acordo com a escala NYHA. Recorrer às medições com bioimpedância e providenciar recomendações dadas pelo fisiatra

Maria Liljeroos; Susanna Ågren; Tiny Jaarsma, et al 25 September 2015	Long term Follow-up after a randomized integrated educational and psychosocial intervention in patient partner dyads affected by heart failure	Randomized controlled Trial	1- Completar diariamente uma série de exercícios aeróbicos envolvendo jogos de computador interativos/ ativos. Pacientes eram reavaliados a cada 3,6 e 12 meses. 1- Os "jogos ativos" eram realizados recorrendo à consola "wii", começando com 1h hora de aula de apresentação. 1.1- Após sessão de apresentação na consola wii, a consola será instalada na casa da pessoa, será realizado exercício diário de 30 minutos, tendo a possibilidade de dividir em períodos mais curtos repartidos pelo dia. 2- Os pacientes eram acompanhados telefonicamente de forma a discutir a experiência e esclarecer dúvidas relacionadas com todo o processo. 1- Apoio psicológico, de
--	---	--	--

			modo a manter e desenvolver mecanismos de "coping" com as situações impostas pela doença. 2-Existem 3 módulos que eram realizados por enfermeiros nos primeiros 2, 6 e 12 meses após alta hospitalar: 2.1- Cada módulo consistia em terapia cognitiva, comportamental e mudança de hábitos, fossem estes alimentares ou relacionados com gestão terapêutica e de sintomas.
--	--	--	---

DISCUSSÃO

Após análise dos artigos inseridos no corpus do estudo, foi possível perceber que as intervenções que mais se salientaram aquando da aplicação de estratégias para doentes com insuficiência cardíaca, foram maioritariamente treino aeróbico. Para isso eram realizados exercícios com cicloergómetro, passadeira, ou simplesmente marcha. Contribuindo para estas estratégias, salientam-se dois artigos que abordam o treino aeróbico através do recurso a consolas de jogos em que os utentes desenvolveram e aprimoraram capacidades com recurso a "jogos ativos" ou seja jogos com interação do paciente, onde o mesmo ao realizar os exercícios que eram pedidos conseguia adquirir mais resistência mas também força muscular, amplitude de movimentos e auto estima.

Para além dos exercícios aeróbicos temos um programa que nos fala da importância da reeducação funcional respiratória no aumento da resistência dos pacientes, para isso recorreram a treino de musculatura respiratória e treino da capacidade respiratória, nomeadamente capacidade inspiratória utilizando neste último caso o espirómetro de incentivo.

Outro tipo de intervenções que pude identificar foram as intervenções de acompanhamento psicológico, em que os pacientes eram acompanhados através de intervenção psicológica, recorrendo a entrevistas motivacionais e terapia cognitiva comportamental, tudo realizado por enfermeiros.

Através deste acompanhamento psicológico foi possível elevar a auto estima dos pacientes em questão e identificar problemas que permitissem a elaboração de planos individualizados de modo a dar resposta ao que cada paciente necessitava.

Por último foi ainda possível verificar que praticamente todos os artigos abordaram o acompanhamento permanente destes utentes ao longo dos diversos programas, de modo a poder esclarecer qualquer dúvida existente e motivar a manter a adesão ao programa, o que considero essencial. Este acompanhamento acontece presencialmente mas também por chamada telefónica.

Em suma, pude perceber que as abordagens mais utilizadas nestes programas de reabilitação, foram o treino aeróbico, exercício de musculatura respiratória, intervenção psicológica e acompanhamento no decorrer do programa.

CONCLUSÃO

Com a realização desta revisão scoping consegui mapear algumas das intervenções do EEER no doente com IC.

Após a análise dos artigos, tal como supracitado, pude perceber a importância não só dos exercícios que contribuem para aumento da resistência e força muscular, mas também da importância que a componente psicológica tem nestes utentes, sendo essencial para o correto desenvolvimento do programa e manutenção da adesão.

Pude ainda verificar que quase todos os autores consideram essencial, tal como seria o esperado, o acompanhamento durante todo o programa uma vez que esta patologia sendo incapacitante nas AVD'S requer que seja a qualquer momento esclarecidas as dúvidas necessárias para existir uma evolução positiva.

Esta revisão scoping, considero essencial uma vez que me despertou para uma necessidade que não tinha como basilar na reabilitação deste utentes, que se trata da parte psicológica e que mantendo essa componente saudável, tudo o resto se consegue desenvolver de forma mais fluida.

Em suma, consegui assim desenvolver novos conhecimentos e competências acrescidas na área de Reabilitação em enfermagem de forma a facilitar a realização de futuros trabalhos sobre esta temática, ou trabalhos de investigação para aquisição de conhecimentos para uma prática avançada em enfermagem, baseando assim, este trabalho no conhecimento e na evidência científica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bernocchi, P., Vitacca, M., La Rovere, M. T., Volterrani, M., Galli, T., Baratti, D., Paneroni, M., Campolongo, G., Sposato, B., & Scalvini, S. (2018). Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial. *Age & Ageing*, 47(1), 82–88. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx145>.

European Journal of Heart Failure, 24(3), 565–577. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2464>.

Farghaly, A., Fitzsimons, D., Bradley, J., Sedhom, M., & Atef, H. (2022). The Need for Breathing Training Techniques: The Elephant in the Heart Failure Cardiac Rehabilitation Room: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22).

Fayazi, S., Zarea, K., Abbasi, A., & Ahmadi, F. (2013). Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 246–252.

Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., & Rubin, E. H. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), 1773–1782. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>.

Jaarsma, T., Klompstra, L., Ben Gal, T., Boyne, J., Vellone, E., Bäck, M., Dickstein, K., Fridlund, B., Hoes, A., Piepoli, M. F., Chialà, O., Mårtensson, J., & Strömberg, A. (2015). Increasing exercise capacity and quality of life of patients with heart failure through Wii gaming: the rationale, design and methodology of the HF-Wii study; a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure*, 17(7), 743–748.

Krzesiński, P., Jankowska, E. A., Siebert, J., Galas, A., Piotrowicz, K., Stańczyk, A., Siwołowski, P., Gutknecht, P., Chrom, P., Murawski, P., Walczak, A., Szalewska, D., Banasiak, W., Ponikowski, P., & Gielera, G. (2022). Effects of an outpatient intervention comprising nurse-led non-invasive assessments, telemedicine support and remote cardiologists' decisions in patients with heart failure (AMULET study): a randomised controlled trial.

Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., Årestedt, K., & Strömberg, A. (2015). Long Term Follow-Up after a Randomized Integrated Educational and Psychosocial Intervention in Patient-Partner Dyads Affected by Heart Failure. *PloS One*, 10(9), e0138058.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República nº26/2019, Série II de 2019-02-06.



Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca (p. 123).

Piepoli, M. F., Binno, S., Coats, A. J. S., Cohen-Solal, A., Corrà, U., Davos, C. H., Jaarsma, T., Lund, L., Niederseer, D., Orso, F., Villani, G. Q., Agostoni, P., Volterrani, M., & Seferovic, P. (2019). Regional differences in exercise training implementation in heart failure: findings from the Exercise Training in Heart Failure (ExTraHF) survey. *European Journal of Heart Failure*, 21(9), 1142–1148.

Rebora, P., Spedale, V., Occhino, G., Luciani, M., Alvaro, R., Vellone, E., Riegel, B., & Ausili, D. (2021). Effectiveness of motivational interviewing on anxiety, depression, sleep quality and quality of life in heart failure patients: secondary analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 30(7), 1939–1949
<https://doi.org/10.1007/s11136-021-02810-4>.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel edições técnicas, Lda.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2021). *Recomendações de Bolso de 2021 da ESC*.
<https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6.pdf>.

APÊNDICE XIII – Poster e Panfleto Estágio Comunidade

CUIDAR EM CASA A PESSOA



COM DEMÊNCIA

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE SEGURANÇA

Ambiente Seguro



Ambiente social caracteriza-se pelo meio relacional e cultural que envolve a pessoa com demência

Ambiente físico caracteriza-se pelas estruturas e espaços que rodeiam a pessoa com demência

A interação de forma adequada entre o ambiente físico e social garantem o ambiente seguro para a pessoa com demência

Fatores que aumentam risco de queda

Relacionados com a pessoa

- Tipo de demência
- Problemas visuais e auditivos
- Uso inadequado de dispositivos de apoio
- Medicação
- Alterações no equilíbrio e no caminhar
- Tipo de calçado
- Tipo de Roupa

Relacionados com ambiente físico

- Objetos no chão
- Divisões com muito mobiliário
- Casas muito decoradas
- Escadas ou rampas

O que fazer em caso de queda

1º Se a pessoa tiver inconsciente, ou sentir dor, ligue 112 mas não levante a pessoa

2º Se a pessoa sentir que se consegue levantar coloque uma cadeira à sua frente para que se levante com o apoio dos joelhos e outra atrás para a pessoa se sentar

3º Informe os profissionais de saúde sobre a queda da pessoa



A Segurança dentro de casa	
Fatores a ter em consideração:	
Divisões da Casa	Deixar espaço suficiente entre o mobiliário para permitir circulação Incluir barras de apoio no WC (Banheira e sanita)
A Segurança dentro de casa	
Fatores a ter em consideração:	
Locais de Passagem	Manter os locais de passagem desimpedidos (fio, objetos, etc...) Retirar tapetes ou fixa-los ao chão com fita adesiva Colocar corrimões e sinalizar os degraus com cores contrastantes e fitas aderentes
Luminosidade	Manter divisões iluminadas e evitar diferenças de luz entre divisões minimizando sombras Evitar o excesso de brilho no chão e outras superfícies que podem induzir confusão Utilizar luzes de presença noturnas no quarto, WC e escadas
Estímulos Externos	Evitar o excesso de Ruído/barulhos de fundo Manter espaços limpos e organizados, não alterando a ordem Em fases mais avançadas da demência retirar espelhos pois as pessoas ao serem incapazes de se reconhecerem assustam-se
A Segurança dentro de casa	
Fatores a ter em consideração:	
Dispositivos de Apoio	Garantir o uso correto dos dispositivos de apoio Garantir a correta manutenção dos óculos e aparelhos auditivos Realizar uma manutenção correta e regular das cadeiras de rodas e dispositivos auxiliares de marcha
Vestuário	Evitar roupas largas ou compridas Dar preferência a roupa com elasticidade permitindo mais movimentos Substituir fechos e botões por velcro
	Optar por calçado Antiderrapante adaptado ao pé da pessoa Evitar chinelos, saltos altos ou sapatos estreitos