EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Rehabilitation Nurse's intervention in Heart Failure

Maria Inês Horta Costa

Almada

2024

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Rehabilitation Nurse's intervention in Heart Failure

Maria Inês Horta Costa

Professora Noélia Ferreira

Almada

2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de prestar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização do presente trabalho e concretização desta jornada.

Primeiramente, gostaria de agradecer à Professora Noélia Ferreira, pela sua preciosa orientação ao longo do presente trabalho, assim, como a sua orientação nos estágios realizados. O meu profundo reconhecimento e agradecimento pelos seus ensinamentos, orientação, pertinência das suas observações e pela empatia/ carinho demonstrada(o) perante os meus desabafos. O meu profundo agradecimento ao Professor Doutor Júlio Fernandes pela orientação ao longo do curso de Mestrado.

Aos Srs. Enfermeiros orientadores, agradeço todo o apoio e partilha de conhecimentos e experiência, fundamentais para o meu desenvolvimento profissional e, também, pessoal. A todas as pessoas a quem prestei cuidados de reabilitação, ao longo dos estágios, o meu sincero agradecimento.

Aos meus colegas do curso de Mestrado, principalmente, à Cátia, ao Francisco e à Solange. Muito obrigada pelos momentos partilhados e por todas as gargalhadas.

À minha equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta, o meu profundo agradecimento por toda a disponibilidade, carinho e apoio demonstrado neste momento da minha vida. Estiveram sempre lá para me apoiarem e limparem as minhas lágrimas, nos dias de maior cansaço físico e emocional. Por fazerem parte da minha vida, o meu sincero obrigada "Alcateia".

À Mariana e ao Diogo, os meus AMORES. No início desta jornada, Mariana estavas quase a fazer 3 anos e tu Diogo, tinhas apenas 1 ano. Sei que foi difícil, mas, também sei, que futuramente, vos servirá de exemplo, para percorreram atrás daquilo que desejam. Era convosco que ganhava sempre força para continuar.

Ao Rui, o meu AMOR, amigo, companheiro de toda uma vida, obrigada por sempre me apoiares em todas as minhas aventuras e estares sempre lá para me amparar nos dias mais difíceis. Muito obrigada por teres sido o principal impulsionador de seguir este sonho que se encontrava adormecido. Sem o teu apoio nada disto seria possível!

Aos meus pais, o meu "porto seguro", agradeço todo o Amor e apoio que me deram a mim, ao Rui e, principalmente, aos vossos queridos netinhos. Muito obrigada por estarem sempre presentes e, estarei eternamente agradecida, por todos os dias em que os foram buscar à escola, especialmente, por todo o aconchego e miminhos, que eu queria ter dado. Também especial agradecimento aos meus sogros pelo apoio demonstrado.

Por último, quero agradecer à Escola Superior de Saúde Egas e aos professores do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, por todos os ensinamentos e momentos de partilha.

A todos vós os meus sinceros agradecimentos.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APELA – Associação Portuguesa de Esclerose Amiotrófica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD´s – Atividades de vida diárias

CE – Conservação de Energia

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

FC – Frequência Cardíaca

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

MS – Membro Superior

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RC – Reabilitação Cardíaca

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

Sra. – Senhora

Sr. – Senhor

TC6min – Teste de Caminhada de 6 minutos

RESUMO

Para a obtenção do grau de mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista, torna-se essencial o desenvolvimento de competências específicas, quer a nível académico, quer através da realização de estágios, que permitem ao estudante o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades exigidas.

A Insuficiência Cardíaca enquadra-se nas patologias do foro cardiovascular, apresentando-se como uma das principais causas de incapacidade e mortalidade, afetando cerca de 64 milhões de pessoas a nível mundial (Shahim et al., 2023, Federação Mundial do Coração, 2022), apresentando uma prevalência de 5.2% em Portugal. A reabilitação cardíaca surge, assim, como uma estratégia de reabilitação imprescindível na maximização das potencialidades da pessoa de forma a melhorar a sua saúde ou minimizar as consequências desta problemática, diminuindo o número de internamentos, assim como, o impacto ao nível das despesas em saúde. Como tal, o presente relatório assenta na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca, tendo como modelo teórico a Teoria de Adaptação da teórica Callista Roy, com intuito de promover uma melhor adaptação possível da pessoa à sua realidade, potenciando a uma autonomia funcional.

Neste relatório de estágio, é realizada uma descrição e análise das intervenções concretizadas durante o estágio, que permitiram desenvolver as competências preconizadas nos descritores de 2º ciclo de Dublin em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Reabilitação; Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Competências.

ABSTRAT

To obtain a master's degree and the professional title of Specialist Nurse, it is essential to develop specific skills, either at an academic level or through professional internships, which allow the student to develop the required knowledge and skills.

Heart Failure falls within the cardiovascular pathologies, presenting itself as one of the main causes of disability and mortality, affecting around 64 million people worldwide (Shahim et al., 2023, World Heart Federation), with a prevalence of 5.2% in Portugal.

Cardiac Rehabilitation thus emerges as an essential rehabilitation strategy in maximizing a person's potential in order to improve their health or minimize the consequences of this problem, reducing the number of hospitalizations, as well as the impact on health expenditure. As such, this report is based on the intervention of the specialist nurse in rehabilitation nursing for people with Heart Failure, using as a theoretical model the Adaptation Theory of theorist Callista Roy, with the aim of promoting the best possible adaptation of the person to their reality, enhancing to functional autonomy.

In this internship report, a description and analysis of the interventions carried out during clinical teaching is carried out, as well as the common skills of specialist nurses and specific skills of specialist rehabilitation nurses.

Keywords: Heart Failure; Rehabilitation; Nursing; Rehabilitation Nurse; Skills.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA 14

1.1. Insuficiência Cardíaca 14

1.1.1. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca 14

1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a pessoa com Insuficiência Cardíaca 16

1.2.1. Educação para a saúde e capacitação 16

1.2.2. Programa de exercícios 17

1.2.2.1. Frequência 18

1.2.2.2. Intensidade 18

1.2.2.3. Tempo 19

1.2.2.4. Tipos de Exercício 19

1.2.3. Entrevista motivacional 21

1.2.4. Conservação de Energia 21

2. **TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE *CALLISTA ROY*** 22

2.1. Pessoa 22

2.2. Ambiente 23

2.3. Saúde 23

2.4. Enfermagem 24

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 25

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 25

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 25

3.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade 29

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados 32

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 35

3.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 38

3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados 39

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;. 47

3.2.3. Maximiza a capacidade funcional da pessoa 50

CONCLUSÃO 58

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS 63

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

APÊNDICE II – PLANO DE ATIVIDADES

APÊNDICE III – ESTUDO DE CASO 1 - AVC

APÊNDICE IV– ESTUDO DE CASO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

APÊNDICE V– ESTUDO DE CASO 2 – AVC

APÊNDICE VI– PRANCHAS DE COMUNICAÇÃO

APÊNDICE VII - PRANCHA DE REEDUCAÇÃO FACIAL E EXERCÍCIOS DE MUSCULATURA DA CABEÇA E PESCOÇO

APÊNDICE VIII – FOLHETO DE CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR NA TÉCNICA DE TRANSFERÊNCIA

APÊNDICE IX – FOLHETO DE EXERCÍCIOS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

APÊNDICE X – POSTER DE EXERCÍCIOS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

APÊNDICE XI – FOLHETO DE TREINO DE MARCHA; SUBIR E DESCER ESCADAS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

APÊNDICE XII – POSTER DE TREINO DE MARCHA; SUBIR E DESCER ESCADAS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

APÊNDICE XIII – PEDIDO DE PRORROGAÇÃO ENVIADO A EQUIPA COORDENADORA LOCAL DE PESSOA INTERNADA NA UNIDADE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

APÊNDICE XIV – PEDIDO ENVIADO À SCM A SOLICITAR TALA DE URIAS

APÊNDICE XV – GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (serviço de Ortotraumatologia)

APÊNDICE XVI – PLANIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 1

APÊNDICE XVII – PLANIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2

APÊNDICE XVIII – CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO 2023 – PÓSTER E IMAGEM

APÊNDICE XVIX – POSTER CONHECER A DEMÊNCIA E MINI-GUIA

APÊNDICE XVX – FOLHETOS CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

APÊNDICE XVXI – 3ºCONGRESSO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi realizado, no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, que se encontra inserida no 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Teve como principal objetivo a descrição e análise crítica das competências comuns definidas para o enfermeiro especialista (EE), assim como, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), desenvolvidas no decorrer dos estágios realizados, a nível hospitalar e comunitário, fazendo-as relacionar com os descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de ensino. Este relatório, representa o términus dos estágios realizados, conferindo, posteriormente e após aprovação, o grau de mestre e atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), a reabilitação consiste numa especialidade multidisciplinar que abrange um leque de conhecimentos e procedimentos específicos, com o intuito de auxiliar as pessoas com patologia aguda, crónica e respetivas sequelas, de forma a maximizar o seu potencial funcional e independência. Como tal, a reabilitação pretende, assim, uma melhoria da função, contribuir para a promoção da independência e a maximização da satisfação da pessoa, sem desvalorizar a sua auto-estima (OE, 2019b). O EEER deve, assim, conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação, levando em consideração, a problemática real, assim como, as potencialidades das pessoas. Desta forma, o EEER, pelo seu elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida, tem a capacidade de tomar decisões visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias, o tratamento e a reabilitação, com a maximização do potencial da pessoa (OE, 2019b). A sua intervenção tem como objetivo principal, a promoção ao nível do diagnóstico precoce e de intervenções de enfermagem de reabilitação, de forma a manter a funcionalidade das pessoas, prevenir complicações, evitar incapacidades e recuperar a independência nas atividades de vida e diminuir o impacto gerado pelas incapacidades adquiridas (OE, 2019b).

No início da Unidade Curricular – Estágio – foi solicitado a elaboração de um projeto que, neste caso, se intitulou "A Intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação com a pessoa com Insuficiência Cardíaca". O mesmo projeto foi aplicado no decorrer dos estágios realizados, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos, inicialmente, estipulados. A sua implementação permitiu o desenvolvimento de competências definidas nos descritores de Dublin ao nível do 2º ciclo de ensino em articulação com as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER. O projeto de estágio foi assim aplicado em diferentes contextos de intervenção, nomeadamente, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) (que se

encontrava dividida em 3 valências: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), numa Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), no Hospital (serviço de Ortotraumatologia e serviço de Medicina Interna) e intervenção comunitária - clinica Egas Moniz com projeto de intervenção em colaboração com a ECCI. De forma a complementar os conhecimentos adquiridos a nível académico e através da revisão *scoping*, foi solicitada a visita a um serviço de Cardiologia que apresentava um programa de reabilitação cardíaca (RC), fase 1 e fase 2 (programa de 12 semanas).

A escolha do tema, prendeu-se com o facto da Insuficiência Cardíaca (IC) apresentar uma elevada taxa de admissão hospitalar e necessidade de reinternamentos associados à sua descompensação (Pestana et al., 2023; Timóteo, A. et al., 2020). O tema prendeu-se, também, com o facto de se pretender desenvolver competências enquanto EEER para intervir com a pessoa com IC, no sentido de minimizar os episódios de agudização da doença, capacitando a pessoa para uma readaptação dos autocuidados, assim como, dos estilos de vida. Outro fator que pesou na escolha deste tema, foi o facto de a RC ter sido considerada, pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, uma das áreas prioritárias de investigação (OE, 2015a).

Ao nível da estrutura do relatório, primeiramente, será realizado um enquadramento teórico do tema selecionado, onde se apresenta a definição de IC e dados epidemiológicos, assim como, são focadas as intervenções do EEER com a pessoa com IC, obtidas através da revisão *scoping* realizada. Ainda dentro do enquadramento teórico, será analisado o Modelo Teórico escolhido para nortear a intervenção durante a prática de estágio, neste caso, a Teoria da Adaptação da autora Callista Roy. De seguida, serão analisados, os objetivos gerais e específicos do presente relatório, sendo discriminadas as intervenções realizadas, previamente estipuladas ao nível do plano de atividades. Após a análise das intervenções, será efetuada uma avaliação das mesmas e, posteriormente, uma conclusão onde se incluirão as considerações finais e fulcrais à prática de enfermagem de reabilitação, assim como, uma reflexão e análise realizada ao longo do relatório. Por fim, são apresentadas a lista de referências bibliográficas, assim como, os apêndices.

As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a norma de referenciação *American Psychological Association*– 7ª edição. Este documento está redigido segundo o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

1.1. Insuficiência Cardíaca

A doença cardiovascular continua a ser a principal causa de incapacidade e mortalidade, pelo que se torna imperativa a aplicação de medidas combinadas quer a nível de políticas de saúde de prevenção primária e secundária, quer a nível de iniciativas terapêuticas para prevenir a progressão da doença cardiovascular e respetivas complicações (Ribeiro, 2021). A IC encontra-se dentro das patologias do foro cardiovascular e, é entendida como uma síndrome clínica com sinais e sintomas, que resultam de uma alteração cardíaca estrutural e/ou funcional (Novo et al., 2020). Por norma, surge devido à disfunção do miocárdio: sistólica, diastólica ou ambas. As valvulopatias, as patologias do pericárdio, do endocárdio, alterações do ritmo cardíaco, assim como, as alterações do sistema de condução podem, também, provocar ou contribuir para o desenvolvimento da IC (Gouveia et al., 2019 & Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2021).

1.1.1. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca

A IC diz respeito a um problema de saúde pública, com uma prevalência mundial estimada de 64 milhões de pessoas (Shahim et al., 2023), dados confirmados pela Federação Mundial do Coração que divulga que cerca de 26 milhões de pessoas apresentam a confirmação do diagnóstico a nível mundial e, uma estimativa de mais de 37.7 milhões de pessoas se encontra por diagnosticar. Portugal, segundo o Registo Nacional de Insuficiência Cardíaca, apresenta uma prevalência de 5,2%, o que corresponde a cerca de 400 000 indivíduos adultos a sofrer da síndrome (Abreu et al., 2018). Recentemente, foi realizado um estudo em Portugal, intitulado "*Porthos*" (*Portuguese Heart Failure Observational study*), desenvolvido entre dezembro de 2021 e setembro de 2023, percorrendo 22 municípios de Portugal Continental (Batista et al., 2023). Este estudo, foi desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia e, pretendeu estimar a quantidade de pessoas a padecer de IC em Portugal, atualizando os dados anteriormente mencionados. Segundo o mesmo, mais de 700 mil portugueses com mais de 50 anos apresentam IC, dos quais 90% deles desconhece o diagnóstico (Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca, 2024 & Batista et al.,2023).

A sua incidência apresenta um aumento abrupto com a idade a partir da sétima década de vida tornando-se, nos países industrializados, na primeira causa de hospitalização após os 65 anos. Em 2035, está previsto um aumento de 30% do número de pessoas com IC, devido essencialmente ao envelhecimento populacional, assim como, ao tratamento cada vez mais eficiente, quer das doenças cardíacas que terminam em IC,

quer da própria síndrome (Fonseca et al., 2017; Fonseca et al., 2018 & Gouveia et al., 2019).

Os episódios de descompensação de IC requerem, na maioria das vezes, o recurso ao serviço de urgência levando, consequentemente, ao internamento ou reinternamento hospitalar (Fonseca et al., 2018). Com a previsão do aumento de hospitalizações, prevê-se também um aumento dos custos de saúde diretos com o tratamento da IC caso não sejam encontradas estratégias na perspetiva da sua prevenção/ tratamento. Por norma, os internamentos são seguidos de um episódio de reinternamento após 30 dias em 24% dos casos e 50% após 6 meses da data de alta hospitalar (Fonseca et al., 2018). Cada internamento acarreta um agravamento adicional na IC, conduzindo ao declínio da condição clínica da pessoa, até à sua morte (Fonseca et al., 2017). O relatório "Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números" referente a 2015, menciona a IC, enquanto diagnóstico primário, como a 2ª maior fonte de produção hospitalar, responsável por 182512 dias de internamento em 2014, onde 18588 das pessoas tiveram alta após o internamento por IC descompensada (Fonseca et al., 2017). Em 2014, segundo a Direção Geral de Saúde, a IC apresentou uma duração média de internamento de 10 dias e uma elevada taxa de mortalidade hospitalar (Timóteo, A. et al., 2020). Frequentemente, em Portugal, a IC é apresentada sob diagnóstico secundário nos processos clínicos, pelo que se considera que o número real de pessoas hospitalizadas por IC, é superior ao relatado (Fonseca et al., 2017).

Segundo as estatísticas, até 2/3 dos reinternamentos hospitalares por IC são desencadeados por fatores potencialmente evitáveis, tais como, planeamento de alta ineficaz, não adesão medicamentosa; acompanhamento inadequado das pessoas com IC; apoio social insuficiente e atrasos na procura de atendimento médico (Moertl et al., 2017). Pelo que se torna fundamental o diagnóstico precoce, assim como, a criação de programas de gestão de doenças pós-alta e a melhoria na articulação entre os cuidados de saúde (Bettencourt et al., 2021), com intuito de prevenir os reinternamentos e reduzir a mortalidade e custos em saúde (Moertl et al., 2017), melhorando a qualidade de vida das pessoas com IC.

Em suma, a IC conduz a uma maior dependência funcional e a um comprometimento das atividades de vida diárias (AVD's) (Delgado et al., 2019), assim como, limitações físicas e psicológicas com fortes implicações a nível psicossocial, levando ao isolamento social, ansiedade, frustração e depressão, o que se poderá traduzir numa redução da qualidade de vida das pessoas com IC e cuidadores (Fonseca et al., 2017).

1.2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a pessoa com Insuficiência Cardíaca

Cabe ao EEER criar, executar e avaliar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados tendo por base as reais problemáticas e os potenciais das pessoas. Este, 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"* (OE, 2019b, p. 1). Torna-se importante avaliar os contributos e as intervenções do EEER para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa com IC, de forma a promover estilos de vida e comportamentos saudáveis evitando complicações inerentes à doença e melhorar, consequentemente, a sua qualidade de vida.

Com o intuito de identificar as intervenções do EEER com a pessoa com IC, realizou-se uma revisão *scoping* cujo protocolo se encontra em APÊNDICE I. Os resultados desta revisão indicam que o EEER tem um papel fundamental no âmbito da educação para a saúde e capacitação da pessoa com IC, ao nível da prescrição de programas de exercício; fornecimento de *feedback* positivo/ entrevista motivacional e, ao nível, do ensino, instrução e treino quanto a estratégias de conservação de energia (CE), com intuito de melhorar a tolerância à atividade, melhorando a sua qualidade de vida.

1.2.1. Educação para a saúde e capacitação

O EEER tem um papel importante na perceção que a pessoa tem da sua doença, contribuindo para a desmitificação de crenças erróneas, realizando ensinos para a saúde, promoção de estilos de vida saudáveis, autonomia e capacitação da pessoa para gerir o processo de doença (Chaudhry & Golay, 2019). Torna-se fundamental a criação de uma relação terapêutica entre a pessoa e profissional de saúde, cultivando um sentimento de parceria, de forma que esta se sinta segura e compreendida. A pessoa que recebe ensinos pelos profissionais de saúde, assim como, as que têm acesso imediato aos mesmos ou aqueles que são alvo de tratamentos personalizados, apresentam sentimentos mais positivos e de confiança para com o profissional de saúde e, consequentemente, para com o tratamento instituído (Pizga et al., 2022).

É importante salientar que, a transmissão de conhecimentos é fundamental, tendo em conta que só é possível à pessoa com IC controlar os sinais e sintomas da doença se, primeiramente, os conseguir reconhecer. Assim, torna-se imprescindível que a pessoa conheça a patologia e, saiba identificar os sinais e sintomas de alarme para conseguir identificar situações de alerta, tais como, o aumento do peso corporal (>2 kg em 2 dias) (Ding et al., 2020) ou numa semana, particularmente, quando associadas a um

agravamento da sintomatologia da IC (dispneia progressiva, ortopneia e dispneia paroxística noturna, edemas) (de Souza et al., 2014). Como tal, os EEER têm um papel fundamental no aumento da literacia em saúde para capacitar a pessoa com IC a gerir o processo de doença (Pereira Sousa et al., 2019).

Na IC, os ensinos necessários encontram-se relacionados com o conhecimento da doença, assim como, sinais e sintomas e prevenção de agudizações que culminem num episódio de reinternamento (Atherton et al., 2018). Como tal, é fundamental informar quanto aos cuidados farmacológicos, como a importância da adesão terapêutica, assim como, quanto aos não farmacológicos, como a necessidade de controlo regular do peso, a restrição de líquidos de 1.5-2l/dia (líquidos no geral, não contabilizar apenas a ingestão hídrica) e evitar a ingestão excessiva de sal (Moertl et al., 2017; Ding et al., 2020). É ainda fundamental realçar a importância da atividade física e a vacinação anual contra a gripe e pneumonia (de Souza et al., 2014; Mantovani et al., 2015). Em caso de agravamento de sintomas, para além da sua identificação é essencial que exista uma forma de estar em contato com a equipa multidisciplinar para realizar um ajuste do plano terapêutico, tais como, aumentar a terapêutica diurética (de Souza et al., 2014).

Com o intuito de aumentar a taxa de adesão da pessoa ao regime terapêutico, os profissionais devem adotar um conjunto de estratégias, tais como, fornecer informações orais e escritas adequadas ao nível educacional e de literacia em saúde da pessoa; estabelecer relação terapêutica entre a pessoa e a equipa multidisciplinar; recorrer ao uso de auxiliares de autocuidado como por exemplo a utilização de uma caixa de dosagem; entre outras (Moerty et al., 2017).

A existência de programas pós-alta, direcionados a pessoas com IC, mostrou-se eficaz no controlo de sintomas e intervenção precoce, em caso de agravamento clínico, podendo ser realizado remotamente (Ding et al., 2020). Torna-se fundamental, a criação de uma rede de apoio, entre o hospital e a comunidade, devendo estes programas de acompanhamento, focar a educação para a saúde (Moerty et al., 2017).

O programa *Rehabilitation EnAblement in Chronic Heart Failure (REACH-HF),* consiste na realização de visitas domiciliárias e contatos telefónicos (Dalal et al., 2019). Este programa, apresentou resultados clínicos ao nível da qualidade de vida da pessoa e autogestão, sendo uma alternativa eficaz aos programas de reabilitação convencionais.

1.2.2. Programa de exercícios

Primeiramente à implementação de um programa de exercício, a pessoa com IC deverá ser avaliada para determinar o seu estado funcional e a gravidade de sintomatologia associado ao esforço. O EEER poderá utilizar como instrumento de avaliação, o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6min.) (Bernocchi et al., 2018; Conrads et al., 2012; Delgado et al., 2022; Pereira Sousa, et al., 2019; Tsutsui et al., 2019), o Teste Cardiopulmonar de Exercício; a Escala de Borg para avaliação subjetiva ao esforço, e a

escala de *London Chest of Activities of Daily Living* (LCADL) para avaliação do grau de dispneia (Conrads et al.,2012; Gary et al., 2012; Farghaly et al., 2022; Laddu et al., 2021). Segundo apurado, O EEER pretende que a pessoa com IC, durante a realização do exercício, mantenha uma sensação de esforço de 11-13 na Escala de Borg (Conraads et al., 2012) ou um esforço de 4-6 na Escala de Borg Modificada (Farghaly et al., 2022).

O programa de exercício é prescrito de acordo com o acrónimo FITT, que significa – frequência, intensidade, tempo e tipo (Conrads et al., 2012). Segundo os critérios para patologia cardíaca em fase aguda, definidos em 2018 pela American College of Sports Medicine, o programa de exercícios é prescrito segundo o acrónimo FITTVP, onde o V (Volume) corresponde à *"quantidade de exercício realizado, diretamente relacionado com o número de sessões e duração das mesmas"* e o P (Progressão) se encontra relacionado "*com a tolerância do doente ao esforço progressivo, evidenciada pelos parâmetros de segurança*" (Novo et al., 2020, p.221).

1.2.2.1. Frequência

A frequência de exercícios pode variar, consoante a condição física das pessoas, podendo variar entre 3 a 5 sessões semanais (Dalal et al., 2019; Farghaly et al., 2022). Para Riegel et al. (2017), as pessoas com IC grave podem realizar o programa 3 dias por semana e, as pessoas que encontrem a sua situação clínica mais estabilizada podem aumentar a frequência para 5 dias.

Relativamente ao número de repetições, defende-se que em internamento hospitalar, a pessoa deverá iniciar o treino com 3 repetições, com uma pausa intermédia para avaliação dos parâmetros vitais e despiste de sinais de alarme, seguindo-se de mais 3 repetições (3+3), aumentando diariamente o número de repetições, (OE, 2020).

1.2.2.2. Intensidade

A intensidade do exercício físico é determinada consoante a condição física da pessoa e, pode ser determinada pela monitorização dos parâmetros vitais, nomeadamente, pela monitorização da FC e saturação de oxigénio, assim como, pela avaliação subjetiva do esforço (escala de Borg) e da tolerância da pessoa ao exercício. Assim, a intensidade pode ser determinada por vários parâmetros objetivos e subjetivos. Por parâmetros objetivos, podemos entender a FC, o consumo de oxigénio e o equivalente metabólico, sendo o primeiro o mais frequentemente utilizado tendo em conta a sua fácil aplicação (Novo et al., 2020). Pode obter-se a FC de treino, através da fórmula de *Karvonen*, sendo necessário o valor de frequência cardíaca máxima obtida durante a prova de esforço ou através da fórmula (220 – idade). A FC de treino é também determinada tendo por base a intensidade de treino que a pessoa pode realizar (Novo et al., 2020). Porém, existem ressalvas quanto ao uso da FC para prescrição e avaliação da intensidade do exercício em pessoas sob o uso de betabloqueadores (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2020).

FC treino = (FC Max – FC basal) x % intensidade + FC basal

Para além da utilização desta fórmula, é aceitável utilizar como limite máximo uma variação de FC de 20 a 30 bpmin durante a realização de exercício físico. A variação da TA sistólica também pode ser utilizada, sendo que a mesma não deverá ultrapassar os 40mmHg (Novo et al., 2020).

Relativamente ao parâmetro subjetivo, é frequentemente utilizada a perceção subjetiva de esforço, avaliada pela escala de Borg, devendo situar-se abaixo de 13, idealmente mantendo o esforço entre o nível 11 (razoavelmente leve) a 13 (ligeiramente difícil), numa escala de 6-20. Em caso de utilização de escala de Borg Modificada, 0 a 10, o nível de esforço deverá situar-se em valores inferiores a 7, sendo recomendado variar entre 4-7 (Novo et al., 2020) ou 4-6 (Farghaly et al., 2022).

1.2.2.3. Tempo

A duração dos exercícios difere da tipologia dos mesmos. Poderão ser aconselhadas sessões de 45-55minutos (Farghaly et al., 2022), assim como de 30 a 60minutos/ dia (Riegel et al., 2017). Existe benefício em aumentar o tempo de treino, estando os melhores resultados relacionados diretamente com a duração dos exercícios (Travensolo et al., 2018). O mesmo não significa que exercícios extremamente prolongados sejam mais positivos para as pessoas com IC. Assim, é prematuro afirmar que os exercícios aeróbios devam ser realizados acima de 60 minutos (Travensolo et al., 2018).

Para definir a duração de cada sessão, deveremos ter em consideração a fase de reabilitação em que a pessoa se encontra. Em ambulatório, as sessões poderão ir de 30 a 60 minutos e em internamento intra-hospitalar, o programa de exercício deverá iniciar-se com 3 a 5 minutos, intervalados com períodos de descanso de 1-2 minutos, progredindo o exercício até 10 a 15 minutos, com tempo máximo de 20 minutos (Novo et al., 2020).

Ao nível da prescrição de exercícios, é recomendado alterar um componente do programa FITT de cada vez, devendo aumentar o tempo (1 a 5 minutos/ sessão) antes de aumentar a intensidade e a frequência de exercício (Taylor et al., 2023).

1.2.2.4. Tipos de Exercício

Relativamente ao tipo de exercício, três modalidades diferentes são geralmente prescritas às pessoas com IC – Treino Aeróbio (contínuo e intervalado), Treino de força/ resistência e treino muscular respiratório (Conrads et al., 2012; Novo et al., 2020). Tendo em conta que, um dos principais objetivos dos programas de reabilitação à pessoa com IC, consiste na melhoria da sua capacidade funcional, com melhoria do desempenho nas AVD's, defende-se que o programa de treino deva incluir uma combinação de treino aeróbio, treino de resistência e treino respiratório, visto a realização das AVD's requerer não só capacidade aeróbia, mas também força muscular (Novo et al., 2020).

O treino aeróbio pode ser continuo, com sessões prolongadas ou intervalado, alternando com outro tipo de treino. Pode ser realizado através de caminhadas, corrida ou através do uso de passadeira, bicicleta/cicloergómetro (Atherton et al., 2018; Delgado et al., 2022; Gary et al., 2012; Novo et al., 2020). Pode ser realizado por pessoas em fase

aguda, desde que seja adaptada a intensidade do mesmo, iniciando-se com sessões de 5 a 10 minutos, 2 vezes por semana. A progressão desta modalidade de treino, deverá passar pelo aumento do tempo de sessão e, posteriormente, pelo aumento do número de sessões, pretendendo-se atingir 20 (fase aguda) a 60 minutos (fase crónica) por sessão, 3 a 5 dias por semana, para níveis de intensidades moderados a elevados (Novo et al., 2020).

Ainda dentro do treino aeróbio, pode mencionar-se o programa *ERIC-HF (Early Rehabilitation in Cardiology – Heart Failure*), composto por 5 estadios de intensidade progressiva e ajustada à capacidade individual de cada pessoa. Este demonstrou ser eficaz no aumento da tolerância ao exercício físico, assim como, na independência para a realização de AVD's, em pessoas com IC (Delgado et al., 2022). De facto, encontram-se identificados melhores resultados em treinos aeróbios progressivos, ao invés de treino com manutenção de uma mesma carga de intensidade ao longo do período de treino (Travensolo et al., 2018).

O treino de resistência/ força diz respeito aos exercícios de contração muscular onde é utilizada uma força contrária específica, contribuindo para o aumento e fortalecimento da massa muscular (Novo et al., 2020). A grande maioria dos estudos incluiu, o treino de resistência, no seu programa de exercícios, principalmente, intervalado com o treino aeróbio sendo, habitualmente, realizado através de exercícios de calistenia ou com recurso a utilização de cadeira, assim como, bandas elásticas com diferentes resistências, pesos ou bola (Bernocchi et al., 2018; Dalal et al., 2019; Delgado et al., 2022; Gary et al., 2012; Izawa et al., 2019; Peng et al., 2018; Tsutsui et al., 2019). Pode recorrer-se à utilização de bola (*Theraballs)*, para treino de preensão manual, apertando cerca de 5 minutos/ dia em cada mão, não sendo indicado apertar continuamente de forma a evitar resposta hemodinâmica (Gary et al., 2012). Ao nível dos exercícios prescritos, pode mencionar-se o exemplo de um programa de exercício combinado de treino aeróbio com treino de resistência, com exercícios de fortalecimento dos membros superiores (flexão/ extensão do punho e cotovelo; flexão/ extensão/ abdução e adução do ombro) e dos membros inferiores (flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo; flexão/ extensão do joelho; flexão/extensão/ abdução/ adução coxofemoral) (Gary et al., 2012; Taylor et al., 2023); exercícios de agachamento (Peng et al., 2018). É recomendado realizar o ensino, a instrução e o treino para evitar a manobra de Valsalva, no momento da força, motivo pelo qual se associa a expiração à fase concêntrica do movimento e a inspiração à fase excêntrica, de forma a evitar reações cardiovasculares adversas (Taylor et al., 2023).

O treino muscular respiratório contribui para o aumento da capacidade para realizar exercício físico podendo utilizar-se dispositivos, tais como, espirómetro de incentivo. A inclusão de exercícios respiratórios no programa de exercícios, melhora a dispneia e a ventilação o que, irá contribuir para a redução da pré e a pós carga ventricular (Farghaly et al., 2022).

1.2.3. Entrevista motivacional

A Entrevista Motivacional (Riegel et al., 2017) é uma intervenção que tem como objetivo aumentar o nível de adesão ao plano terapêutico, focando-se em 3 técnicas principais tais como: reflexão e reenquadramento; empatia, afirmação e humor; solução personalizada de problemas. Estas permitiram o estabelecimento de metas, diálogos internos positivos, capacidade de superar barreiras e o diálogo sobre a necessidade de mudança. Para além destas técnicas, a comunicação com escuta ativa reflexiva e a empatia são temas-chave do processo de cuidado, devendo os profissionais ter uma atitude focada em evocar soluções ao invés de adotar uma postura autoritária (Riegel et al., 2017). Como intervenções promotoras da mudança comportamental podemos destacar: introduzir estímulos ambientais ou sociais para o comportamento (telefonemas frequentes e/ou utilização de lembretes por e-mail); Explicar sobre a importância do exercício físico; Estabelecer métodos de monitorização e registo de resultados (redução dos sintomas de dor e dispneia decorrente da atividade física); Aumentar gradualmente o nível de esforço (aumentando o grau de dificuldade, porém, mantendo as tarefas alcançáveis); Planear de forma detalhada o desempenho da atividade física (contexto, frequência, duração e intensidade); Definir metas a alcançar (Amirova et al., 2021).

1.2.4. Conservação de Energia

As técnicas de CE, têm como intuito reduzir o impacto que a fadiga acarreta nas AVD's, nas pessoas com IC. Passam por (Norberg et al., 2017):

- Compreender e explicar - natureza da fadiga, estratégias de CE e doença;
- Ajustar as atividades à capacidade de hoje - compreendendo e respeitando sinais e sintomas do corpo;
- Equilibrar a atividade e o repouso - realizando pausas para descansar;
- Reduzir o ritmo de trabalho - evitando situações de stress;
- Planear, Priorizar e rejeitar – "Que atividades eu faço ou tenho que fazer? O que é importante para mim?;
- Trabalhar ergonomicamente - adequando a postura de trabalho, levantar e transporte de objetos;
- Utilizar a tecnologia e adaptar o ambiente - tecnologia quotidiana, dispositivos de assistência, modificação do ambiente;
- Fortalecer o corpo - facilitar a atividade física, dormir e comer.

Como complemento, de forma a reduzir o esforço respiratório e cardíaco, é recomendado que a pessoa associe a fase expiratória à fase concêntrica do movimento e a fase inspiratória com a fase excêntrica (OE, 2020; Novo et al., 2020).

2. TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE *CALLISTA ROY*

O diagnóstico de IC suscita sentimentos de impotência na pessoa, visto interferir com o seu nível de autonomia e independência. Por este motivo, o seu processo de adaptação à doença, poderá estar dificultado (Finkler & Vivian, 2018). Como modelo de orientação para o presente relatório, optou-se pela Teoria de Adaptação desenvolvida por Callista Roy. A escolha deveu-se ao facto de ser esperado que a pessoa com IC adapte o seu estilo de vida para gerir o processo de doença (*American Heart Association*, 2023).

A teoria de Adaptação de Callista Roy serve como modelo referencial, auxiliando no desenvolvimento dos cuidados de reabilitação prestados, nomeadamente, à pessoa com agudização da sua IC, permitindo transformar os seus problemas de adaptação em indicadores positivos (Rocha & Silva, 2009). Para o Modelo de Adaptação existem quatro elementos essenciais: a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem.

2.1. Pessoa

Na Teoria da Adaptação, a Pessoa é conceptualizada como o foco central da enfermagem, ou seja, aquele que recebe os cuidados, podendo tratar-se de uma pessoa, família, grupo, comunidade ou sociedade (George, 2000). O recetor de cuidados é um sistema holístico adaptável, funcionando como um todo, tendo assim capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetá-lo (Roy & Andrews, 2007). Apresenta um sistema com entradas (estímulos), saídas (comportamentos), processos de resposta e de controlo. A pessoa é, assim, entendida como um sistema biopsicossocial em constante interação com o ambiente e com as suas mudanças, o que vai implicar uma necessidade de adaptação contínua, produzindo, respostas adaptativas ou ineficazes, em caso de incapacidade de adaptação às adversidades (Carvalho et al., 2020). Após se realizar o processamento do estímulo, através dos mecanismos de resistência, a pessoa vai criar respostas, conhecidas pelo Modelo de Adaptação por Comportamentos podendo estes ser adaptáveis (quando promovem a integridade da pessoa e cumprem os objetivos de adaptação) ou ineficazes (quando não promovem a integridade nem contribuem para os objetivos de adaptação) (Roy & Andrews, 2007).

Os comportamentos podem ser observados em quatro categorias de modos de adaptação – Fisiológico, Autoconceito, Desempenho de Papel e Interdependência – possibilitando a avaliação da pessoa (Roy & Andrews, 2007). É através destas quatro categorias que as respostas se dão e o nível de adaptação pode ser observado. O modo de adaptação Fisiológico está associado à forma como a pessoa responde enquanto ser físico aos estímulos ambientais (Roy & Andrews, 2007). O comportamento visualizado neste modo de adaptação é determinado pelas respostas físicas e manifestações fisiológicas do organismo (Freitas & Oliveira, 2006). Pelo que, o modo como o

comportamento fisiológico é manifestado pela pessoa vai indicar se os mecanismos de resistência são ou não capazes de se adaptar aos estímulos externos (Tomey & Alligood, 2004), sendo identificadas cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção (Roy & Andrews, 2007).

O modo de Autoconceito está relacionado com aspetos psicológicos e espirituais da pessoa, onde a mesma tem a liberdade para escolher as suas preferências espirituais e outras questões relacionadas à psique humana (Veiga et al., 2021). Este modo, relaciona-se com os pressupostos que a pessoa tem sobre si própria, o seu autoconceito sendo o conjunto de *"crenças e sentimentos sobre si próprio constituído por perceções internas e perceções das reações dos outros"* (Tomey & Alligood, 2004, p.305). Este modo de adaptação foi identificado como uma *"necessidade de se saber quem se é, para que se possa ser ou existir como um sentido de unidade"* (Roy & Andrews, 2007, p.29). A existência de problemas de adaptação ao nível do modo Autoconceito podem afetar a capacidade da pessoa de se curar ou de fazer o necessário para preservar a sua saúde.

O modo de adaptação, Desempenho de Papel, está relacionado com os padrões de interação social da pessoa relativamente aos outros. Incide sobre o papel que a mesma desempenha na sociedade e o que é esperado que ela faça (Roy & Andrews, 2007).

Por último, o Modo de Interdependência provém dos padrões de valores humanos, afetos, amor e afirmação que ocorrem através de relações interpessoais, tanto individualmente como em grupo (George, 2000). Este modo lida, assim, com as interações da pessoa na sociedade, com as relações de proximidade entre as pessoas consideradas importantes e, inclui formas de procurar ajuda, afeto e afirmação (George et al., 2000). Envolve as pessoas mais importantes para si e os sistemas de apoio que se configuram como a forma como as outras pessoas contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência (Roy & Andrews, 2007).

Estes dois últimos modos são entendidos como modos adaptáveis sociais.

2.2. Ambiente

O Ambiente é entendido como o conjunto de todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa. O Ambiente é o estímulo para a pessoa, envolvendo fatores internos e externos que influenciam o sistema adaptativo de cada um (Tomey & Alligood, 2004).

2.3. Saúde

A Saúde é entendida como um reflexo da adaptação entre a interação da pessoa e do ambiente na promoção da sua integridade fisiológica, psicológica e social. A Saúde *"não é estar livre da inevitabilidade da morte, doença, infelicidade e stress, mas a capacidade de lidar com elas de forma competente" (*Tomey & Alligood, 2004, p. 308). A doença surge

assim, quando existe uma incapacidade de adaptação da pessoa a uma situação de adversidade. Já a saúde existe quando esta capacidade de adaptação às adversidades se encontra preservada. Desta forma, a saúde não é entendida apenas como a ausência de doença. Assim, a pessoa apresenta saúde quando consegue adaptar-se de forma eficaz às limitações físicas e psíquicas que possam surgir (Roy & Andrews, 2007).

2.4. Enfermagem

A Enfermagem tem como objetivo gerar respostas humanas positivas, tendo em conta a promoção da adaptação, contribuindo desta forma para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (Roy & Andrews, 2007). Diz respeito à prestação de cuidados que se centra na saúde da pessoa, promovendo interações na sua capacidade de adaptação ao ambiente, através da avaliação de cada um dos quatro modos de adaptação (Tomey & Alligood, 2004). Tendo em conta que a otimização da saúde nem sempre é possível, compete ao enfermeiro promover a saúde da pessoa, através da estimulação da interação da pessoa com o seu meio ambiente (Roy & Andrews, 2007). Desta forma, o enfermeiro tem de desenvolver a sua avaliação, através da identificação dos estímulos que estão a suscitar os problemas e intervir de forma a minimizar ou eliminar esses estímulos contribuindo para uma melhor adaptação (Freitas, 2006).

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com intuito de adquirir competências comuns do EE, assim como, competências específicas do EEER, foram definidos, os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem, especializados na área de enfermagem de reabilitação, à pessoa com IC;
- Desenvolver competências específicas de intervenção de enfermagem de reabilitação, à pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, alimentar, eliminação e sexualidade, de forma a promover uma melhor adaptação ao autocuidado.

Para além de objetivos gerais, foram traçados objetivos específicos que permitissem o desenvolvimento das competências necessárias ao EEER. De seguida, serão apresentados os objetivos específicos, assim como, as intervenções realizadas de forma a alcançar os mesmos.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2 – Promove prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Respeitando o Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do EE – (OE, 2019a), de forma a promover o desenvolvimento de competências ao nível deste domínio, foi delineado como objetivo específico – "Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e na evidência científica". O EE demonstra um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a habilidades de tomada de decisão tanto ética, como deontológica, devendo garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, assim como responsabilidades profissionais. O mesmo, deve demonstrar uma prática tendo por base o respeito pelos direitos humanos, a análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedores para as pessoas (OE, 2019a). Como tal, este domínio é estabelecido através da tomada de decisão, assentando-se em valores éticos e deontológicos, não descurando o respeito pelos direitos humanos, uma prática segura garantindo a dignidade humana.

Conforme mencionado, os estágios realizados, ao longo do curso de mestrado de reabilitação, contribuíram para desenvolver os conhecimentos e capacidades adquiridos, previamente, em contexto académico. O facto de se realizar estágio curricular, em

diferentes contextos, contribuiu para um maior número de experiências conseguindo prestar cuidados de reabilitação com recurso a diversos meios e diferentes realidades. Primeiramente, nos diversos estágios, era realizada uma entrevista informal com o Sr. Enfermeiro Gestor e com o EEER orientador. Os mesmos, realizavam uma visita guiada aos respetivos serviços, apresentando a equipa multidisciplinar e consciencializando para o seu papel enquanto EEER na dinâmica do serviço/ equipa. Ao longo dos estágios, surgiram momentos de partilha e de reflexão com os EEER orientadores, de forma a proporcionar o melhor cuidado à pessoa, conseguindo assim, adequar e personalizar os cuidados de reabilitação prestados à realidade de cada pessoa. Pretendeu-se desenvolver uma prática profissional e ética, promovendo cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades enquanto estudante. Desta forma, procurou-se suportar a tomada de decisão ética, em princípios, valores e normas deontológicas, preservando o respeito pela pessoa, assim como, pela sua dignidade, valores, costumes e crenças.

O Plano Nacional de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015, p.14) defende:

> "*A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende*".

Neste sentido, procurou-se, durante a prestação de cuidados, atuar em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, assim como, com os resultados obtidos pela revisão *scoping* realizada. Procurou-se, assim, promover a literacia em saúde, focando medidas de promoção de saúde e prevenção de doença, assim como, o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença (DGS, 2020). Desta forma, os cuidados prestados pretendiam garantir e promover o direito à autonomia da pessoa, sendo a mesma, integrada no seu processo de reabilitação e, sempre que necessário, com o envolvimento da família. Através do ensino, instrução e treino, foi promovida a capacitação da pessoa e dos cuidadores informais, contribuindo para a promoção da autonomia e independência funcional. Foi crucial, durante o estágio, o respeito pelos valores supracitados levando em consideração, durante o planeamento e implementação do programa de reabilitação, os valores, costumes e crenças das pessoas. Em caso de impossibilidade de participação destas no processo de reabilitação, procurou-se promover o envolvimento da família/ cuidador informal neste processo.

Na UCCI, surgiu a oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares com as pessoas internadas e familiares, a fim de discutir os projetos de saúde/ doença, da sua recuperação, assim como, de participar em reuniões multidisciplinares com a entidade coordenadora local, procurando uma melhor resposta possível às necessidades da pessoa. Para além dos diversos elementos da equipa multidisciplinar, o EEER é fundamental, por apresentar uma visão holística, global e pragmática da pessoa, conseguindo adequar os cuidados à realidade/ necessidades da mesma. A hospitalização torna-se numa situação geradora de *stress* que, a maioria das pessoas experimentará em

algum momento da sua vida, podendo provocar consequências psicossociais resultantes da sua experiência, como a incerteza do futuro, ansiedade e depressão (Alzahrani, 2021). Desta forma, a nível hospitalar, a pessoa encontra-se numa situação de fragilidade, física e emocional, pelo processo de agudização de doença de base ou, pela presença de um novo diagnóstico, tornando-se necessária a adequação dos cuidados de reabilitação à sua situação clínica. O EEER deve, assim, construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, suportando a tomada de decisão no seu elevado nível de conhecimento e experiência (OE, 2019a).

Previamente à prestação de cuidados, a fim de se compreender melhor a situação das pessoas, foi realizada uma colheita de dados junto das mesmas e familiares, assim como, consultado o processo clínico, exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Para além do envolvimento da pessoa, sempre que possível, a família foi, também, envolvida no programa de cuidados de reabilitação. Por exemplo, o Sr. J., que tinha realizado clipagem de aneurisma com colocação de shunt, apresentava um score neurológico de 15, sem défices motores, porém tinha sido solicitado o acompanhamento pela ECCI com objetivo de recuperação do equilíbrio dinâmico e fortalecimento muscular. O Sr. J, tinha 47 anos e uma filha de 10 anos que praticava ballet. Com o intuito de ultrapassar, a falta de motivação do Sr. J. no seu processo de reabilitação, por se encontrar triste e, atendendo ao modo de adaptação do Autoconceito – eu psíquico – da Teoria de Adaptação, procurou-se promover o envolvimento e participação da filha do Sr., incluindo exercícios básicos da sua prática desportiva, no seu processo de reabilitação. Pretendeu-se, assim, trabalhar em parceria promovendo, concomitantemente, a motivação do Sr. e a adesão ao plano terapêutico, contribuindo para a melhoraria dos resultados em saúde (Bennet et. al, 2020). Pela tristeza apresentada, o Sr. J. permanecia, a maior parte do dia, em casa. De forma a atuar em consonância com o modo de adaptação de Interdependência e Desempenho de Papel, promoveu-se a realização de caminhadas com o seu pai, num horário adequado, de forma a retomar as suas rotinas diárias e prevenir, consequentemente, o seu isolamento social. O envolvimento do Sr. J no seu programa terapêutico, foi ao encontro do Artigo 105 do Código Deontológico (OE, 2015b, p.8), que afirma que o enfermeiro tem o dever de "*informar o individuo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*". Desta forma, é promovida a tomada de decisão consciente.

O EEER deve agir no respeito pela pessoa, não apenas pela sua necessidade de cuidados, respeitando a dignidade da pessoa assistida (Marques-Vieira & Sousa, 2016). O respeito pela dignidade humana implica o respeito pela liberdade, devendo o EEER incluir a vontade da pessoa assistida no processo de planeamento de cuidados de reabilitação, respeitando a sua vontade em aceitar ou recusar os cuidados propostos (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Neste sentido, para além do exemplo anteriormente citado, pode mencionar-se o caso da Sra. com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com alteração da

comunicação, que se encontrava-se a aguardar consulta pela Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica. Por apresentar força de grau 2, segundo escala de força Medical Research Council (MRC), conseguindo realizar movimentos de adução e abdução dos dedos, realizou-se uma prancha de comunicação, adaptada às suas necessidades e gostos, de forma a ultrapassar a barreira de comunicação relacionada com a elevada disfonia apresentada. As alterações ao nível da fala e a ausência da mesma, em fases avançadas, dificultam o contato com os familiares, equipa de saúde e amigos próximos, afetando a sua autonomia, gerando sentimentos como medo, ansiedade, frustração e tristeza (Neto et al., 2020). Desta forma, considerou-se fundamental adotar estratégias no sentido de ultrapassar a limitação da comunicação, promovendo o respeito pela dignidade humana, assim como a tomada de decisão da Sra. M., ao permitir o seu envolvimento no seu programa de reabilitação. A mesma, ao deslizar o dedo até ao quadrado correspondente, conseguia manifestar a sua necessidade, pretendendo-se assim, a diminuição dos momentos de desgaste emocional, quer para a própria como para a cuidadora. Neste caso, a prancha criada, foi adaptada às preferências da pessoa (p. exemplo – foi colocado o aparelho que gostava destinado a massagens nos pés, assim como uma imagem de tranças – hábito que gostava que lhe fizessem). Apesar de ser uma prancha personalizada, esta também poderá ser utilizada noutras pessoas, podendo ser alterada a qualquer momento. Por este motivo, foi enviada ao EEER orientador, a fim de melhorar e ultrapassar futuras barreiras de comunicação noutras pessoas.

A profissão de Enfermagem rege-se e sustenta-se por um conjunto de princípios inseridos no REPE, no Código deontológico do Enfermeiro, assim como no Regulamento das Competências Comuns do EE e Especificas do EEER. Assim sendo, conforme mencionado anteriormente, procurou-se atuar promovendo o respeito, dignidade e proteção dos direitos das pessoas, maximizando a sua autonomia e independência funcional.

Pode mencionar-se o exemplo de uma situação emocionalmente difícil, de um menino de 5 anos, o S., que se encontrava a ser acompanhado pela ECCI para prevenção e minimização de complicações inerentes à imobilidade, consequente da Paralisia Cerebral. Numa das visitas, foi informado pela mãe do menino, que este se encontrava sedado por decisão médica para controlo do estado convulsivo, que não cedia à medicação anteriormente instituída. O menino e a mãe passaram a ser acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos. Durante a mesma visita, recorreu-se a escuta ativa e empatia, sendo colocada a hipótese de acompanhamento pelo serviço de psicologia, que a mãe informou ainda não pretender. Apesar de se ter estipulado um determinado plano para o menino e cuidadora, após reflexão em equipa multidisciplinar, participou-se no processo de tomada de decisão de reajustar as intervenções inicialmente planeadas, adequando-as às necessidades do menino e, principalmente, da

cuidadora que se encontrava emocional e fisicamente desgastada. Procurou-se envolver o marido nos cuidados, diminuindo a sobrecarga dos cuidados na mãe do menino.
Este objetivo específico, permitiu o desenvolvimento de competências ao nível dos cinco domínios dos descritores de *Dublin*, tais como, o domínio do conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compressão, formulação de juízos, competências de comunicação e de aprendizagem.

3.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

- B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica;
- B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Com intuito de dar resposta à intervenção do EEER neste domínio, foi delineado o objetivo – "Dinamizar o desenvolvimento de projetos na área de reabilitação que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nos diferentes locais de estágio". O desenvolvimento de competência neste âmbito foi crucial para cimentar e aprofundar conhecimentos previamente adquiridos. Primeiramente foram consultados protocolos, normas e projetos existentes nos serviços onde decorreram os estágios, de forma a permitir a identificação das necessidades de formação. Após esta consulta e conhecimento da dinâmica dos serviços, foram traçados projetos de melhoria da qualidade e verificada a pertinência dos mesmos, junto dos EEER orientadores. Neste campo, tentou obter-se o máximo de proveito que cada serviço tinha para oferecer, não centrando os cuidados prestados à pessoa com IC, alargando os cuidados a pessoas sem ser do foro cardíaco. Pretendeu-se, assim, aumentar os conhecimentos e experiências em todas as áreas de reabilitação. Indo ao encontro dos domínios de competência definidos para o 2º ciclo de estudos, "conhecimento e compreensão" e "aplicação de conhecimento e compreensão", foram realizadas pesquisas bibliográficas e consultados conteúdos teórico-práticos lecionados a nível académico, conseguindo, posteriormente, integrá-los nas diversas situações, desenvolvendo soluções e emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, conforme estipulado pelo domínio, "Formulação de Juízos". Pela pesquisa bibliográfica realizada, integração da mesma na prática profissional e, através das experiências vivenciadas, conseguiu-se desenvolver competências de aprendizagem.
Nos diversos locais de estágio, foi consultada documentação relevante para a prestação de cuidados especializados de reabilitação, como manuais, normas e protocolos, conforme previamente estipulado em plano de atividades.
Tornou-se fundamental, o conhecimento e aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis nos serviços, dando alternativas viáveis às pessoas para que as

mesmas conseguissem dar continuidade ao programa de reabilitação após alta hospitalar. Ao nível do estágio realizado na ECCI, surgiu a necessidade de realizar um folheto informativo destinado aos cuidadores informais que prestam cuidados a pessoas totalmente dependentes nas AVD's. Esta necessidade surgiu, principalmente, após uma primeira visita domiciliária à Sra. M., com ELA que, tinha como única cuidadora informal, a filha adolescente. A filha da Sra., tinha necessidade de realizar a técnica de transferência, diversas vezes ao dia para assegurar o conforto e as necessidades da mesma, numa habitação com dimensões muito reduzidas. Desta forma, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a técnica de transferência, que foram complementados com a entrega do folheto, intitulado – Capacitação do cuidador para a técnica de transferência. No âmbito da mesma intervenção e, após a visita domiciliária, surgiu também a necessidade de realização de pranchas de comunicação para a satisfação das necessidades básicas e uma prancha destinada a realização de exercícios de reeducação facial, de forma a retardar as consequências da progressão da doença, tendo sido realizados ensinos quanto aos mesmos. A prancha de comunicação foi entregue, de forma a ultrapassar a barreira de comunicação, enquanto a Sra. se encontrava a aguardar consulta pela Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica, para aquisição de meios adaptativos à comunicação.

No âmbito do estágio hospitalar realizado no serviço de Ortopedia, identificou-se a necessidade de desenvolver um guia orientador de registos de enfermagem específicos de enfermagem de reabilitação (APÊNDICE XV), onde se encontrassem inseridos os diagnósticos mais usuais no serviço de ortotraumatologia. O guia serviu como guia orientador de boa prática, contribuindo para a uniformização de linguagem e, como forma de registo e avaliação da efetividade dos cuidados prestados. Ainda durante o estágio existiu a oportunidade de atualizar um folheto informativo (APÊNDICE XI) à pessoa submetida a artroplastia da anca, visto o existente no serviço não refletir a melhor evidência. O EEER, por ser detentor de conhecimentos avançados, nomeadamente ao nível da área de qualidade (OE, 2019b), é responsável pela mobilização e incorporação desses conhecimentos na prestação de cuidados, assim como, pela divulgação de experiências de sucesso, contribuindo para programas de melhoria contínua, baseados em evidência científica. Assim, foi realizada pesquisa de forma a identificar o conhecimento atual sobre a recuperação da pessoa intervencionada a cirurgia do foro ortotraumatologico. Foi, também, realizado um poster (APÊNDICE XII), em conjunto com uma colega de estágio, destinado às recomendações de treino de marcha e subir/ descer escadas com auxiliar de marcha, neste caso com andarilho. O poster foi afixado no serviço, para visualização geral da equipa multidisciplinar e para as pessoas internadas. De destacar que no serviço, foi instituído que o folheto passou a fazer parte dos documentos de preparação para a alta, para ser entregue no momento da alta hospitalar.

Para além do folheto e poster destinado ao treino de marcha, realizámos um poster (APÊNDICE X) com um plano de exercícios a 12 semanas, destinado a pessoas submetidas a colocação de prótese parcial ou total da anca. O poster encontrava-se estruturado com um plano de exercícios de reabilitação divididos em 3 fases. A primeira fase compreendia exercícios de reabilitação para as primeiras 4 semanas pós cirurgia; uma 2ª fase, 5-8 semanas pós cirurgia, com exercícios que poderiam ser acrescentados elevando o grau o dificuldade e, por último, uma 3ª fase (9-12 semanas) com um incremento do grau de dificuldade. Este plano foi desenvolvido, tendo por base as limitações inerentes à intervenção cirúrgica realizada. Os EEER orientadores, assim como o enfermeiro gestor do serviço, após visualizar o poster desenvolvido solicitaram que o mesmo fosse impresso, de forma dividida, formando um guia, onde na primeira página estariam os exercícios destinados à primeira fase e, no verso, os exercícios destinados à 2ª e 3ª fase, assim como os exercícios proibidos tendo em conta as diferentes abordagens cirúrgicas. Posteriormente, o mesmo foi plastificado para ser usado, para explicar e exemplificar os exercícios junto da pessoa internada. Esse guia, transformado também em formato de folheto (APÊNDICE IX) foi partilhado com a equipa multidisciplinar e incluído nos documentos de preparação para a alta.

No estágio hospitalar desenvolvido no serviço de especialidades médicas, considerou-se pertinente a realização de dois folhetos informativos, destinado às pessoas com IC e, respetivos familiares, com estratégias de adaptação ao autocuidado, com intuito de promover uma melhor CE, contribuindo para a diminuição da fadiga associada à concretização das tarefas diárias. Um dos folhetos destinava-se ao ensino quanto à técnica respiratória – dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, assim como a técnica respiratória ao esforço, com associação da inspiração na fase excêntrica do movimento e a expiração na fase concêntrica do movimento (Novo et al.,2020), de forma a diminuir o esforço associado. O segundo folheto, encontrava-se mais direcionado à adaptação e concretização das AVD's com o menor esforço possível associado que, teve como objetivo ser entregue à pessoa durante o internamento, servindo de documento de consulta após a alta clínica.

No estágio desenvolvido na clínica Egas Moniz e em colaboração com a ECCI, realizou-se um curso formativo, dividido em 5 Módulos destinado a assistentes operacionais 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 XVIX) onde se encontrava reunida a informação essencial à prestação de cuidados à pessoa com demência.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

- C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação de saúde;
- C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados;

Com o intuito de desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados (C), delineou-se como objetivo específico – "Desenvolver competências de gestão de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prestados em evidência científica, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados".

Desta forma, procedeu-se à identificação das prioridades de cuidados, de modo a adequá-los às necessidades das pessoas/ famílias/ prestadores de cuidados. Ao longo dos estágios efetuados, foram realizadas avaliações globais da pessoa, tendo em consideração as suas potencialidades, assim como as suas necessidades para, posteriormente, delinear um plano personalizado de cuidados de reabilitação. Neste sentido, foi necessário manter uma articulação com a equipa multidisciplinar, através de passagem de informações pertinentes para assegurar a qualidade de cuidados e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Procurou-se participar nas decisões da equipa multidisciplinar, através da melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. De salientar, a importância da articulação de informação entre a comunidade e o hospital.

Um exemplo que se encontra neste domínio de cuidados diz respeito às reuniões regulares, realizadas na UCCI, em parceria com as pessoas internadas, os seus familiares, EEER, assistente social e fisioterapeuta. Estas reuniões formais, tinham como intuito, transmitir a evolução das pessoas internadas e preparar os familiares para a alta. Eram realizadas a meio do internamento e perto do momento de alta clínica, de forma a promover um retorno ao domicílio em qualidade e segurança. Foram também, realizadas reuniões formais, com a equipa coordenadora local, para discussão de determinados casos e, numa determinada situação, houve a necessidade de enviar mail à equipa coordenadora local a solicitar prorrogação do internamento de uma pessoa, de forma a dar continuidade ao processo de reabilitação proporcionando um retorno a casa em segurança.

Quando verificado que as necessidades das pessoas ultrapassavam o domínio da competência de enfermagem de reabilitação, procurava-se articular e delegar junto dos profissionais responsáveis. A título de exemplo, no estágio realizado na ECCI, nos cuidados prestados à Sra. M., pessoa com ELA, com tetraparésia com alteração da comunicação, por disartria e disfonia, verificou-se que a mesma não aderia às consultas de Neurologia, Pneumologia e Medicina Física de Reabilitação, por carência económica e dificuldade em suportar os custos associados aos meios de transporte. Por este motivo, após verificar-se a necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados, foi

referenciada para o serviço social, com intuito de solucionar esta situação. A Sra., através desta referenciação, conseguiu comparecer na consulta que apresentava agendada para o dia seguinte.

Ainda na ECCI, prestaram-se cuidados de reabilitação a outra pessoa com ELA, que se encontrava num estadio mais avançado da doença, apresentando tetraplegia tendo apenas movimento ocular mantido e discreto movimento ao nível dos músculos do pescoço. Esta Sra., tinha como cuidador, o marido, totalmente capacitado e autónomo na prestação de cuidados, porém, por apresentar desgaste físico e psicológico, solicitou Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para a tipologia de descanso do cuidador prevista para um mês. Durante as visitas domiciliárias, auxiliou-se o cuidador a reunir a documentação necessária, assim como, no planeamento e organização dos bens essenciais ao ingresso e permanência, da Sra., na Unidade, como por exemplo, o *Cought Assist*.

No estágio desenvolvido no serviço de ortotraumatologia, foram identificadas, após avaliação clínica e social, duas situações onde surgiu a necessidade de referenciar para a RNCCI. Foi referenciada para uma UMDR, uma pessoa do serviço de ortopedia, intervencionada ao joelho, tendo indicação para não realizar carga no membro operado, que tinha como antecedente pessoal obesidade e, apresentava como única cuidadora, a filha invisual. A outra referenciação correspondia a uma Sra. intervencionada a uma fratura diafisária, que residia sozinha (tendo o apoio regular do filho). Durante o internamento, a Sra. apresentou melhoria a nível funcional, após implementação de um plano de reabilitação motor e treino de marcha com andarilho. Apesar dos ganhos apresentados, verificou-se que a mesma beneficiaria de uma continuidade de cuidados de reabilitação. Neste sentido, após o envolvimento da pessoa no processo de decisão, iniciou-se a referenciação para a ECCI, com intuito de fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores, assim como, a adequação de um ambiente seguro, com eliminação de barreiras arquitetónicas e reforço de ensinos quanto ao risco de queda.

É fundamental ter a perceção do contexto para o qual a pessoa irá retornar aquando da alta hospitalar, assim como, da rede de apoio social, verificando se o mesmo retorna com a autonomia e funcionalidade que apresentava previamente ao internamento. O EEER é um profissional que tem uma visão holística que assegura os conhecimentos na área da reabilitação, *"implementando e monitorizando planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas"* (Marques-Vieira & Sousa, 2016, p.90). Através da avaliação das necessidades e capacidades da pessoa, assim como, do contexto onde se encontra inserida ou rede de apoio, o EEER implementa um plano para a pessoa no sentido de a capacitar, surgindo, por vezes, a necessidade de referenciação para a RNCCI.

O facto de os estágios serem realizados em diferentes contextos, a nível comunitário e a nível hospitalar, auxilia numa maior consciencialização da importância da intervenção do

EEER na preparação para a alta, tando ao nível da otimização do processo de cuidados, como ao nível da supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade das mesmas.

No internamento de medicina interna, no início de cada turno, após a passagem de informação, foram selecionadas as pessoas com necessidades de reabilitação, assim como, as situações prioritárias, de forma a gerir os cuidados de reabilitação prestados. A priorização dos cuidados de reabilitação foi definida consoante as informações fornecidas quanto à condição clínica das pessoas, assim como, a necessidade de preparação para alta promovendo a capacidade funcional e independência da pessoa. Por exemplo, se uma pessoa tivesse alta estipulada para breve, sendo anteriormente independente, ou vivendo anteriormente sozinha, era definida como prioritária, com intuito de promover um regresso ao domicílio em segurança e com qualidade. Neste sentido, otimizou-se o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, através da implementação de métodos de organização de trabalho adequados, utilização de recursos de forma eficiente para a promoção da qualidade. Procurou-se promover a readaptação das pessoas para a realização de AVD's.

Nesta gestão de cuidados, com intuito de maximizar os resultados em saúde, foi fundamental otimizar o trabalho em equipa de enfermagem, pelo que esta foi envolvida nos planos de EEER. Esta abordagem colaborativa auxilia na integração e coordenação de esforços, de forma a garantir que cada elemento da equipa contribui para a reabilitação da pessoa. Desta forma, a equipa de enfermagem, juntamente com o EEER, capacitam a pessoa com dependência, através do ensino, instrução e treino.

Conforme proposto em plano de atividades, para além da articulação com a equipa de enfermagem, foi realizada uma articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente com os fisioterapeutas e terapeutas da fala, no caso do serviço de Medicina. Neste serviço, diariamente, eram realizadas reuniões informais com o fisioterapeuta, onde eram transmitidas as informações pertinentes ao plano de cuidados, assim como, delimitados, planeados e organizados os cuidados de reabilitação a serem prestados. Esta reunião torna-se uma mais-valia para a pessoa e, para o próprio serviço, no sentido da otimização de recursos humanos e trabalho em equipa, permitindo que um maior número de pessoas beneficie de cuidados de reabilitação. Perante pessoas com alteração da deglutição ou alteração da comunicação, era feita a articulação com a Terapia da Fala.

Verificou-se, através do estágio realizado na ECCI, que o número de referenciações para os cuidados de saúde primários/ comunidade, de pessoas com IC, mais especificamente, ao nível de cuidados de reabilitação, poderia ser bastante superior do que é na realidade. Reserva-se, assim, estas referenciações para pessoas submetidas a cirurgias do foro de ortotraumatologia ou do foro respiratório, descurando as pessoas com doença cardíaca. As pessoas com doença cardíaca, beneficiam de uma continuidade de cuidados, conforme

verificado através da revisão *scoping* realizada, nomeadamente ao nível da educação para a saúde, capacitação, prescrição de exercícios com implementação de estratégias de CE. Assim, fornecem-se ferramentas e estratégias, capacitando a pessoa com IC a gerir o seu processo de saúde/doença.

De realçar que, ao longo dos estágios, a gestão dos cuidados/ recurso e liderança foi adaptada às situações e contexto, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Em caso de delegação de tarefas, era realizada a supervisão das mesmas, com vista à promoção de segurança e qualidade nos cuidados.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;
- D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada, em evidência científica.

Com o intuito de desenvolver competências neste domínio, foi delineado como objetivo específico - "Desenvolver os conhecimentos técnico-científicos na área de intervenção do EEER, nomeadamente, na pessoa com insuficiência cardíaca e aplicar esses conhecimentos na prática profissional".

Com o desenvolvimento do estágio pretendeu-se desenvolver conhecimentos e capacidades técnico-científicos na área de intervenção do EEER à pessoa com IC, visto ter sido uma limitação de conhecimento identificada. De forma a promover o desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, assim como, complementar o conhecimento adquirido a nível académico, foi realizada uma revisão *scoping* intitulada "A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação com a pessoa com Insuficiência Cardíaca". Conforme verificado, a educação para a saúde da pessoa com IC, assim como do seu cuidador, é uma componente-chave do tratamento não farmacológico da IC, devendo ser iniciado logo após o diagnóstico (Atherton et al., 2018), uma vez que, os cuidados de reabilitação quando utilizados de forma isolada, não trazem tantos benefícios para a recuperação da pessoa, como quando utilizados em sintonia com a educação para a saúde (Amirova et al., 2021). Torna-se fundamental ao EEER, sensibilizar e formar os outros profissionais sobre a importância de a pessoa ajustar e adotar estilos de vida saudáveis.

A consulta do documento da Ordem dos Enfermeiros referente à RC, assim como, de livros sobre o mesmo tema e as pesquisas realizadas em bases científicas permitiram aumentar o leque de conhecimentos quanto à temática escolhida. Após a identificação de uma lacuna do conhecimento na área de IC e, a fim de complementar os conhecimentos quanto ao acompanhamento das pessoas com IC, nomeadamente, em programas de RC fase 1 e 2 e, tendo em conta que não foi possível ter essa experiência nos estágios realizados, foi solicitado o acompanhamento, com uma EEER num serviço de cardiologia, responsável, pelo acompanhamento de pessoas com IC inseridos num programa de RC – fase 2 – de 12 semanas. Esta oportunidade tornou-se relevante no âmbito da

investigação, suportando assim a prática clínica em evidência científica. Foi, então, possível acompanhar a EEER durante a prestação de cuidados, nomeadamente, na realização de ensino, instrução e treino pré-operatório, que na pessoa em questão, consistiu no ensino, instrução e treino de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação costal seletiva. Já haviam sido realizados ensinos quanto à utilização de espirometria de incentivo e técnica de tosse, assim como, quanto à técnica de transferência com contensão de sutura operatória. Noutra pessoa, já intervencionada a cateterismo cardíaco via artéria femoral, foi realizado ensino, instrução e treino quanto a exercícios de reeducação costal global com bastão, assim como exercícios musculares dos membros superiores e inferiores, com recurso a banda elástica, através de mobilizações ativas no membro intervencionado e resistidas no membro não intervencionado.

Noutra situação, numa pessoa submetida a cirurgia cardíaca, mais especificamente, submetida a esternotomia, promoveu-se a mobilização precoce e foram realizados ensinos quanto aos movimentos/ exercícios a evitar, nomeadamente, movimentos que impliquem grande amplitude da parte superior do tronco, exercícios de resistência que exijam a utilização de músculos proximais à incisão cirúrgica, abdução dos ombros e flexão dos ombros acima de 90º de amplitude (OE, 2020). Posteriormente, realizou-se o ensino, a instrução e o treino quanto à consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, tendo sido realizadas mobilizações assistidas dos membros inferiores, como flexão/ extensão tibiotársica, flexão/ extensão coxofemoral e movimentos de abdução/ adução coxofemoral.

A EEER deste serviço, conforme mencionado anteriormente, era responsável pelas consultas de *follow up* de pessoas, com IC, inseridas em programa fase 2 de RC, ou seja, fase de transição. Por estarem programadas duas consultas de seguimento, surgiu a oportunidade de as acompanhar, sendo numa das pessoas, a última consulta do programa. Uma delas, encontrava-se a realizar tratamento com levosimendan e, previamente à administração da medicação em hospital de dia, foi realizada a avaliação da sua capacidade funcional, através do TC6min. A outra pessoa que se encontrava a ser acompanhada, foi à consulta de término do programa, tendo sido aplicado o questionário *Kansas City Cardiomyopathy*, de forma a avaliar a sua qualidade de vida, assim como aplicado o questionário *Morisky Green,* de forma a avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico. Para além dos questionários, foi realizado o TC6min, o teste de levantar e sentar durante 1 minuto, assim como o teste de preensão manual. Foram avaliados os parâmetros vitais, assim como a escala de Borg, de forma a avaliar o nível de cansaço antes e após a realização de cada teste e, os mesmos, foram realizados sob vigilância por telemetria, para uma vigilância contínua do ritmo cardíaco. Posteriormente, foi feita a avaliação e comparação dos resultados obtidos com os resultados anteriores, de forma a verificar se houve melhoria da capacidade funcional. No caso desta pessoa, verificou-se

que a mesma apresentava os conhecimentos e capacidades quanto ao regime terapêutico e cuidados a ter com a IC, demonstrados passando, assim, para a fase 3 da sua RC, ou seja, fase de manutenção. Através deste acompanhamento, foi possível incrementar os conhecimentos e capacidades ao nível da pessoa com IC, complementando os conhecimentos obtidos através da revisão *scoping* e a nível académico.

Apesar do projeto de estágio se direcionar às pessoas com IC, surgiu a necessidade de alargar conhecimentos técnico-científicos, à pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, alimentar, eliminação e sexual. Assim sendo, ao longo dos estágios foram realizados estudos de caso, dois no âmbito da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e outro, direcionado à temática escolhida, a uma pessoa com IC com derrame pleural associado onde, no plano de reabilitação, foram incluídas intervenções com intuito de aumentar tolerância ao esforço, através do aumento da capacidade inspiratória, treino aeróbio, promoção da mobilização precoce através de um plano de exercícios, fornecer estratégias de CE com adaptação do autocuidado e prevenir aderências secundárias ao derrame pleural apresentado, assim como, corrigir possíveis posturas viciosas. A realização dos estudos de caso, assim como, a realização do planeamento de atividades, permitiu organizar os conhecimentos e elaborar um plano de cuidados de reabilitação, contribuindo para aumentar os conhecimentos na área de IC, assim como noutras áreas de intervenção do EEER.

Relativamente ao estágio efetuado na UCCI, foi possível o acesso a documentação que contribuiu para o processo de compreensão de funcionamento da RNCCI, sendo úteis para o estágio posterior, realizado na ECCI. Para além da consulta de documentação relevante aos cuidados de enfermagem de reabilitação, como manuais, normas e protocolos, tornou-se fundamental relembrar os conceitos teórico-práticos lecionados em aulas e realizar pesquisas bibliográficas em bases científicas, de forma a executar uma prática profissional suportada em evidência científica. Para além do desenvolvimento de conhecimentos na área de intervenção do projeto de estágio – Insuficiência Cardíaca – foram também desenvolvidos conhecimentos e competências na área sensorial, cognitiva, motora, cardiorespiratória e ao nível da adaptação da pessoa ao autocuidado, alimentar-se, vestuário, uso de sanitário, transferência, andar. O desenvolvimento de conhecimentos/ competências nas áreas supracitadas, contribuiu para o planeamento e implementação de intervenções especializadas de reabilitação, contribuindo para programas personalizados, como o treino a nível cognitivo, sensorial, respiratório, cardíaco, motor, com fortalecimento muscular e treino de equilíbrio estático e dinâmico.

Ao nível do estágio hospitalar, realizado no serviço de Ortotraumatologia, pela sua especificidade, surgiu a necessidade de relembrar o conteúdo lecionado em aulas, assim como, realizar pesquisa bibliográfica, tanto para fundamentar os cuidados de reabilitação prestados, assim como, para facilitar a realização dos projetos estipulados para o serviço, como os dois posters e os dois folhetos, relativamente às recomendações pós colocação

de prótese total ou parcial de anca, como um plano de exercícios faseados para 12 semanas pós cirurgia.

Relativamente ao estágio realizado no serviço de medicina interna, existiu a necessidade de relembrar todo o conteúdo lecionado a nível académico por ser um serviço que abrange diversas áreas de intervenção de reabilitação, nomeadamente ao nível da reabilitação cognitiva, como reeducação da deglutição, reeducação funcional respiratória e motora. Neste serviço, de forma a contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, foram organizados e divulgados os resultados da revisão *scoping*, através da realização de dois folhetos referentes a estratégias de CE. Estes documentos foram partilhados com a equipa multidisciplinar, de forma a serem facilitadores da aprendizagem, com consequente desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros nesta área de intervenção.

No estágio de intervenção comunitária - clínica Egas Moniz com projeto de intervenção em colaboração com a ECCI, surgiu a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica no âmbito da Demência, de forma a aprofundar conhecimentos e capacidades.

De modo a suportar a prática clínica em evidência científica, foi possível participar no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação de 2023, realizado na Figueira da Foz. Como forma de divulgação, foi elaborado um poster com os resultados obtidos através da revisão *scoping* realizada, assim como com uma imagem no âmbito da área de intervenção de reabilitação, tirada durante o plano de reabilitação de um utente do Estudo de Caso. Pode, também, mencionar-se a comparência nas "IV Jornadas Científicas Egas Moniz" realizadas na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

A fim de complementar os conhecimentos e capacidades adquiridos (as) ao longo do curso de Mestrado, surgiu a oportunidade de participar no 3º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, realizado pela Associação Científica dos Enfermeiros, de 22 a 24 de abril de 2024.

Pode também mencionar-se o ingresso no 1º Curso de Exercício e Reabilitação Cardiovascular da Faculdade de Medicina de Lisboa, que teve início no dia 13 de maio de 2024, com término previsto para início de julho do mesmo ano.

3.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Seguidamente, irão ser apresentados os objetivos específicos previamente definidos, enquadrados no âmbito dos domínios das competências específicas do EEER. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEER (OE, 2019b p.2):

> *"O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de*

competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar".

Segundo o artigo 4 do mesmo regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.2), as competências específicas do EEER são:

- "Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa".

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

No sentido de desenvolver competências no âmbito deste domínio, foi definido como objetivo específico - "Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais." Em todos os locais de estágio, principalmente, nos serviços de internamento hospitalar, pela continuidade de cuidados e, pelo trabalho em equipa multidisciplinar, previamente ao planeamento dos cuidados de reabilitação, foram recolhidas as informações pertinentes das pessoas através das passagens de turno. Por exemplo, no serviço de medicina, eram realizadas reuniões informais entre os EEER de reabilitação, o enfermeiro chefe de equipa do turno da noite e o segundo elemento da chefia do serviço, onde eram transmitidas as informações pertinentes de cada pessoa, tais como, o contexto social onde se encontravam inseridas, grau de autonomia prévio, assim como, eram mencionadas as previsões de alta hospitalar estipuladas para o dia e os casos sociais. Após a mesma reunião, era realizada a identificação das situações prioritárias de intervenção, no âmbito da enfermagem de reabilitação, tendo sempre em consideração as pessoas descompensadas a nível do foro respiratório, assim como, as pessoas, previamente autónomas que, apresentavam limitações decorrentes da imobilidade.

No serviço de ortopedia, era realizada uma reunião com o EEER orientador, onde eram definidas as pessoas prioritárias, no âmbito da ER. De seguida, eram consultados os processos clínicos, de forma a ter conhecimento do motivo de internamento, antecedentes pessoais, alergias, cirurgias realizadas, assim como se tinham médico de família. Era também verificado o tipo de cirurgia realizada, assim como, a existência de intercorrências cirúrgicas ou indicações pós cirúrgicas e, eram visualizados os meios complementares de diagnósticos pós cirúrgicos de forma a conseguir entender se a pessoa poderia realizar levante com carga ou sem carga. No serviço de medicina interna, também surgia essa necessidade de consulta dos processos clínicos, assim como, dos

meios complementares de diagnóstico tais como visualização de tomografia axial computorizada e respetivo relatório, tais como do foro respiratório, através da avaliação da radiografia torácica realizada. Posteriormente, era confrontada a informação recolhida com as informações fornecidas pela pessoa, de forma a realizar uma anamnese das mesmas. A anamnese foi realizada através de uma avaliação inicial, onde eram recolhidas informações tais como: identificação da pessoa, história de vida e de doença atual, antecedentes pessoais e, posteriormente, era realizada uma avaliação criteriosa das pessoas, quer neurológica através da escala de Coma de *Glasgow* ou, no caso de pessoas admitidos por AVC, a escala de *NIHSS*, assim como a avaliação dos pares cranianos, para uma melhor avaliação e acompanhamento da sua evolução clínica. Era realizada a avaliação do estado de orientação da pessoa – auto e alopsiquicamente – através de questões quanto ao seu nome e profissão (pessoa); onde se encontra, país onde reside (avaliação espacial); ao mês, dia da semana, dia do mês, ano, estação do ano, nome, idade (avaliação temporal) (Menoita, 2012). A avaliação da atenção foi realizada quanto à vigilância (através da observação), tenacidade (através de jogos terapêuticos) e concentração (jogos terapêuticos). A memória sensorial (através de estímulo sensorial), imediata (pedindo para repetir uma sequência de 3 objetos não relacionados), recente (Curto – repetir 3 objetos após 5 minutos - e longo prazo – questões sobre a refeição anterior) e remota foi também avaliada (recorrendo a acontecimentos antigos – como casamento; onde conheceu o cônjuge; quando começou a trabalhar) (Menoita, 2012). Na pessoa com AVC foi, também, avaliada a linguagem, mais propriamente ao nível do discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, escrita. As capacidades práxicas foram avaliadas, através de jogos terapêuticos, solicitando à pessoa para identificar e escrever numa folha o objeto observado. Este jogo serviu, também, para estimular a lateralizar a cabeça para o lado negligenciado, através da colocação do objeto do mesmo lado. A negligência hemiespacial unilateral foi avaliada através de testes como a prova de barragem ou prova do desenho espontâneo (Menoita, 2012) como se pode verificar nos estudos de caso que se encontram em APÊNDICE III e V. O tónus muscular foi avaliado, com recurso à utilização da escala Medical Research Council (MRC) para a avaliação da força muscular dos diferentes segmentos corporais sendo, também, utilizada a escala de Aschworth Modificada para a avaliação do tónus muscular (Menoita, 2012). Foi também, avaliada a sensibilidade superficial, através da avaliação da sensibilidade tátil (com recurso a uma compressa), a sensibilidade térmica e sensibilidade dolorosa (com recurso a um clipe). A sensibilidade profunda foi avaliada através da compressão de massas musculares, digital ou manualmente (Menoita, 2012). A sensibilidade postural foi realizada, solicitando à pessoa para dizer (mantendo os olhos fechados) a posição do membro (Menoita, 2012). Quando necessário, foi utilizada a prova indez-nariz para avaliação da coordenação motora (Menoita, 2012).

Na avaliação inicial foi, também, avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, quer em sedestação como em ortostatismo, com recurso à escala de Berg e, quando possível, procedia-se à avaliação da marcha.

A capacidade funcional e o grau de dependência foram avaliados através da utilização da escala de Barthel, sendo a escala utilizada pela parametrização em registo informático em SClinico. Durante a realização dos estudos de caso foi utilizada a escala de Barthel, em associação com a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), por esta ser considerada uma escala muito completa ao nível do diagnóstico do grau de capacidade/ incapacidade funcional, permitindo uma avaliação do desempenho da pessoa ao nível das AVD's, em associação com uma avaliação cognitiva social e ao nível da comunicação. Ao nível da avaliação dos autocuidados, a escala de MIF foi também considerada mais completa pela especificidade com que estratifica o autocuidado vestir, dividindo a sua avaliação na metade superior e inferior do corpo e o autocuidado transferência, dividindo a avaliação ao nível do leito/cadeira/ cadeira de rodas, sanita e banheira/duche (OE, 2016). A capacidade funcional foi também avaliada com recurso à realização dos testes de "Levantar e Sentar" e TC6min, como por exemplo no acompanhamento das pessoas com IC, de forma a verificar a progressão da pessoa (OE, 2020). Também foi possível realizar o teste de preensão manual, de forma a verificar a força muscular ao nível dos membros superiores. A avaliação subjetiva do cansaço foi realizada através da aplicação da Escala de Borg Modificada, escala esta de extrema importância para pessoas com intolerância à atividade, como é o caso das pessoas com IC ou com patologia respiratória (OE 2016; OE 2020). A utilização de instrumentos de avaliação auxilia na caracterização da condição de saúde da pessoa quanto ao seu processo de transição face a estado de dependência para a autonomia ou do seu desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, permitindo, assim, a recolha de informações de forma mais rigorosa, conseguindo de forma eficaz verificar qual (ais) as áreas prioritárias de intervenção de cuidados de reabilitação (OE, 2016).

Posteriormente foi, então, realizado um planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação, de forma a dar resposta às necessidades anteriormente identificadas, contribuindo para uma melhor adaptação das pessoas às suas limitações, relativamente ao autocontrolo e autocuidado nos processos de saúde/doença, através de planos de reeducação a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, eliminação e sexualidade. Os planos de reabilitação foram desenvolvidos em parceria com a pessoa, de forma a promover a sua adesão. Os mesmos instrumentos foram utilizados na avaliação inicial, assim como, ao longo internamento, com o intuito de acompanhar a evolução e a eficácia das intervenções implementadas.

De acordo com a teoria da adaptação de Callista Roy, o ambiente é entendido como o conjunto de todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa (Tomey & Alligood, 2004). Como tal,

torna-se fundamental proceder à avaliação do meio envolvendo a pessoa, para o qual a mesma terá de adaptar-se face às suas novas limitações. Neste sentido, ao longo dos estágios foram realizados ensinos, instrução e treino ao nível da adaptação dos autocuidados. Sempre que necessário foram selecionados e prescritos produtos de apoio ou ajudas técnicas, como forma de compensação da limitação da pessoa. A escolha de um produto de apoio adequado pode suportar a funcionalidade da pessoa, porém, poderá não ser a única possibilidade de resolução de obstáculos, como a resolução de barreiras arquitetónicas da residência (OE, 2023) de forma a garantir uma melhor adaptação.

Posteriormente, de forma a permitir um acompanhamento adequado, procedia-se à realização de uma reavaliação das pessoas, através da aplicação de escalas inicialmente utlizadas conseguindo, assim, avaliar as intervenções implementadas. Através desta reavaliação, conseguia-se ter uma melhor perceção dos ganhos obtidos, assim como, verificar a necessidade de alterar/ moldar o programa de reabilitação implementado, conseguindo assim avaliar os ganhos do plano de reabilitação para a pessoa, assim como, os ganhos no seu processo de saúde/ doença.

Conforme é sabido, o planeamento para a alta é iniciado numa fase precoce, ou seja, a partir do momento que a pessoa é admitida no serviço. Por este motivo, foi essencial a recolha de informações quanto ao contexto social prévio ao internamento, assim como, condições habitacionais, ocupação profissional, hábitos de vida, de forma a ter estas informações em consideração no processo de reabilitação da pessoa. Por exemplo, durante o estágio realizado na UCCI, foram realizadas reuniões regulares com os familiares das pessoas internadas, de forma a transmitir informações quanto à evolução das mesmas e preparar os familiares para a alta. Foram também realizadas reuniões formais, com a equipa coordenadora local, para discussão de determinados casos e, numa situação, existiu a necessidade de enviar mail à equipa coordenadora local a solicitar prorrogação do internamento de uma pessoa, de forma a dar continuidade ao processo de reabilitação proporcionando, assim, um retorno a casa em segurança.

Ao longo dos diversos campos de estágio, foi possível implementar intervenções no âmbito da RFR como RFM. Com intuito de reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a participação e aquisição do controlo respiratório (Cordeiro & Menoita, 2014), antes de realizar qualquer técnica respiratória, era realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a posições de descanso e relaxamento. As posições de descanso foram também utilizadas como forma de CE, tendo sido incluída esta informação no folheto "Técnicas de conservação de energia à pessoa com IC", precisamente pela intolerância à atividade física e dispneia associada ao esforço, caraterística da patologia (Taylor et al., 2023). Os programas de RFR devem iniciar-se pela consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a permitir às pessoas um melhor controlo respiratório, assim como, uma maior coordenação e eficácia dos músculos respiratórios. A pessoa adquiria assim, uma melhor perceção da sua respiração, conseguindo controlar a sua

frequência, ritmo e amplitude, tendo um menor dispêndio de energia associado (Cordeiro & Menoita, 2014). A esta técnica, era associada a expiração com os lábios semicerrados e o ensino, a instrução e o treino da respiração abdomino-diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2014). Em casos de presença de patologias restritivas, o controlo respiratório era realizado dando enfase à fase inspiratória e na presença de patologias obstrutivas, como na doença pulmonar crónica obstrutiva, era dado ênfase à fase expiratória (Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018). Por exemplo, no estágio realizado na UCCI, numa pessoa com doença pulmonar crónica obstrutiva foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto à técnica de expiração forçada, recorrendo à utilização de uma garrafa de água e uma palhinha de forma a facilitar a visualização da técnica, através das bolhas formadas pela expiração pela palhinha, conseguindo, consequentemente, uma melhor participação da pessoa. Noutras situações, em patologias do foro restritivo, era dado enfase à fase inspiratória sendo, em algumas situações, feito o ensino, a instrução e o treino quanto à utilização do espirómetro de incentivo (Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018).

Ao nível da RFR, aquando da presença de pessoas com limpeza das vias aéreas ineficaz, foram realizados ensinos, instrução e treino quanto à técnica de tosse, assim como, ciclos de *Huffing* com respiração diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018). Ao longo dos estágios foram, também, realizados ensinos de reeducação costal global com ou sem bastão e, muitas das vezes, recorreu-se à utilização de chapéus-de-chuva/ cabos de vassoura ou canadiana. Relativamente à reeducação funcional seletiva, por vezes, era realizada com recurso a bandas elásticas.

No caso de uma pessoa com IC com derrame pleural associado, foi realizado técnica de posição terapêutica tendo sido realizado o ensino, a instrução e o treino para posicionamento para o lado são, assim como, a correção postural, com o intuito de prevenir a formação de aderências pleurais (OE, 2018). Após o treino respiratório, era realizado, quando possível, treino de marcha, assim como, treino de subir e descer escadas. Como estratégia de CE, nas pessoas com IC, assim como noutras patologias com intolerância ao esforço associado, era realizado o ensino, a instrução e o treino do controlo respiratório ao esforço, com associação da fase expiratória com a fase concêntrica e a fase inspiratória com a fase excêntrica do movimento (Novo et al., 2020).

No âmbito da RFM e sensorial, foram estabelecidos planos de reabilitação tendo em consideração diversas técnicas, como a facilitação cruzada através do posicionamento terapêutico, colocando a mesa de cabeceiros, utensílios da pessoa com negligência unilateral, do lado negligenciado. Associado a esta atividade, foram desenvolvidos jogos terapêuticos, onde o Sr. teria de transcrever para o papel o objeto colocado no lado negligenciado, sendo estimulado a lateralizar a cabeça e visualizar o objeto. Também, foi utilizado como estímulo sensorial, uma folha com o abecedário, com o intuito do sr.

encontrar determinadas letras, dando preferência às letras colocadas do lado negligenciado, sendo a pessoa assistida na sua realização.

Foram realizadas mobilizações passivas e assistidas nos diversos segmentos corporais, em caso de ausência ou diminuição da força e, ativas e resistidas, na presença de força muscular mantida, de forma a promover o fortalecimento muscular, com recurso a faixas elásticas, bola ou através de exercícios de calistenia. Foram realizados ensinos de exercícios de fortalecimento muscular tendo-se, neste âmbito, ao nível do estágio de Ortotraumatologia, desenvolvido o folheto "Exercícios pós colocação de prótese total ou parcial da anca". As mobilizações articulares foram, também, utilizadas como medida de prevenção de espasticidade, assim como de anquilose tendo, sempre, em consideração o respeito pela amplitude articular e o alinhamento articular/corporal durante as mobilizações/posicionamentos (Sibinelli et al., 2012). Foi também incentivado o ensino, a instrução e o treino quanto à realização de atividades terapêuticas, nomeadamente, a realização de auto-mobilizações, de forma a promover a independência e a capacitação da pessoa, para a realização de exercícios. Foram, também, aplicadas atividades como o rolar, a ponte, a rotação controlada ao nível da anca e carga no cotovelo.

De forma a preparar a pessoa para o levante, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto à técnica de adaptação de transferência (OE, 2013), tendo sido elaborado o folheto "Capacitação do cuidador para a técnica de transferência" ao nível do estágio realizado na ECCI. Foi realizado o ensino, a instrução e o treino relativamente à técnica de equilíbrio corporal, estático/ dinâmico na posição de sentado e em ortostatismo, através de exercícios de consciencialização da postura corporal, alternância de carga nos MS's e MI's, apoio unipodal, contorno de obstáculos, facilitação cruzada e exercícios de coordenação de movimentos recorrendo, muitas vezes, à utilização de bola para a realização dos mesmos, assim como, ao parapeito da janela, ao nível dos cuidados domiciliários. Na ECCI, ao nível do treino do equilíbrio dinâmico em ortostatismo, utilizaram-se as linhas do pavimento como guia orientador, revelando-se como um método eficaz.

Sempre que possível, foi privilegiado o treino de marcha, servindo como treino aeróbio. Para muitas pessoas, a marcha era feita com recurso a auxiliar de marcha, como andarilho ou canadianas, tendo sido realizado o ensino, a instrução e o treino da técnica de adaptação para a mesma. No serviço de ortotraumatologia, foi realizado o folheto "Recomendações pós colocação de prótese total ou parcial da anca", onde foi incluído o ensino de marcha para a frente e para trás e o subir e descer escadas. Neste folheto, foi utilizado o andarilho como produto de apoio, tendo em conta ser o mais indicado para o período de pós-operatório imediato, por permitir uma maior estabilidade (OE, 2013). Para além da sua utilização no pós-operatório de cirurgia traumatológica, o andarilho, era o produto de apoio mais utilizado em situações de alteração da mobilidade, por permitir uma base de sustentação alargada, sendo um dos instrumentos que o EEER utiliza para

promover a autonomia, independência e integração na comunidade da pessoa com alteração da funcionalidade (OE, 2023).

Nas pessoas com IC, conforme identificado na revisão *scoping*, foi implementado o treino aeróbio, tendo também em consideração o programa *ERIC-HF* (Novo et al.,2020) que considera o treino aeróbio essencial para o aumento da tolerância à atividade física, respeitando os critérios de interrupção definidos pela Sociedade Europeia de Cardiologia (2020). Sempre que possível, para incrementar o treino, foi incorporado o subir e descer escadas, como foi realizado, no estágio da comunidade, onde se aproveitou o facto da pessoa residir numa moradia com escadas, tendo-se realizado o ensino, a instrução e o treino de subida e descida das mesmas com auxiliar de marcha.

No decorrer dos estágios, optou-se por privilegiar os momentos do autocuidado, aproveitando os mesmos para realizar uma avaliação criteriosa das pessoas e, respetivas limitações, estimulando sempre a sua participação. Foram tidas em consideração, as rotinas diárias das pessoas, assim como, os seus costumes habituais. Como exemplo, pode mencionar-se o Sr. A.V., com hemiparesia e negligencia unilateral onde foi privilegiado o autocuidado higiene na casa-de-banho, em cadeira sanitária. Inicialmente, este autocuidado era realizado com alguma dificuldade devido à incapacidade do mesmo, conseguindo este, de forma gradual e progressiva, ter um papel mais ativo na realização do mesmo. O Sr. era colocado em frente ao espelho, de forma a realizar o treino no ato de lavar os dentes e barbear-se como, habitualmente, fazia no domicílio. Foi incentivado a regular a temperatura da água, conforme o seu gosto pessoal, conseguindo lavar a cabeça e a metade superior do tronco, sendo auxiliado na metade inferior e região costal. Progressivamente, foi realizado o ensino para a adaptação deste autocuidado para o domicílio, tendo sido referido a possibilidade de utilizar uma escova de cabo longo. Durante os planos de intervenção, com o intuito de promover capacidades adaptativas, ao autocontrolo e autocuidado, surgiu a necessidade de selecionar e prescrever produtos de apoio. Neste sentido, pode mencionar-se o mail enviado à Santa Casa de Misericórdia, com o objetivo de solicitar o apoio para aquisição de um produto. Após a avaliação da pessoa, o EEER prescreveu a utilização de um a Tala *Margaret Johnson*, tendo sido justificada a sua necessidade de utilização. Não foi possível, verificar os resultados na sua utilização, tendo em conta que a mesma não foi adquirida em tempo útil do estágio.

Enquadrado no autocuidado higiene, pode mencionar-se o Sr. F., com tetraplegia espástica, onde foram prestados cuidados de higiene em maca banheira, realizando hidroterapia e termoterapia simultaneamente, aproveitando o momento para minimizar a espasticidade instalada, realizando mobilizações passivas enquanto o corpo se encontrava submerso em água ligeiramente mais quente (Monaghan et al., 2017). O autocuidado higiene foi, também, aproveitado para realizar ensinos quanto a estratégias de CE, em caso de pessoas com intolerância à atividade, como na IC. Por exemplo, nestas pessoas, quando indicado, foi realizado o ensino, a instrução e o treino para, no

domicílio, ter a roupa previamente preparada, utilizar escova de cabo longo, higienizar-se sentado e, no ato de lavar dentes ou barbear-se, manter-se sentado com os cotovelos apoiados (OE, 2020). O autocuidado higiene foi, também, aproveitado para a realização do exame físico da pessoa.

O momento do autocuidado vestuário, também, foi aproveitado para realizar o ensino, a instrução e o treino, como por exemplo em pessoas com hemiparesia, onde foi mencionado para vestir em primeiro lugar o lado parético e no ato de despir, começar pelo lado são e terminando com o lado parético. No caso de pessoas com IC, este momento foi aproveitado para realizar o ensino quanto a estratégias de CE, como vestir-se sentado, começando pela metade inferior do corpo, pondo uma perna por cima da outra (OE, 2020). Neste sentido, foi realizado o folheto "Estratégias de conservação de energia para a pessoa com IC", capacitando-as, de forma que a intolerância à atividade, não fosse um impedimento à realização das suas tarefas diárias. Relativamente ao uso do sanitário, foi também incentivado o uso do urinol ou casa de banho.

No autocuidado alimentar-se, as pessoas foram incentivadas a alimentarem-se de forma independente. No Sr. A.V., com hemiparesia e negligência unilateral, apesar de se promover no programa de reabilitação implementado, a facilitação cruzada e posicionamento terapêutico do mobiliário, ao nível do autocuidado alimentar-se, optou-se por promover a autonomia funcional e, como tal, colocou-se toda a alimentação do lado direito do tabuleiro. Pelo que, o mesmo conseguia alimentar-se, de forma independente, sendo incentivado a procurar os alimentos, mesmo quando afirmava já não ter nenhum alimento no prato (os alimentos que mesmo do lado direito do tabuleiro, se encontravam mais à esquerda do seu campo visual). Assim, a alimentação era realizada pelo próprio sob supervisão. Ainda dentro do autocuidado alimentar-se, era feito o despiste de alterações de deglutição, como no caso do mesmo Sr. que, pela paresia facial central instalada, apresentava disfagia para líquidos, sendo necessário reajustar a consistência destes para consistência mel. Posteriormente, foi colocado um papel na sua cabeceira, com alerta para disfagia com necessidade de administração de espessante na consistência indicada e, alertadas pessoa, familiares e equipa multidisciplinar. Foi assegurado que o Sr. apresentava uma dieta adequada à sua condição que, nesse caso, seria uma dieta cremosa. Pelos motivos supracitados, foram incluídos, no programa de recuperação, exercícios de reabilitação facial tendo-se realizado o ensino, a instrução e o treino de exercícios como assobiar, encher as bochechas com ar durante 4 segundos, pressionar os lábios, movimentos da língua como lateralização interna e protusão seguida de retração da mesma, sorriso exagerado, movimento de "beijo" (Ribeiro, 2021).

A participação das pessoas no autocuidado, foi sempre incentivada, com o objetivo de promover a autonomia funcional, assim como a sua readaptação às novas limitações, indo ao encontro da teoria da adaptação de Callista Roy. De salientar que, foi realizada a discussão das alterações (motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias,

alimentares, eliminação e sexualidade) com a pessoa em questão, assim como, com os familiares (quando possível) onde, conjuntamente, eram definidas as estratégias a implementar e os resultados que se pretendiam alcançar com vista à autonomia e qualidade de vida.

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;

De forma a desenvolver competências ao nível do presente domínio, foi definido como objetivo específico – "Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade para a reinserção e exercício da cidadania". Ao longo dos estágios realizados, procurou-se aumentar a capacidade funcional da pessoa perante as consequências da imobilidade, causadas pelo internamento hospitalar ou processo de doença/ envelhecimento. A limitação da atividade associada ao internamento hospitalar pode conduzir a incapacidade, nova ou adicional, na realização das AVD's aquando do momento de alta hospitalar, tendo em comparação a condição prévia à situação de internamento ameaçando, assim, a independência e a qualidade de vida (Chodos, et al., 2015). A incapacidade associada à hospitalização acarreta implicações importantes para as pessoas, cuidadores e, consequentemente, para os custos associados aos cuidados de saúde (Chodos et al., 2015). Assim sendo, o EEER tem um papel fulcral ao nível da prevenção e recuperação das limitações associadas ao processo de internamento/ doença. A reabilitação social torna-se num processo dinâmico com início quer no hospital quer na comunidade, no qual ocorre a consciencialização da pessoa para as suas limitações quanto à participação social. Desta forma, os EEER têm oportunidade de facilitar o processo de reintegração social, através da identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no ambiente urbano, assim como, na sensibilização da família e comunidade quanto aos direitos das pessoas com deficiência (Chodos et al., 2015; OE, 2019). Por este motivo, ao longo dos estágios e, tendo em conta o modelo teórico escolhido, pretendeu-se promover a adaptação das pessoas às suas limitações realizando, desta forma, um reajuste das suas rotinas e estilos de vida. Por exemplo, no caso do Sr. A.V., com hemiparesia sequelar ao AVC foi elaborado e implementado um programa de treino de AVD's e treino de equilíbrio visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da funcionalidade e da qualidade de vida. Porém, apesar da marcha ser um dos objetivos do Sr. a curto prazo, a obtenção de ganhos em saúde incidia no treino de adaptação de AVD's, principalmente com recurso a produtos de apoio como escova de cabo comprido. De forma que o Sr. A.V. se tornasse mais participativo e não ficasse isolado no seu domicílio, foi estimulado a retomar os seus hábitos de caminhada com a esposa, pelo que se incidiu também no treino de marcha, com apoio bilateral, visto ainda se encontrar numa fase inicial do

treino. Numa fase posterior, com a progressão do treino incrementar-se-ia o treino para treino com auxiliar de marcha.

O EEER tem um papel fundamental ao nível da elaboração e implementação de programas de treino de AVD's com vista à adaptação da pessoa e família às limitações de mobilidade, à maximização da autonomia e da qualidade de vida, assim como, promover a mobilidade, a acessibilidade, a participação social das mesmas e reinserção na sociedade (OE, 2019). Para a inclusão social da pessoa torna-se essencial o sentimento de pertença a um grupo, que a mesma se sinta aceite como ser individual, estabelecendo relações interpessoais recíprocas (Pereira et al.,2020). Os EEER apresentam, assim, um papel social que deve ser desempenhado na prestação dos cuidados à pessoa com deficiência física adquirida, acrescentando benefícios ao processo de reabilitação e na autonomia individual (Pereira et al., 2020).

Durante o estágio realizado na RNCCI, de forma a dar resposta às necessidades das pessoas internadas, pode exemplificar-se o caso de uma pessoa com paraparésia decorrente de Canal Estenótico Lombar, previamente independente ao internamento hospitalar, que se encontrava em processo de preparação para a alta, onde foi realizado o treino de transferência com recurso a tábua de transferência. A filha da Sra., no processo de organização do domicílio para um regresso seguro, solicitou informação quanto a produtos de apoio que a mesma poderia beneficiar, pelo que foi realizada uma entrevista de forma a identificar barreiras arquitetónicas e gerir circunstâncias ambientais potenciadoras de ocorrência de eventos adversos, associados à alteração da funcionalidade. Tendo em conta a avaliação realizada, foram realizados ensinos acerca dos riscos identificados e das intervenções que deveria realizar para eliminar ou diminuir o seu efeito promovendo, assim, a utilização de produtos de apoio adequados, bem como, a segurança do ambiente envolvente. A tábua de transferência foi, então, prescrita para o autocuidado transferir, tendo-se realizado o ensino, a instrução, o treino com supervisão quanto à sua utilização.

No estágio hospitalar, assim como no estágio realizado na UCCI, procurou-se ter em atenção a condição pessoal e familiar, prévia das pessoas ao internamento, assim como as condições arquitetónicas das suas residências, de forma a planear e implementar um treino de AVD's personalizado e ajustado às necessidades. Este treino tinha como objetivo, a promoção da sua autonomia e da sua capacidade funcional. Por exemplo, no caso do Sra. A.V., que se encontrava internada na sequência de um quadro de AVC, do qual resultou uma hemiparesia, hemianopsia homóloga e esquecimento unilateral. Foi realizado treino das AVD's, nomeadamente, higiene, arranjar-se, vestuário, uso do sanitário, com ensino, instrução e treino de estratégias de adaptação dos mesmos às novas limitações, recorrendo a produtos de apoio tendo, sempre, em consideração as suas rotinas prévias. No planeamento do retorno ao domicílio aquando alta clínica, foi realizado o ensino e a prescrição de produtos de apoio, como por exemplo, colocação de

barras de apoio no chuveiro; banco no chuveiro, escova de cabo comprido, prato com rebordo, entre outras.

No decorrer dos estágios, era incentivada a realização dos autocuidados pela pessoa de forma autónoma, nomeadamente no autocuidado higiene, vestuário e alimentar-se, sendo assistida na realização dos mesmos. A pessoa era, assim, incentivada a higienizar a metade superior do tronco ou, os segmentos que conseguisse higienizar, assim como ao nível da alimentação, onde era incentivada a alimentar-se pela própria mão. Por vezes, tornava-se necessária a assistência por parte do EEER, como por exemplo no autocuidado alimentar-se onde surgia a necessidade do EEER direcionar a colher ou reposicionar o prato.

No serviço de Ortotraumatologia, pelas necessidades inerentes às cirurgias a que as pessoas foram submetidas, foi realizado treino de marcha com auxiliar de marcha, andarilho, pela necessidade pós-cirúrgica em garantir maior segurança por apresentar um base de sustentação aumentada oferecendo uma maior estabilidade lateral (OE, 2023). Para complementar os cuidados prestados, foi elaborado um poster sobre as recomendações no treino com marcha utilização de auxiliar de marcha que, foi entregue no serviço e, revisto pelo enfermeiro orientador, professora orientadora e enfermeiro gestor do serviço.

Dentro do estágio realizado na comunidade, foi efetuado o ensino, a instrução e o treino de adaptação dos autocuidados, nomeadamente no transferir-se. Esta necessidade surgiu, após se verificar que, alguns dos cuidadores informais não apresentavam os conhecimentos e capacidades demonstradas ao nível deste autocuidado. Por este motivo, desenvolveu-se um folheto informativo, "Capacitação do cuidador para a técnica de transferência", com o intuito de promover uma correta mecânica corporal e, prevenir lesões músculo-esqueléticas associadas, tanto para a pessoa como para o cuidador.

Foi, também, realizado o ensino, a instrução e o treino da utilização de produtos de apoio para a marcha. Foi realizado treino de marcha com uma pessoa que se encontrava a ser acompanhada pela ECCI, para cuidados de reabilitação, após ter sido submetida a cirurgia a uma fratura diafisária do fémur. Primeiramente, pela necessidade de reduzir a carga no membro intervencionado (OE, 2013), foi realizado o ensino, a instrução e o treino para o autocuidado andar com auxiliar de marcha, havendo necessidade de reforçar, em todos as visitas, este ensino pelo antecedente pessoal de demência. Estes ensinos foram também realizados à filha da Sra., cuidadora informal, assim como à cuidadora que a acompanhava durante o dia. Após a consulta pós-operatória, houve indicação para a progressão para marcha com canadianas, tendo-se adaptado o ensino de treino de marcha ao novo produto. Para incrementar o programa de reabilitação da mesma pessoa foi, também, realizado ensino, instrução e treino de subir e descer escadas, aproveitando o facto da mesma residir numa moradia com escadas. Pelo facto de a canadiana oferecer uma menor estabilidade, comparativamente ao andarilho (OE,

2013), como pela idade da Sra. e pela diminuição da força no membro intervencionado, foi incluído no programa de reabilitação o treino de equilíbrio de forma a minimizar o risco de queda. Neste sentido, foi realizado o ensino quanto à necessidade de um ambiente domiciliário seguro, tendo a cuidadora sido alertada para os riscos existentes e as ações que deveria implementar, de forma a prevenir o risco de queda.

Com intuito de promover a acessibilidade, a participação social, através da inclusão de pessoas com necessidades especiais, foi desenvolvida uma prancha de comunicação, para uma Sra. com ELA, que se encontrava a ser acompanhada pela ECCI, que apresentava disfonia acentuada. Pretendeu-se, assim, promover a sua participação nos cuidados, participação social, com consequente prevenção do isolamento social.

3.2.3. Maximiza a capacidade funcional da pessoa

No âmbito deste domínio de competências específicas, foi definido como objetivo específico - *"Maximizar a capacidade funcional da pessoa".* De forma a permitir a obtenção deste objetivo, foram utilizados instrumentos de avaliação. Estes, permitiram quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção do EEER, através da caraterização da condição de saúde da pessoa do "*ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida"* (OE, 2016, p.5). Através da sua utilização, foi possível identificar as principais áreas de intervenção permitindo, assim, priorizar os cuidados de forma mais eficaz, realizando programas de reabilitação motor, cardíaco e respiratório. Assim sendo, como forma de avaliação da condição física da pessoa, nomeadamente, ao nível da avaliação do grau de funcionalidade, recorreu-se à escala do Índice de Barthel e à Escala de MIF (OE, 2016). De forma a proceder à avaliação do equilíbrio, estático e dinâmico, em sedestação ou em posição ortostática, procedeu-se à utilização da escala de Berg (OE, 2016). De forma a permitir uma melhor quantificação e perceção do nível de cansaço da pessoa, assim como, do nível de intolerância da mesma à atividade, recorreu-se à utilização da escala de Borg Modificada (OE, 2016). Ao longo dos estágios foram, também, utilizados como instrumentos de avaliação, a Escala de Força MRC ao nível da avaliação da força muscular, a Escala Modificada de Ashworth para avaliação do tónus muscular (Menoita, 2012).

Recorreu-se também ao teste "Levantar e sentar durante 1 minuto", sendo uma possível alternativa em caso de impossibilidade de realização do TC6min. Num serviço hospitalar, também foi possível colocar em prática o TC6min, assim como teste de "preensão manual" com recurso a dinamômetro, a duas pessoas que se encontravam inseridas num programa de RC – fase 2. Verificou-se, no caso destas, uma melhoria da capacidade funcional através da melhoria dos resultados face aos resultados iniciais. Ao longo dos programas implementados, procurou-se realizar uma reavaliação com o intuito de ajustar

os cuidados, assim como, analisar os ganhos obtidos relativamente aos cuidados de reabilitação prestados.

Ao longo dos estágios procurou-se aproveitar os recursos disponíveis nos serviços, como no caso do serviço de medicina e ortotraumatologia, onde foi incluído no programa de reabilitação, a pedaleira, uma bola e bandas elásticas. O aproveitamento dos recursos disponíveis torna-se ainda mais evidente e pertinente, ao nível da comunidade onde a necessidade de adaptação, por parte do EEER, está mais presente. Em contexto domiciliário torna-se, por vezes, necessário recorrer à criatividade, de forma a tirar o máximo de proveito dos recursos disponíveis. Como exemplo disso, temos o facto de se ter incluído no programa de reabilitação de uma pessoa, um lenço ao redor das coxas, para a realização de exercícios de abdução coxofemoral e uma almofada para exercícios de adução. Pelo antecedente pessoal de *Parkinson*, a mesma apresentava uma bradicinesia acentuada, assim como um congelamento da marcha (*Freezing of gait*), agravada pelo comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico. De forma a ultrapassar o condicionamento da marcha, optou-se pela solicitação de tarefas simples, usufruindo das linhas dos mosaicos do pavimento, como forma de orientação (Bansal et al., 2023). Durante o treino de marcha com andarilho, foi solicitada à Sra. para andar em linha reta, evitando grandes mudanças de direção, propicias ao congelamento da marcha (Bansal et al., 2023). Assim sendo, era solicitado para colocar o pé em determinado ponto da linha do pavimento, ao qual a mesma correspondia. As mesmas linhas mostraram-se, também, bastante benéficas para o treino do equilíbrio estático e dinâmico sendo, também, tirado proveito do parapeito da janela, para apoio para exercícios de flexão coxofemoral. Ao nível do treino com cicloergómetro e, tendo em conta que o congelamento do movimento se verifica mais numa fase inicial (Bansal et al.,2023), foi solicitado à Sra. para evitar parar, de forma a manter um movimento ritmado e contínuo.

A estratégia de se utilizar as linhas do pavimento foi utilizada, também, no programa de reabilitação do Sr. J., que se encontrava a ser acompanhado pela ECCI para treino de equilíbrio dinâmico e fortalecimento muscular, por alteração do equilíbrio e astenia sequelar a um AVC hemorrágico pós rotura de aneurisma. Como forma de minimizar a pressão intracraniana optou-se por privilegiar os exercícios realizados em ortostatismo ou *fowler*, em prol de exercícios em posição supina. De maneira a tornar o exercício mais estimulante e dinâmico, optou-se por incluir a sua filha, que tinha aulas de *ballet*. Desta forma, o Sr. J., que se encontrava pouco motivado, tornou-se mais participativo no programa de reabilitação. Foram, também, incluídos exercícios de calistenia, utilizando o peso do próprio corpo, incrementados através de inclinação anterior ou lateral do tronco ou através da alternância de carga nos membros inferiores. Foi também, utilizada uma bola de futebol, que se encontrava no seu terraço. Realizou-se, assim, o exercício de lançar alternadamente a bola, entre o EEER e o Sr., lançando a bola para um plano

superior, inferior, anterior ou lateral, provocando um ligeiro desequilíbrio corporal. Inicialmente, por comprometimento do equilíbrio estático em ortostatismo, o Sr. J., teve de realizar este exercício na posição de sentado, conseguindo progredir para a posição ortostática.

No serviço de medicina, no programa de treino motor desenvolvido em parceria com uma pessoa com hemiparesia, nomeadamente ao nível do treino de correção postural e equilíbrio, como alternativa à inexistência de espelho quadriculado, recorreu-se à utilização das linhas da janela como guia orientador, assim como do espelho da casa-de-banho, fornecendo um *feedback* visual com o intuito de induzir a correção postural (Meidian et al., 2021). Para treino de equilíbrio dinâmico em ortostatismo foi, muitas vezes, utilizada a estratégia de transferência de carga nos membros inferiores e apoio unilateral, de forma a promover a estimulação proprioceptiva da extremidade inferior (Meidian et al., 2021). O Treino de equilíbrio (estático e dinâmico) e o treino de controle postural foi, muitas vezes, incluído no programa de reabilitação, como forma de minimizar o risco de queda, visto os mesmos serem fundamentais para desempenhar, em segurança, as AVD's (Brachman et al., 2017). Como exemplo disso, pode referir-se a inclusão do treino de equilíbrio no programa de reabilitação da Sra. acompanhada pela ECCI, durante a progressão do treino de marcha de andarilho para marcha com canadianas. Por vezes, a capacidade de detetar a posição do corpo e a direção do movimento encontra-se reduzida, assim como, a força e sensibilidade nos membros inferiores (Brachman et al., 2017), pelo que se considerou fundamental incluir o treino de equilíbrio, na maioria, dos programas motores implementados. Desta forma, recorreu-se a exercícios de alternância de carga nos membros superiores, alternância de carga nos membros inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação motora com modificação do centro de gravidade, facilitação cruzada (OE, 2015), exercícios de alcançar objetos em diferentes direções, assim como, redução da base de apoio (andar por cima de uma linha do pavimento, andar nas pontas dos pés ou com apoio nos calcanhares), utilizar diferentes bases de apoio (apoiar os pés em cima de uma almofada) e recorrer a mudanças de direção (Dunsk, 2019). Utilizaram-se linhas do pavimento, o parapeito da janela, a bola suiça ou de menores dimensões (por exemplo de futebol para exercícios de coordenação) e exercícios de calistenia nos programas de treino motor. Foi também adotada a estratégia de tarefa dupla, como estar sentado na bola suiça e realizar exercícios de coordenação motora (Dunsk, 2019). Numa fase avançada, em alguns programas de reabilitação implementados, de forma a incrementar o treino de equilíbrio, recorreu-se a estratégias de eliminação do estímulo visual, solicitando à pessoa para fechar os olhos, enquanto realiza o exercício pretendido combinando, assim, o treino sensorial e motor (Dunsk, 2019). Com o intuito de fortalecer os MI's, imprescindíveis à manutenção do equilíbrio corporal, foram incluídos no programa exercícios de calistenia como levantar e sentar, agachamento total ou parcial,

exercícios no leito de antero e retroversão da bacia, rotação superior do tronco, elevação pélvico com apoio bilateral ou unilateral (Brachman et al., 2017).

A estratégia de tarefa dupla foi também utilizada, ao nível do planeamento do treino motor de uma Sra. acompanhada pela ECCI para recuperação da funcionalidade, após cirurgia a uma fratura do fémur, pelo facto de apresentar demência como antecedente pessoal. A tarefa dupla consiste na capacidade de uma pessoa em desempenhar duas tarefas de forma simultânea, tendo uma tarefa principal, foco principal da sua atenção, e uma tarefa cognitiva ou motora secundária (Sengar et al., 2019). Foi, então, solicitado que contasse o número de repetições das mobilizações, em voz alta, aumentando o seu interesse e participação aliando, assim, ao exercício uma estimulação cognitiva.

Nos programas de treino motor implementados, promoveu-se o envolvimento da família, tendo este maior impacto ao nível do estágio realizado na comunidade (ECCI), pela sua proximidade e permanência durante os cuidados. Assim, foi realizado o ensino, a instrução e o treino à família, quanto a estratégias adaptativas ao autocuidado, assim como, mobilizações assistidas que estas poderiam realizar de forma autónoma, nos dias em que não se encontrava agendada visita pelo EEER. Por exemplo, no caso da Sra. com *Parkinson*, que apresentava visita domiciliária do EEER numa periodicidade de 3 vezes por semana, onde foi realizado o ensino, a instrução e o treino à sua neta (cuidadora informal), com o intuito de complementar o programa de treino semanal conseguindo, assim, dar continuidade ao programa de reabilitação.

Ao nível do treino com exercícios de fortalecimento muscular no domicílio, foram utilizadas garrafas de água, assim como, pacotes de arroz. Por vezes, foi incluída uma cadeira no programa de treino motor, como estratégia de CE, adaptando a realização de exercícios à posição de sentado, de forma a minimizar a intolerância à atividade. Outra estratégia de CE utilizada, conforme verificado na pesquisa bibliográfica realizada, principalmente nas pessoas com patologia respiratória, assim como nas pessoas com IC, consistia no ensino, instrução e treino do controlo respiratório durante o esforço, conciliando a expiração na fase concêntrica do movimento e a fase inspiratória na fase excêntrica do movimento (OE, 2020).

No programa de treino motor realizado às pessoas com AVC, tinha-se em consideração a sequência de *"exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebés, como o rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha"* (Menoita, 2012, p.100). Uma das atividades terapêuticas utilizadas, foi o rolar de forma a utilizar os músculos do tronco iniciando, assim, o movimento voluntário necessário ao regresso da vida ativa (Menoita, 2012), sendo realizado tanto para o lado são como para o lado afetado. Eram, também, realizados exercícios de ponte, fundamentais para auxiliar na posição de sentar, assim como, para o ato de levantar e permanência na posição ortostática (Menoita, 2012). Outro exercício privilegiado, consistia na rotação controlada da anca, contribuindo para o controlo precoce desta articulação. Com intuito de promover

a consciencialização do hemicorpo afetado e maximizar o desempenho a nível motor, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a exercícios de automobilização. A atividade terapêutica de carga no cotovelo, foi também realizada com o intuito de potenciar o tónus muscular do membro superior afetado, assim como, estimular a sensibilidade profunda (Menoita, 2012). Outra técnica utilizada no programa de treino motor à pessoa com AVC, foi a facilitação cruzada e posicionamento terapêutico do mobiliário, com o intuito de estimular a ação voluntária ao nível dos músculos do hemicorpo afetado, reeducar o reflexo postural do lado lesado e reintegração do esquema corporal (Menoita, 2012).

Foi privilegiado o treino de marcha, com intuito de promover o treino aeróbio, principalmente na pessoa com IC e, com isso, aumentar a tolerância ao esforço. Sempre que necessário, foi realizado o ensino, a instrução e o treino para a marcha com produto de apoio, sendo o mais usual, o treino de marcha com andarilho. Mesmo nas pessoas com hemiparesia marcada sequelar ao AVC, foi privilegiado o treino de marcha, neste caso, treino de marcha controlada, tendo sido possível realizar uma caminhada no corredor, com apoio bilateral com o Sr. A.V., nos últimos dias do internamento. O treino aeróbio também foi incentivado através da utilização, quando possível, de cicloergómetro, assim como, o treino de subir e descer escadas. O cicloergómetro foi utilizado nos MI's, assim como, nos MS's. Muitas vezes, recorreu-se à utilização das grades e suporte dos pés da cama, para apoio na realização de exercícios, como no caso, da Sra. L., internada na UCCI, com antecedente pessoal de AVC, que se mobilizava em cadeira-de-rodas, onde foi realizado o ensino, a instrução e o treino para a realização de "*push-up*". Pretendeu-se, assim, treinar a musculatura necessária à realização de técnica de transferência e, aliviar a pressão nadegueira e dos ísquios ao nível da cadeira de rodas.

Para o treino da motricidade fina, recorreu-se à utilização de tampas, de diferentes dimensões, dependendo do nível de comprometimento, ou seja, quanto maior a dimensão da tampa utilizada, maior seria o comprometimento ao nível da motricidade fina, sendo as tampas de tamanho mais reduzido, utilizadas em pessoas com movimentos finos não tão afetados. Também ao nível do treino da motricidade fina, recorreu-se ao treino de dupla tarefa associando o treino cognitivo ao treino motor.

Dentro do treino motor, pode mencionar-se um programa de exercícios estabelecido a uma pessoa que se encontrava internada no serviço de medicina interna, que apresentava ombralgia e diminuição da amplitude de movimento por cirurgia anterior como antecedente pessoal tendo-se realizado exercícios ativo-assistidos, assim como o ensino, a instrução e o treino quanto a exercícios de automobilização passiva, exercícios pendulares de Codman; exercícios de "troca de mudança"; exercícios de caminhar com os dedos numa parede no sentido ascendente e descendente (Ribeiro, 2021).

O treino respiratório tinha início com o ensino, a instrução e o treino quanto a posições de descanso e relaxamento, tendo em atenção a aplicação correta da almofada da cabeça (a apoiar as omoplatas), colocando outra na região poplítea (Cordeiro, 2021). Posteriormente, procedia-se ao ensino, à instrução e ao treino do controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Por exemplo, no estágio da UCCI, numa pessoa que se encontrava taquipneica, sob oxigenoterapia, com respiração torácica com utilização de músculos acessórios, após se verificar a presença de sibilos nos lobos inferiores através da auscultação pulmonar, administrou-se inaloterapia prescrita e optou-se por incidir o treino nas técnicas supracitadas, tendo-se alertado a equipa médica para a alteração do quadro respiratório. Estas técnicas respiratórias foram utilizadas ao nível dos programas respiratórios instituídos sendo, posteriormente, adaptados levando em consideração se se apresentava patologia pulmonar restritiva ou obstrutiva. Por exemplo, numa Sra. que apresentava Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva como antecedente pessoal foi dado enfase à fase expiratória por apresentar uma patologia do foro obstrutivo demorando, assim, 2 segundos na inspiração via nasal e cerca de 4-5 segundos na expiração com os lábios semicerrados (Ribeiro, 2021). Como estímulo visual, por vezes necessário ao entendimento do exercício, recorreu-se à utilização de um lenço de papel para o treino da dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados. Na mesma Sra., pela ineficácia de limpeza das vias aéreas, para além do ensino de técnica de tosse, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a ciclos de *Huffing*, tendo em conta que esta técnica apresenta vantagens em relação à tosse, por trabalhar diferentes volumes tendo, consequentemente, um maior potencial de mobilização de secreções (OE, 2018). Foi, igualmente, realizado o ensino, a instrução e o treino, quanto a exercícios de técnica de expiração forçada, que consistia na combinação de vários ciclos de *Huffs* com exercícios de controlo respiratório e respiração diafragmática, de forma a minimizar a fadiga associada e prevenir broncospasmo (OE, 2018). Nesta Sra., recorreu-se à utilização de um copo com 2/3 de água e uma palhinha, acrescentando um estímulo visual, onde foi solicitado que, após a inspiração e pausa inspiratória, realizasse o exercício de soprar pela palhinha o máximo de tempo que conseguisse prolongando, assim, o tempo expiratório.

Nas pessoas com mobilização de secreções ineficaz, para além do treino de técnica de tosse, por vezes, foi necessário realizar técnica de tosse assistida.

No programa de treino respiratório, realizou-se reeducação da hemicúpula diafragmática a uma pessoa que se encontrava internada com derrame pleural, assim como técnica de posicionamento para o lado são com intuito de prevenir aderências secundárias (OE, 2018).

Realizou-se reeducação diafragmática com flexão e extensão coxofemoral, como por exemplo no estágio da ECCI, na Sra. M. com ELA, tendo-se realizado mobilização passiva dos MI's com flexão coxofemoral à expiração. Noutras situações, foi realizada reeducação

diafragmática posterior com resistência, com recurso a balão de soro, livro ou mão do EEER acrescentando, assim, um estímulo tátil, visual e auditivo ao treino (através da indicação do EEER) (Cordeiro & Menoita, 2014; Ribeiro, 2021; Cordeiro, 2021). No programa de treino respiratório, realizou-se o ensino, a instrução e o treino de reeducação costal inferior com faixa (toalha), assim como reeducação costal global com bastão. Por vezes, surgia a necessidade de adaptar as mobilizações por presença de limitações osteoarticulares ao nível da articulação do ombro, não permitindo elevação total dos MS's. Nestas situações, caso o bastão se tornasse um entrave ao exercício, optava-se por não o utilizar, solicitando a elevação dos MS's até ao máximo de tolerância. Nestas situações, foi privilegiada a abertura torácica através de exercícios de abdução (à inspiração) e adução (à expiração) bilateral do ombro, ao invés de flexão e extensão bilateral. De forma a adaptar o exercício e otimizar os recursos existentes em contexto comunitário, para a realização de reeducação costal global com bastão, muitas vezes, foi utilizado o cabo de vassoura, tubo do aspirador desadaptado, assim como, guarda-chuva ou canadiana. Quando considerado pertinente, como no caso da Sra. com derrame pleural, foi realizado o ensino, a instrução e o treino de reeducação costal seletiva (Cordeiro & Menoita, 2014; Ribeiro, 2021). Noutra pessoa internada no serviço de medicina, foi realizada reeducação costal seletiva com recurso a banda elástica.

No programa de reabilitação respiratória a pessoas sob inaloterapia. considerou-se pertinente o ensino, a instrução e o treino da mesma, tendo em conta que a utilização incorreta dos dispositivos inalatórios influencia negativamente a eficácia da terapêutica inalatória e cerca de 92% das pessoas comete, pelo menos, um erro durante a utilização dos dispositivos inalatórios (Cordeiro, 2021).

Tendo em conta que uma das características da IC é a intolerância à atividade (Taylor et al., 2023) procurou-se, com o programa de treino cardíaco, aumentar a tolerância ao esforço, diminuindo a fadiga associada à realização de AVD's. Assim, através do ensino, instrução e treino quanto a estratégias de aumento de tolerância à atividade, procurou-se promover respostas adaptativas ao nível do modo de adaptação Fisiológico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com IC. À semelhança do programa REPIC (Pestana et al., 2023) que combina a educação para a saúde com o programa de exercício, incidiu-se sobre o ensino da IC e programa de treino. Assim, aproveitou-se o momento do internamento hospitalar, pelo facto da pessoa e o cuidador se encontrarem *"mais recetivos e disponíveis para assimilar os conteúdos"* (Pestana et al., 2023, p. 11), para realizar uma sessão educativa informal à Sra. e cuidadora, tendo-se complementado com entrega de folheto sobre IC (consulta de IC) para posterior consulta. Considerou-se pertinente a verificação do seguimento das pessoas quanto à IC, incidindo no programa de reabilitação na preparação para a alta, tendo-se alertado para a necessidade de consulta de seguimento pós-alta com o médico assistente, dentro dos primeiros 7-10 dias pós alta (Bettencourt et al., 2021), tendo em conta que, a primeira

semana após a alta diz respeito ao período mais vulnerável para a pessoa com IC (Atherton, 2018).

Posteriormente, aquando do programa de treino, optou-se por incluir o treino respiratório, com intuito de aumentar a capacidade inspiratória, preparando a pessoa para o treino aeróbio (marcha ou pedaleira). Apesar de se privilegiar o treino respiratório e aeróbio (Delgado et al., 2022), o treino motor, através de mobilizações ativas, não foi descurado tendo em conta que o treino aeróbio por si só não resolve a perda de força muscular e o declínio funcional e, principalmente, porque as AVD's requerem uso de força muscular (Gary et al., 2012; Novo et al., 2020). Durante a prescrição de exercícios, levou-se em consideração os critérios de segurança definidos para a pessoa com patologia cardíaca, sendo a sua intensidade definida pela perceção subjetiva de esforço (Escala de Borg Modificada), não permitindo que a FC ultrapasse a FC em repouso em 30 bpmin (Abreu et al., 2018). Levando em consideração a Teoria da Adaptação, procurou-se munir a Sra. e cuidadora, assim como outras pessoas com intolerância à atividade, com estratégias de CE (complementadas com folheto de CE realizado), para os dias de maior cansaço, de forma a promover uma melhor adaptação do autocuidado, diminuindo a fadiga associada à sua realização.

Resta realçar que, ao nível da prescrição de exercício, com intuito de garantir a sua eficácia e segurança, devemos ter em consideração os critérios de prescrição FITT, tal como os 4 princípios básicos do exercício físico: Princípio da Sobrecarga, da Individualidade, da Reversibilidade e da Especificidade (Cordeiro, 2020). No programa de treino com pessoa com IC, poderemos considerar o acrónimo FITT-VP (Novo et al., 2020), uma vez que a progressão do exercício se torna vital para garantir adaptações benéficas e melhorias na capacidade de exercício. (Taylor et al., 2023). Os programas de exercícios eram constituídos por exercícios de alongamentos, exercícios propriamente ditos e, por último, por exercícios de relaxamento com retorno à calma (Pestana et al., 2023). Apesar de se ter planeado a realização de um TC6min como prova de avaliação e evolução, o mesmo não foi possível de ser realizado (no serviço de Medicina) tendo em conta a falta de um espaço desimpedido e, pelo facto de ser um serviço com grande fluxo profissional. Como tal, para avaliação de melhoria da funcionalidade, recorreu-se à escala de Índice de *Bathel* e *MIF*, assim como à escala de *Borg* Modificada para a avaliação subjetiva de cansaço.

O serviço de Medicina apresentava algumas pessoas internadas por IC descompensada, porém, não apresentava nenhum programa de RC estruturado, nomeadamente de fase I (intra-hospitalar). Por este motivo, os cuidados de enfermagem de reabilitação planeados e prestados, tiveram como objetivo a consciencialização para a doença, identificação de fatores de risco cardiovascular, adesão terapêutica, técnicas de CE, assim como promoção do levante e mobilização precoce através de mobilizações ativas, treino respiratório e treino aeróbio através de caminhadas no corredor.

CONCLUSÃO

O presente relatório, evidência o percurso realizado em estágio de forma a desenvolver as competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos para aquisição do grau de mestre, em articulação com as competências definidas pela OE para o EEER. A realização do mesmo mostrou-se de extrema importância permitindo a análise e reflexão quanto aos conhecimentos teórico-práticos obtidos a nível académico, assim como, aos novos conhecimentos e capacidades adquiridos ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, foi possível desenvolver o julgamento crítico, baseado em evidência científica, proporcionando um crescimento profissional e pessoal. O relatório, teve como objetivo a descrição, análise e reflexão do caminho realizado para desenvolver as competências comuns do EE e específicas de EEER. Inicialmente, foram definidos objetivos gerais e específicos, ao nível do projeto de estágio que, após todo o percurso realizado, pode considerar-se que foram alcançados. Partindo de uma situação problema, neste caso, a "Pessoa com IC", foi realizado um processo de investigação, através da realização de uma revisão *scoping*, de forma a identificar a intervenção do EEER com a pessoa com IC.

Durante o percurso de estágio, foi possível o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem, especializados na área de enfermagem de reabilitação, à pessoa com IC, com intuito de aumentar a sua qualidade de vida, através da capacitação para o autocuidado, assim como, à pessoa com com limitação das AVD's., com intuito de promover uma melhor adaptação ao autocuidado. Pelo que, foi realizada uma avaliação holística da pessoa, tendo, sempre que possível, a família como parceira na prestação de cuidados. Para a sua avaliação, foram utilizados instrumentos de avaliação, com intuito de promover a recolha de informações de forma rigorosa conseguindo, posteriormente, identificar os ganhos da intervenção do EEER. Através da utilização destes instrumentos, foi possível a realização de um planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação, de forma a dar resposta às necessidades identificadas, contribuindo para um melhor cuidar, capacitar e maximizar das funcionalidades da pessoa com IC, assim como da pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardíaco, respiratório, eliminação e ao nível da sexualidade. Foram utilizados, como instrumentos de avaliação, a escala de Índice de Barthel e Escala de MIF para avaliação funcional da pessoa; a Escala de *Berg* para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico em sedestação ou em ortostatismo; a Escala de Aschworth Modificada para avaliação do tónus muscular; a Escala MRC para avaliação da força Muscular; a escala de NIHSS para avaliação de gravidade de sintomatologia perante AVC e a Escala de Coma de Glasgow para avaliação do estado de consciência; a Escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva do nível de cansaço; a Escala de GUSS para avaliação da deglutição, o TC6min., o Teste de Levantar e Sentar; o Teste de Preensão

Manual, assim como, aplicados os questionários de London Chest Activity of Daily Living; Morisky Green para avaliação do nível de adesão ao regime terapêutico e teste de Kansas City Cardiomyopathy, com intuito de avaliar a qualidade de vida da pessoa com IC.

Durante o estágio, procurou-se desenvolver as competências comuns do EE, nomeadamente, ao nível do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, baseando a prestação de cuidados pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, centrando o cuidado na pessoa, tendo a família como parceira no cuidado. Ao nível do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, pode mencionar-se os projetos realizados ao longo dos estágios, como o desenvolvimento do folheto "Capacitação do cuidador para a técnica de Transferência" para a ECCI; do folheto "Recomendações pós colocação de Prótese Total ou Parcial da Anca" e do folheto "Exercícios pós colocação de Prótese Total ou Parcial da Anca" para o serviço de Ortotraumatologia, tendo sido realizados dois posters com as mesmas temáticas - "Recomendações Pós colocação de Prótese Total ou Parcial da Anca" e "Exercícios pós colocação de Prótese Total ou Parcial da Anca"; do folheto "Estratégias de CE" e "Técnicas de CE no Domicílio" desenvolvido no serviço de especialidades médicas; do Poster "Conhecer a demência", assim como o mini-guia, realizado no âmbito da participação do Curso de formação enquanto formadora, destinado a Ajudantes de Ação Direta e cuidadores informais para a UCC; pranchas de comunicação e de exercícios de reeducação da musculatura facial no âmbito do estágio realizado na ECCI. A realização dos folhetos informativos, posters e sessão de educação para a saúde, permitiu aprofundar os conhecimentos, contribuindo para a prestação de cuidados de ER baseados em evidência científica, melhorando a qualidade dos mesmos. Dentro do Domínio da Gestão de Cuidados, foi promovida a otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa de saúde, através da delegação de tarefas em segurança, garantindo a qualidade dos cuidados. Ao nível deste domínio, pode destacar-se as referenciações que foram realizadas para a RNCCI, assim como a gestão e adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados. Pode, também, realçar-se as reuniões com a equipa multidisciplinar, quer com a equipa de enfermagem, como com EEER orientador, Enfermeiro Gestor, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala, assim como a articulação com a equipa médica e Assistentes Operacionais, para transmissão de informações pertinentes para assegurar a qualidade de cuidados e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Neste sentido, procurou-se participar nas decisões da equipa multidisciplinar, através da melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. No Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, pode realçar-se todos os momentos vivenciados ao nível dos estágios, nomeadamente, os momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores e professora, reuniões formais e informais com a equipa multidisciplinar, partilha de experiências por parte dos enfermeiros orientadores, a elaboração dos estudos de casos, planos de

cuidados e plano de atividades, que contribuíram para o pensamento reflexivo e crítico, fundamentais para a aquisição de competência neste domínio. Pode, também, mencionar-se a revisão *scoping* realizada com intuito de promover o desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, assim como, complementar o conhecimento adquirido a nível académico. Para além da revisão *scoping*, pode mencionar-se as pesquisas bibliográficas realizadas durante o estágio, nomeadamente através da consulta de documentos da OE, como o "Guia Orientador de uma Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação cardíaca", assim como o documento referente a Reabilitação respiratória, entre outros. Após identificação de lacunas no conhecimento, foram realizadas pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, assim como, consultados livros de enfermagem de reabilitação, de forma a complementar e prestar cuidados de reabilitação, baseados em evidência científica, à pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardíaco, respiratório, eliminação e ao nível da sexualidade. Pode também mencionar-se a participação nas IV Jornadas Científicas Egas Moniz, assim como, a participação do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023 realizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, assim como, a participação no 3º Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Rebailitação e o ingresso a 13 de maio, no 1º Curso de Exercício e Reabilitação Cardiovascular pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ao nível das intervenções específicas de EEER, foram desenvolvidas intervenções no âmbito do cuidar, da capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa com deficiência, limitação da atividade, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, promovendo a sua participação e reinserção na sociedade, com consequente, melhoria da sensação de bem-estar, autoestima e qualidade de vida. Procurou-se assim, intervir ao nível da Reeducação funcional Cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, motora, com fortalecimento muscular e treino de equilíbrio estático e dinâmico, assim como, da adaptação dos autocuidados, tendo por base a Teoria da Adaptação escolhida para o desenvolvimento do projeto. O desenvolvimento de competências nas áreas supracitadas, permitiu o planeamento e implementação de intervenções especializadas de reabilitação personalizadas, como o treino a nível cognitivo, sensorial, respiratório, cardíaco. Na pessoa com IC, tendo por base os resultados obtidos através da revisão *scoping* realizada, procurou-se intervir ao nível da Educação para a Saúde, capacitando a pessoa para a gestão do seu processo de saúde e doença, desenvolveram-se programas de exercícios aplicando estratégias motivacionais promotoras de adesão terapêutica, promoveu-se o ensino, a instrução e o treino quanto a estratégias de CE, tal como definido pela literatura identificada. Foi, assim, promovida a educação para a saúde, sendo uma parte integrante do plano de reabilitação à pessoa com IC, nomeadamente, através da identificação da importância da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, alimentação saudável, prática de exercício

físico, restrição hidrossalina ajustada à sua condição clínica, cessação tabágica, vacinação, assim como, identificação dos sinais/ sintomas de alerta, tais como, dificuldade respiratória, presença de edemas, aumento do número de almofadas para dormir, aumento de peso corporal em poucos dias. Desenvolvendo programas de reabilitação, com componente de educação para a saúde, pretendeu-se intervir ao nível da diminuição da taxa de reinternamento das pessoas com IC. Procurou-se, em associação com a educação para a saúde, intervir ao nível da implementação de um programa de exercícios. Procurou-se incluir no plano de reabilitação, exercícios respiratórios, com intuito de promover a capacidade inspiratória da pessoa, fundamental ao treino aeróbio e, consequente, realização de AVD's. Tendo em consideração, que a pessoa com IC apresenta intolerância à atividade, apresentando muitas vezes, fadiga e dispneia associada ao esforço, considerou-se importante a realização de ensino, instrução e treino quanto a estratégias de CE. Neste sentido, procurou-se, para além da capacitação da pessoa para a aquisição de estratégias adaptativas com intuito de minimizar a fadiga associada ao esforço, a realização do ensino, instrução e treino quanto à técnica de respiração durante o esforço, com associação da inspiração na fase excêntrica e a expiração na fase concêntrica do movimento. Assim, tendo em conta a temática escolhida, procurou-se, munir a pessoa e família de ferramentas necessárias, de forma a promover respostas adaptativas, ao nível dos quatro modos de adaptação: "*Fisiológico*", através do aumento da tolerância à atividade, diminuindo a sensação de fadiga e dispneia, associada ao esforço; "*Autoconceito"*, através da melhoria da perceção que a pessoa tem sobre o seu "eu físico" (sua condição física) e sobre o seu "eu psíquico" (estando desperta para alterações psicológicas decorrentes da doença); "*Interdependência*" (relacionada com as suas ligações afetivas, tentando envolver a família na prestação de cuidados e tê-la como parceira nos mesmos, consciencializando-a, também, para a doença) e "Desempenho de Papel" (relacionado com o papel da pessoa na sociedade, prevenindo o seu isolamento social pelo seu condicionamento ao esforço ou, mesmo, derivado à, possível, alteração da sua imagem corporal decorrentes de presença de edema corporal, promovendo a sua reinserção na sociedade).

Durante o estágio realizado em contexto comunitário, nomeadamente, ao nível da ECCI, não existiu oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com IC, tendo em conta o reduzido número de pessoas que se encontravam admitidas e nenhuma apresentar como antecedente pessoal IC. Concluiu-se que, o número de referenciação de pessoas com IC para os cuidados de saúde primários, nomeadamente, ao nível de cuidados de reabilitação, poderia ser muito mais elevado do que é na realidade. Muitas vezes, reserva-se estas referenciações para pessoas submetidas a cirurgia do foro de ortotraumatologia ou do foro respiratório, descurando as pessoas com patologia cardíaca. Futuramente, existirá uma maior consciencialização, enquanto futura EEER, estando mais desperta para as referenciações para a comunidade, caso se

verifique que as pessoas não apresentem os conhecimentos e as capacidades demonstradas da gestão do seu processo de saúde e doença.

Torna-se fundamental a criação de rede de ligação entre a comunidade/hospital, com intuito de promover a continuidade de cuidados prestados, prevenção e agudizações da doença, com consequentemente, redução da taxa de reinternamento hospitalar, melhorando a qualidade de vida das pessoas com IC. Esta interligação torna-se fundamental, não só para as pessoas com IC, mas para a população em geral.

A implementação de programas de RC a nível hospitalar, nomeadamente, fase 1 e 2, torna-se, assim, fundamental, porém encontra-se dependente de um conjunto de medidas, ao nível de recursos humanos e materiais. Na ausência de programas estruturados, torna-se crucial a participação do EEER ao nível de projetos, de forma a implementar programas estruturados de acompanhamento destas pessoas. Na base destes projetos, deve ser a consciencialização da importância da educação para a saúde, através da realização de ensinos quanto à doença, cuidados a ter e sinais/ sintomas de alerta; inclusão de programas de exercício ajustados à condição clínica da pessoa, com combinação de exercícios respiratórios, aeróbios e de resistência e realização de ensino, instrução e treino de estratégias de CE. De salientar que, torna-se importante a mudança de perspetiva por parte das pessoas e famílias e, também, dos profissionais de saúde que, por vezes, consideram que a pessoa com patologia cardíaca, não deverá realizar esforços/ exercício físico. Esta mudança, é fundamental para assegurar a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida para a pessoa com IC.

Resta mencionar que, futuramente, enquanto EEER irei intervir, conforme realizado ao longo dos estágios, ao nível dos cinco domínios obtidos pela revisão scoping realizada, como na "Educação para a Saúde", "Capacitação" da pessoa/ família, "Entrevista Motivacional", "Programa de Exercício" e "Conservação de Energia".

Concluindo, durante o caminho percorrido, foi possível o desenvolvimento de competências ao nível dos cinco domínios dos descritores de *Dublin*, tais como, o domínio do conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compressão, formulação de juízos, competências de comunicação e de aprendizagem. As competências comuns e específicas de EEER tornam-se num complemento, essencial, de conhecimentos e capacidades na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS

Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, H., & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. Revista portuguesa de cardiologia, 37(5), 363–373. https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006

Alzahrani N. (2021). The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients: An integrative review. Applied nursing research: ANR, 61, 151488. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151488

American Heart Association (2023). Lifestyle Changes for Heart Failure. https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure

Amirova, A., Fteropoulli, T., Williams, P., & Haddad, M. (2021). Efficacy of interventions to increase physical activity for people with heart failure: a meta-analysis. Open heart, 8(1), e001687. https://doi.org/10.1136/openhrt-2021-001687

Associação de Apoio aos doentes com Insuficiência Cardíaca (AADIC) (2024). Webinar da AADIC debate resultados do estudo Porthos sobre a prevalência da Insuficiência Cardíaca em Portugal. https://aadic.pt/service/webinar-da-aadic-debate-resultados-do-estudo-porthos-sobre-a-prevalencia-da-insuficiencia-cardiaca-em-portugal/

Atherton, J. J., Sindone, A., De Pasquale, C. G., Driscoll, A., MacDonald, P. S., Hopper, I., Kistler, P. M., Briffa, T., Wong, J., Abhayaratna, W., Thomas, L., Audehm, R., Newton, P., O'Loughlin, J., Branagan, M., & Connell, C. (2018). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Heart Failure in Australia 2018. Heart, lung & circulation, 27(10), 1123–1208. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.06.1042

Bansal, S. K., Basumatary, B., Bansal, R., & Sahani, A. K. (2023). Techniques for the detection and management of freezing of gait in Parkinson's disease - A systematic review and future perspectives. MethodsX, 10, 102106. https://doi.org/10.1016/j.mex.2023.102106

Baptista, R., Silva Cardoso, J., Canhão, H., Maria Rodrigues, A., Kislaya, I., Franco, F., Bernardo, F., Pimenta, J., Mendes, L., Gonçalves, S., Teresa Timóteo, A., Andrade, A., Moura, B., Fonseca, C., Aguiar, C., Brito, D., Ferreira, J., Filipe Azevedo, L., Peres, M., Santos, P., … Gavina, C. (2023). Portuguese Heart Failure Prevalence Observational Study (PORTHOS) rationale and design - A population-based study. *Revista portuguesa de cardiologia* : orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology, 42(12), 985–995. https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.10.004

Bennett, W. L., Pitts, S., Aboumatar, H., Sharma, R., Smith, B. M., Das, A., Day, J., Holzhauer, K., & Bass, E. B. (2020). Strategies for Patient, Family, and Caregiver Engagement. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

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 and ageing, 47(1), 82–88. https://doi.org/10.1093/ageing/afx146

Bettencourt, P.; Pimenta, J; Araújo, I.; Marques, I.; Lourenço, C. & Sarmento, P. (2021). Checklist para a pré-alta de internamento por Insuficiência Cardíaca. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. DOI:10.24950/neic/184/20/1/2021

Brachman, A., Kamieniarz, A., Michalska, J., Pawłowski, M., Słomka, K. J., & Juras, G. (2017). Balance Training Programs in Athletes - a Systematic Review. Journal of human kinetics, 58, 45–64. https://doi.org/10.1515/hukin-2017-0088

Carvalho, F.S.S., Castro, R., P., Santos da Silva, M.V.R., Morais, I. & Silva de Sousa, T. (2020). Aplicação da Teoria de Callista Roy a pais/ cuidados de crinças autistas: uma proposta intervencionista. Revista Enfermagem atual. 94(32). https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/728/806

Chaudhry, S. & Golay, A. (2019). A. Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programes. Public Hearth Paranorama (vol.5, assunto 2-3, pp. 123-367). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330106/php-5-2-3-357-361-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chodos, A. H., Kushel, M. B., Greysen, S. R., Guzman, D., Kessell, E. R., Sarkar, U., Goldman, L. E., Critchfield, J. M., & Pierluissi, E. (2015). Hospitalization-Associated Disability in Adults Admitted to a Safety-Net Hospital. Journal of general internal medicine, 30(12), 1765–1772. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3395-2

Conraads, V. M., Deaton, C., Piotrowicz, E., Santaularia, N., Tierney, S., Piepoli, M. F., Pieske, B., Schmid, J. P., Dickstein, K., Ponikowski, P. P., & Jaarsma, T. (2012). Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: a position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European journal of heart failure, 14(5), 451–458. https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs048.

Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2014). Reeducação Funcional Respiratória. In M. C. Cordeiro, & E. C. Menoita, Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - conceito, princípios e técnicas (pp. 59-116). Loures: Lusociência.

Cordeiro, M. (2021). DPOC: Abordagem a 360º. Do Hospital para o Domicílio. 1ª Edição. Lusodidacta. ISBN:978-989-53006-0-0.

Dalal, H. M., Taylor, R. S., Jolly, K., Davis, R. C., Doherty, P., Miles, J., van Lingen, R., Warren, F. C., Green, C., Wingham, J., Greaves, C., Sadler, S., Hillsdon, M., Abraham, C., Britten, N., Frost, J., Singh, S., Hayward, C., Eyre, V., Paul, K., … Smith, K. (2019). The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: The REACH-HF multicentre randomized controlled trial. European journal of preventive cardiology, 26(3), 262–272. https://doi.org/10.1177/2047487318806358.

Delgado, B.; Lopes, I.; Mendes, E.; Preto, L.; Gomes, B., Novo, A. (2019). Modulação Cardíaca pelo Exercício Físico na pessoa com Insuficiência Cardíaca descompensada – Relato de caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação RPER. V2N2 12.019. DOI 10.33194/rper.2019.v2.n2.4583.

Delgado, B., Novo, A., Lopes, I., Rebelo, C., Almeida, C., Pestana, S., Gomes, B., Froelicher, E., & Klompstra, L. (2022). The effects of early rehabilitation on functional exercise tolerance in decompensated heart failure patients: Results of a multicenter randomized controlled trial (ERIC-HF study). Clinical rehabilitation, 36(6), 813–821. https://doi.org/10.1177/02692155221088684.

de Souza, E. N., Rohde, L. E., Ruschel, K. B., Mussi, C. M., Beck-da-Silva, L., Biolo, A., Clausell, N., & Rabelo-Silva, E. R. (2014). A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. European journal of heart failure, 16(9), 1002–1008. https://doi.org/10.1002/ejhf.125.

Ding, H., Jayasena, R., Chen, S. H., Maiorana, A., Dowling, A., Layland, J., Good, N., Karunanithi, M., & Edwards, I. (2020). The Effects of Telemonitoring on Patient Compliance With Self-Management Recommendations and Outcomes of the Innovative Telemonitoring Enhanced Care Program for Chronic Heart Failure: Randomized Controlled

Trial. Journal of medical Internet research, 22(7), e17559. https://doi.org/10.2196/17559.

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. 2015. Revisão e extensão a 2020, Maio. https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf.

Dunsky A. (2019). The Effect of Balance and Coordination Exercises on Quality of Life in Older Adults: A Mini-Review. Frontiers in aging neuroscience, 11, 318. https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00318

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), 14694. https://doi.org/10.3390/ijerph192214694.

Federação Mundial do Coração (2022). https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2021/04/WHF-Heart-Failure-Roadmap-Infographic-1.pdf.

Finkler, A. & Vivian, A. (2018). Grupo focal de psicologia em pacientes com insuficiência cardíaca. Aletheia (51, 1-2, 80-96).

Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Moreias, J. & Cardoso, J. (2017). Pela melhoria do tratamento da Insuficiência Cardíaca em Portugal – documento de consenso. Revista Portuguesa de Cardiologia 2017; 36 (1);1-8.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I & Ceia, F. (2018). Insuficiência Cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia (vol.37, n.2, pp.97-104).

Freitas, M. C. & Oliveira, M. F. (2006). Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. Revista Brasileira de Enfermagem (v. 59, n. 5, p. 642-6).

Gary, R. A., Cress, M. E., Higgins, M. K., Smith, A. L., & Dunbar, S. B. (2012). A combined aerobic and resistance exercise program improves physical functional performance in patients with heart failure: a pilot study. The Journal of cardiovascular nursing, 27(5), 418–430. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31822ad3c3.

George, J. (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas;

Gouveia, M., Ascenção, R., Fiorentino, F., Costa, J., Caldeira, D., Broeiro-Gonçalves, P., Fonseca, C., & Borges, M. (2019). The current and future burden of heart failure in Portugal. ESC heart failure, 6(2), 254–261. https://doi.org/10.1002/ehf2.12399.

Izawa, H., Yoshida, T., Ikegame, T., Izawa, K. P., Ito, Y., Okamura, H., Osada, N., Kinugawa, S., Kubozono, T., Kono, Y., Kobayashi, K., Nishigaki, K., Higo, T., Hirashiki, A., Miyazawa, Y., Morio, Y., Yanase, M., Yamada, S., Ikeda, H., Momomura, S. I., … Japanese Association of Cardiac Rehabilitation Standard Cardiac Rehabilitation Program Planning Committee (2019). Standard Cardiac Rehabilitation Program for Heart Failure. Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society, 83(12), 2394–2398. https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0670.

Laddu, D., Ma, J., Kaar, J., Ozemek, C., Durant, R. W., Campbell, T., Welsh, J., & Turrise, S. (2021). Health Behavior Change Programs in Primary Care and Community Practices for Cardiovascular Disease Prevention and Risk Factor Management Among Midlife and Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 144(24), e533–e549. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001026.

Mantovani, V., Ruschel, K., de Souza, E., Mussi, C., & Rabelo-Silva, E. (2015). Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. Acta Paulista de Enfermagem, 28(1), 41–47. https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008.

Marques-Vieira, C & Sousa, L. (2016). Cuidados de Enfermagem à Pessoa ao Longo da Vida. Cristina Marques- Vieira e Luis Sousa (Coord.).Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8875-73-4.

Meidian, A. C., Yige, S., Irfan, M., Rahayu, U. B., & Amimoto, K. (2021). Immediate effect of adding mirror visual feedback to lateral weight-shifting training on the standing balance control of the unilateral spatial neglect model. Journal of physical therapy science, 33(11), 809–817. https://doi.org/10.1589/jpts.33.809.

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Lusociência. ISBN – 9789728930783.

Moertl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A., Ebner, C., Fritsch, M., Geyrhofer, F., Huelsmann, M., Poelzl, G., & Stefenelli, T. (2017). Disease management programs in chronic heart failure : Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. Wiener klinische Wochenschrift, 129(23-24), 869–878. https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0.

Monaghan, K., Horgan, F., Blake, C., Cornall, C., Hickey, P. P. M., Lyons, B. E., & Langhorne, P. (2017). Physical treatment interventions for managing spasticity after stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(2), CD009188. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009188.pub2.

Neto, L., Novais, T., Junior,M. & Chun, R. (2020). Repercussões das dificuldades de linguagem em pessoas com esclerose lateral amiotrófica e o impacto em suas vidas e na de seus cuidadores. Revista CEFAC. 2021:23(4):e14120. https://www.scielo.br/j/rcefac/a/xJ8CkPHy7V96sBw6XfJTLMH/?format=pdf&lang=ptNeto.

Norberg, E. B., Löfgren, B., Boman, K., Wennberg, P., & Brännström, M. (2017). A client-centred programme focusing energy conservation for people with heart failure. Scandinavian journal of occupational therapy, 24(6), 455–467. https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1272631.

Novo, A.; Delgado, B.; Mendes, E.; Lopes, I.; Preto, L.; Loureiro, M. (2020). Reabilitação Cardíaca – evidência e fundamentos para a prática. 1ª edição – abril de 2020. Lusodidata. ISBN:978-989-8075-92-5.

Ordem dos enfermeiros (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Caderno OE. Série 1. Número 7.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Áreas Investigação Prioriárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Aprovado em 24 de janeiro de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico. Lei n.º 156/2015.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Aprovado pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem da Reabilitação na reunião ordinária de 29/03/2016.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Cadernos OE. Série 1. Número 10. ISBN 978-989-8444-41-7.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento 140/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 392/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Peng, X., Su, Y., Hu, Z., Sun, X., Li, X., Dolansky, M. A., Qu, M., & Hu, X. (2018). Home-based telehealth exercise training program in Chinese patients with heart failure: A randomized controlled trial. Medicine, 97(35), e12069. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000012069

Pereira Sousa, J., Neves, H., Lobao, C., Goncalves, R., & Santos, M. (2019). The effectiveness of education on symptoms recognition in heart failure patients to manage self-care: a systematic review protocol. L'efficacia dell'istruzione sul riconoscimento dei sintomi in pazienti affetti da insufficienza cardiaca ai fini del self-care: un protocollo di revisione sistematica. Professioni infermieristiche, 72(1), 50–54. https://doi.org/10.7429/pi.2019.721050.

Pereira, R., Martins, M., Machado, W., Pereira, A., Pereira,A., Chesani, F. (2020). Cuidados de Enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 3 (12).020. https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/68/28.

Pestana, S., Vermelho, A., Martins, M. (2023). Ganhos com o programa de reabilitação e ensino à pessoa com Insuficiência Cardíaca – PROGRAMA REPIC. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 6(21). Doi - 10.33194/rper.2023.213.

Pizga, A., Karatzanos, E., Tsikrika, S., Gioni, V., Vasileiadis, I., Nanas, S. & Kordoutis, P. (2022). Psychosocial interventions to enhance treatment adherence to lifestyle changes in cardiovascular disease: A review of the literatura 2011-2021. European Journal of Environment and Public Health. 1 (0102) ISSN: 2542-4904). https://doi.org/10.21601/ejeph/11582.

Ribeiro, Olga (2021). Enfermagem de reabilitação - Conceções e Práticas. (Lidel edições técnicas, Lda, ISBN: 978-989-752-723-4).

Riegel, B., Dickson, V. V., Garcia, L. E., Masterson Creber, R., & Streur, M. (2017). Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. Patient education and counseling, 100(2), 283–288. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.030.

Rocha, L. & Silva, L. (2009). Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Revista Eletrónica de Enfermagem. 11(3), 484-93.

Roy, C. & Andrews, A. (2007). Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy. Instituto Piaget.

Sengar, S., Raghav, D., Verma, M., Alghadir, A. H., & Iqbal, A. (2019). Efficacy Of Dual-Task Training With Two Different Priorities Instructional Sets On Gait Parameters In Patients With Chronic Stroke. Neuropsychiatric disease and treatment, 15, 2959–2969. https://doi.org/10.2147/NDT.S197632

Shahim, B., Kapelios, C. J., Savarese, G., & Lund, L. H. (2023). Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. Cardiac failure review, 9, e11. https://doi.org/10.15420/cfr.2023.05.

Sibinelli, M., Maioral, D., Falcão, A., Kosour, C., Dragosavac, D. & Lima, N. (2012). Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de

adultos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 24(1), 64-70. DOI: 10.1590/s0103-507x.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2020). 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. European Heart Journal. 42(17-96). doi:10.1093/eurheartj/ehaa605

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2021). Recomendações de Bolso de 2021 da ESC. (2021). https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6.pdf.

Taylor, J. L., Myers, J., & Bonikowske, A. R. (2023). Practical guidelines for exercise prescription in patients with chronic heart failure. Heart failure reviews, 28(6), 1285–1296. https://doi.org/10.1007/s10741-023-10310-9.

Timóteo, A.; Silva, T.; Moreira, R.; Gonçalves, A.; Soares, R. & Ferreira, R. (2020). Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem da insuficiência cardíaca. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2020; 39 (6): 341-350.

Tomey, M., & Alligood, R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem. (Lusociência, Ed.) (5a ed).

Travensolo, C., Goessler, K., Poton, R., Pinto, R. R., & Polito, M. D. (2018). Measurement of physical performance by field tests in programs of cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. Medida do desempenho físico por testes de campo em programas de reabilitação cardiovascular: revisão sistemática e meta-análise. Revista portuguesa de cardiologia, 37(6), 525–537. https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.008

Tsutsui, H., Isobe, M., Ito, H., Ito, H., Okumura, K., Ono, M., Kitakaze, M., Kinugawa, K., Kihara, Y., Goto, Y., Komuro, I., Saiki, Y., Saito, Y., Sakata, Y., Sato, N., Sawa, Y., Shiose, A., Shimizu, W., Shimokawa, H., Seino, Y., … Japanese Circulation Society and the Japanese Heart Failure Society Joint Working Group (2019). JCS 2017/JHFS 2017 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure - Digest Version. Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society, 83(10), 2084–2184. https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0342.

Veiga, N., Ten, Y. Machado, V., Faria, M., Neto, M. & David, H. (2021). Teoria da adaptação e saúde do trabalhador em Home Office na pandemia de COVID-19. Rev baiana enfermagem. 35, 37636.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO COM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: Revisão Scoping

REHABILITATION NURSE INTERVATIONS IN PEOPLE WITH HEAR FAILURE: Scoping Review

Maria Inês Horta Costa

Professor Doutor Júlio Fernandes

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Objetivo: Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com a pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC).

Questão de Investigação: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com a pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC).

Métodos: Revisão scoping utilizando a metodologia proposta pelo Joanna Brigs Institute.

Bases de Dados: CINAHL, MEDLINE, NURSING & ALLIEN da plataforma EBSCOhost Integrated Search e plataforma PUBMED.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Reabilitação; Nurs*

CRITÉRIOS DE INCLUSÂO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Pessoas com Insuficiência Cardíaca	Pessoas sem Insuficiência Cardíaca
Limite Temporal de 2012-2023	Com data anterior a 2012
Maiores de 18 anos	Menores de 18 anos
Texto Integral disponível	Não disponíveis em Texto Integral
Artigos em língua Portuguesa ou Inglesa	Artigos redigidos em idiomas diferentes dos pretendidos
Bases de Dados EBSCO e PUBMED	Estudos repetidos nas diferentes bases de dados

Tabela 1 - *Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos em estudo*

Conclusão: A presente revisão scoping permitiu reunir uma série de intervenções consideradas pertinentes para a prestação de cuidados do EEER à pessoa com IC

conseguindo através destas elaborar um plano de cuidados seguro e eficaz na promoção da qualidade de vida e na capacitação pelo próprio utente e respetivos cuidadores no seu processo de doença. Assim sendo, através da Educação para a Saúde, Autocapacitação, Programa de Exercícios, Entrevista Motivacional e Estratégias de Conservação de Energia, o EEER confere ao utente as ferramentas necessárias para lidar com a sua doença e respetivas consequência, tendo este um papel mais ativo no seu processo de recuperação, conseguindo desta forma aumentar o nível de adesão ao regime terapêutico e diminuir consequentemente o número de reinternamentos hospitalares.

APÊNDICE II – PLANO DE ATIVIDADES

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Plano de Atividades

Maria Inês Horta Costa

103826

Orientador: Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 3

2 .PLANO DE ATIVIDADES 5

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES 16

4. CONCLUSÃO 18

5. BIBLIOGRAFIA 19

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º ano do 2º semestre do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e, no contexto do início do estágio curricular, foi solicitado a realização de um plano de atividades com o intuito de delimitar e planear objetivos comuns e específicos, em sintonia com as competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de intervenções no âmbito da enfermagem de reabilitação para serem aplicadas nos diferentes locais de estágio.

O meu percurso irá realizar-se numa primeira fase, em contexto comunitário de 15 de maio a 30 de julho, na Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Lisboa, de 15 de maio a 18 de junho e, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Almada de 19 de junho a 18 de julho. Posteriormente, realizarei o meu estágio em contexto hospitalar, estando dividido em duas fases, uma primeira fase que irá decorrer de 11 de setembro a 3 de outubro e, uma fase posterior que decorrerá de 9 de outubro a 3 de dezembro.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista foram estabelecidas, enquadrando-se nos domínios da: (A) Responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão de Cuidados; (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (O.E., 2010). Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, foram definidas competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (O.E., 2010), como:

> J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;
> J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
> J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Neste sentido, com este percurso projeto de estágio pretendo:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem, especializados na área de enfermagem de reabilitação com a pessoa com IC;
- Desenvolver competências específicas de intervenção de enfermagem de reabilitação, à pessoa com patologia do foro cognitivo, sensorial, motor, cardiorespiratório, alimentar, eliminação e sexualidade, de forma a promover uma melhor adaptação ao autocuidado.

Para atingir os objetivos gerais supracitados, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e na evidência científica;
- Dinamizar o desenvolvimento de projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria continua da qualidade dos cuidados nos diferentes locais de estágio;
- Desenvolver os conhecimentos técnico-científicos na área de intervenção do EEER, nomeadamente, na pessoa com insuficiência cardíaca, e aplicar esses conhecimentos na prática profissional;
- Desenvolver competências de gestão de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prestados em evidência científica, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados;
- Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidade especiais;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a capacidade funcional da pessoa.

2. PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	1) Desenvolver uma prática profissional suportada em princípios éticos, deontológicos e na evidência científica;
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** A1 – Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. **B – Melhoria da Qualidade** B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. **D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Visita guiada aos diferentes campos de estágio e realização de reuniões informais com os Enfermeiros Chefes dos serviços e enfermeiros orientadores; ❖ Integração nos contextos de campo de estágio com a equipa multidisciplinar; ❖ Tomada de decisão baseada em princípios, valores e normas deontológicas; ❖ Consulta e conhecimento de manuais, protocolos, normas e documentação relevante à prestação de cuidados nos diversos serviços; ❖ Observação e compreensão da intervenção do EEER nos diversos campos de estágio. ❖ Realização de colheita de dados junto da pessoa/ prestador de cuidados e consultar o processo clínico, assim como, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de forma a compreender as respetivas necessidades de intervenção; ❖ Participação no processo de tomada de decisão em equipa multidisciplinar; ❖ Envolvimento da pessoa e família/ prestador de cuidados no processo de tomada de decisão; ❖ Respeitar a individualidade de cada pessoa, tendo em consideração os seus valores, hábitos e crenças;	❖ Ter realizado uma visita guiada aos diferentes campos de estágio e ter realizado reuniões informais junto dos Enfermeiros Chefes dos serviços e enfermeiros orientadores; ❖ Ter-me integrado, nos diversos campos de estágio, com a equipa multidisciplinar; ❖ Ter apresentado uma tomada de decisão baseada em princípios, valores e normas deontológicas; ❖ Ter consultado e demonstrado conhecimento relativamente aos manuais, protocolos, normas e documentação relevante à prestação de cuidados, nos diversos serviços; ❖ Ter observado e compreendido a intervenção do EEER nos diversos locais de estágio: ❖ Ter realizado uma colheita de dados junto do pessoa e respetivos familiares/prestadores de cuidados e ter consultado o processo clínico/ meios complementares de diagnóstico e terapêutica, para a compreensão das respetivas necessidades de intervenção; ❖ Ter participado no processo de tomada de decisão em equipa multidisciplinar; ❖ Ter envolvido a pessoa/família/ cuidador no processo de tomada de decisão;

❖ Participação na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa nos diversos campos de estágio; ❖ Conhecimento dos recursos humanos e materiais disponíveis nos diversos campos de estágio e possibilidade de mobilização dos mesmos, de forma a assegurar a continuidade de cuidados pós alta.	❖ Ter demonstrado respeito pela individualidade de cada pessoa, tendo com consideração os seus valores, hábitos e crenças; ❖ Ter participado na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa nos diversos campos de estágio: ❖ Ter demonstrado conhecimento dos recursos humanos e materiais disponíveis nos diversos campos de estágio e ter com consideração a possibilidade de mobilização dos mesmos, de forma a assegurar a continuidade de cuidados pós alta.
Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

<table>
<tr><td>OBJETIVOS ESPECIFICOS</td><td colspan="2">2) Dinamizar o desenvolvimento de projetos na área da reabilitação que contribuam para a melhoria continua da qualidade dos cuidados nos diferentes locais de estágio;</td></tr>
<tr><td>DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA</td><td colspan="2">B – Melhoria da Qualidade
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica;
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS</td><td>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</td></tr>
<tr><td colspan="2">❖ Aquisição de conhecimentos científicos relativos à área de intervenção do EEER;
❖ Aquisição de conhecimentos no âmbito da enfermagem de reabilitação, mais precisamente em programas de reabilitação cardíaca, a pessoas com Insuficiência Cardíaca;
❖ Participação e colaboração em projetos de reabilitação que se encontrem a decorrer, tendo em conta a componente cognitiva, sensorial, motora, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexual;
❖ Prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação a pessoas com insuficiência cardíaca, relacionado com a temática do projeto;
❖ Prestação de cuidados nas restantes áreas de intervenção do EEER;
❖ Avaliação da qualidade dos cuidados prestados;
❖ Reconhecimento de oportunidades de melhoria de cuidados;
❖ Estabelecimento de prioridades e definição de estratégias fulcrais à melhoria de cuidados.</td><td>❖ Ter adquirido conhecimentos científicos no âmbito da área de intervenção do EEER;
❖ Ter adquirido conhecimentos no âmbito da enfermagem de reabilitação, mais precisamente em programas de reabilitação cardíaca, a pessoas com Insuficiência Cardíaca;
❖ Ter participado e colocado em prática projetos de reabilitação que estivessem a decorrer tendo em conta a componente cognitiva, sensorial, motora, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexual;
❖ Ter prestado cuidados de enfermagem especializados de reabilitação às pessoas com insuficiência cardíaca, relacionado com a temática do projeto;
❖ Ter prestado cuidados nas restantes áreas de intervenção do EEER;
❖ Ter avaliado a qualidade dos cuidados prestados;
❖ Ter reconhecimento das oportunidades de melhoria de cuidados;
❖ Ter estabelecido prioridades e definido estratégias fundamentais à melhoria de cuidados.</td></tr>
<tr><td>Recursos Humanos e Materiais</td><td colspan="2"><u>Humanos</u>: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados.
<u>Materiais:</u> Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso</td></tr>
</table>

	a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

OBJETIVOS ESPECIFICOS	3) Desenvolver competências de gestão de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prestados em evidência científica, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**C – Gestão de cuidados** **C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação de saúde** C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; **C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados** C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Identificação das prioridades de cuidados e adequação da prestação de cuidados às reais necessidades das pessoas/famílias/prestadores de cuidados; ❖ Referenciação para outros profissionais na presença de pessoas com necessidades fora do âmbito do EEER; ❖ Realização de planos de cuidados especializados e individualizados às necessidades das pessoas; ❖ Gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis durante a prestação de cuidados; ❖ Articulação com a equipa multidisciplinar; ❖ Supervisão de tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados; ❖ Participação nos momentos de passagem de informação das pessoas (passagens de turno) e na transmissão de informação pertinente ao processo de manutenção de	❖ Ter identificado prioridades de cuidados e adequado a prestação de cuidados às reais necessidades das pessoas/ Família/ Prestadores de cuidados: ❖ Ter referenciado a outros profissionais, quando na presença de pessoas com necessidades fora do âmbito do EEER; ❖ Ter realizado planos de cuidados especializados e individualizados às necessidades das pessoas; ❖ Ter gerido os recursos materiais e humanos disponíveis, durante a prestação de cuidados; ❖ Ter articulado com a equipa multidisciplinar; ❖ Ter supervisionado as tarefas delegadas, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados; ❖ Ter participado nos momentos de passagem de informação das pessoas e na transmissão de

cuidados à pessoa como por exemplo, através de carta de transferência ou alta; ❖ Seleção prioritária de pessoas que necessitem de cuidados de saúde de Reabilitação.	informação pertinente ao processo de manutenção de cuidados à pessoa (carta de transferência, carta de alta); ❖ Ter realizado uma seleção prioritária das pessoas com necessidade de cuidados de Enfermagem de reabilitação.
Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

OBJETIVOS ESPECIFICOS	4) Desenvolver os conhecimentos técnico-científicos na área de intervenção do EEER, nomeadamente, na pessoa com insuficiência cardíaca, e aplicar esses conhecimentos na prática profissional;
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**D – Desenvolvimento de aprendizagens profissionais** D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Desenvolvimento do autoconhecimento e de assertividade; ❖ Identificação de lacunas de conhecimento e oportunidades pertinentes de investigação; ❖ Pesquisar artigos em bases de dados científicas, nomeadamente quanto à área de intervenção do EEER, baseando a prestação de cuidados em investigação; ❖ Aplicação dos conhecimentos adquiridos, na prática clínica; ❖ Identificação das necessidades de formação; ❖ Reuniões periódicas com o professor e enfermeiro orientador com o intuito de analisar o meu percurso e as intervenções por mim desenvolvidas.	❖ Ter desenvolvido competências no âmbito de desenvolvimento e assertividade; ❖ Ter identificado lacunas de conhecimento e oportunidades pertinentes de investigação; ❖ Ter realizado pesquisa de artigos em bases de dados científicas, mais precisamente, quanto à área de intervenção do EEER, baseando a prestação de cuidados em investigação; ❖ Ter colocado em prática os conhecimentos adquiridos; ❖ Ter identificado necessidades pessoais de formação;

	❖ Ter realizado reuniões periódicas com o professor e enfermeiro orientador com o intuito de analisar o meu percurso e as intervenções por mim desenvolvidas.
Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

OBJETIVOS ESPECIFICOS	5) Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidade especiais;
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Recolha de informações pertinentes à prestação de cuidados junto da pessoa/família/prestador de cuidados, realizando a sua anamnese; ❖ Avaliação da capacidade funcional da pessoa e do seu grau de dependência, através da utilização de escalas de avaliação; ❖ Identificação de necessidades e áreas prioritárias de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação; ❖ Realização de um planeamento de atividades adequado às necessidades averiguadas, com intuito de promover a autonomia da pessoa e a sua capacidade de adaptação às suas limitações; ❖ Implementação de um plano funcional através das	❖ Ter recolhido informações pertinentes à prestação de cuidados junto da pessoa/família/ prestador de cuidados, realizando a sua anamnese; ❖ Ter avaliado a capacidade funcional da pessoa e o seu grau de dependência, através da utilização de escalas de avaliação; ❖ Ter identificado as necessidades e as áreas prioritárias de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação; ❖ Ter realizado um planeamento de atividades adequado às necessidades averiguadas, com intuito de promover a autonomia do pessoa e a sua capacidade de adaptação às suas limitações;

intervenções definidas de forma a dar resposta às necessidades identificadas anteriormente; ❖ Planeamento precoce de alta e preparação da pessoa no regresso a casa; ❖ Em contexto de prestação domiciliário, adequar os cuidados prestados ao meio envolvente da pessoa e condições habitacionais.	❖ Ter implementado um plano funcional através das intervenções definidas de forma a dar resposta às necessidades identificadas anteriormente; ❖ Ter planeado precocemente a alta e preparado a pessoa para o regresso a casa; ❖ Ter adequado, em contexto domiciliário, os cuidados prestados ao meio envolvente das pessoas às suas condições habitacionais.
Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

OBJETIVOS ESPECIFICOS	6) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade para a reinserção e exercício da cidadania;
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Avaliar alterações da funcionalidade e limitações à realização das atividades de vida diárias, através da aplicação de escalas como *Barthel* e MIF; ❖ Avaliação da capacidade funcional da pessoa com IC, tendo em conta a temática do projeto de estágio ❖ Identificação de elementos facilitadores e dificultadores para a realização de atividade de vida diárias;	❖ Ter avaliado alterações da funcionalidade e limitações à realização das atividades de vida diárias, através da aplicação de escalas como *Barthel* e MIF; ❖ Ter realizado a avaliação da capacidade funcionada da pessoa com IC, tendo em conta a temática do projeto de estágio; ❖ Ter identificado elementos facilitadores e

❖ Realizar plano estratégico de reabilitação funcional, com programas de treino de AVD's com intuito de adaptar a pessoa às suas limitações; ❖ Conceção e realização de programas de treino motor e cardiorrespiratório; ❖ Ensino, Instrução e Treino de técnicas de reeducação funcional cognitiva, motora, respiratória e funcional; ❖ Avaliação dos resultados e da eficácia dos programas implementados e ajuste dos mesmos, face a resultados menos favoráveis; ❖ Envolvimento da família/prestador de cuidados nos programas de reabilitação. ❖ Transmissão de informação oral e escrita, à equipa multidisciplinar, relativamente à evolução clínica da pessoa; ❖ Planear precocemente a alta, com envolvimento da família na identificação e adequação/ resolução nas principais limitações no regresso da pessoa a casa.	dificultadores para a realização de atividade de vida diárias; ❖ Ter realizado um plano estratégico de reabilitação funcional com programas de treino de AVD's, com intuito de adaptar a pessoa às suas limitações; ❖ Ter realizado um programa de treino motor e cardiorrespiratório; ❖ Ter realizado ensino, instrução e treino de técnicas de reeducação funcional cognitiva, motora, respiratória e funcional; ❖ Ter avaliado os resultados e a eficácia dos programas implementados e ajustado os mesmos, na presença de resultados menos favoráveis; ❖ Ter envolvido a família/prestador de cuidados nos programas de reabilitação; ❖ Ter transmitido a informação oral e escrita à equipa multidisciplinar, relativamente à evolução clínica da pessoa; ❖ Ter planeado precocemente a alta, envolvendo a família na identificação e adequação/ resolução nas principais limitações no regresso da pessoa a casa.
Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

OBJETIVOS ESPECIFICOS	7) Maximizar a capacidade funcional da pessoa.
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	**J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
❖ Avaliação da capacidade funcional através de instrumentos de avaliação; ❖ Identificação das necessidades prioritárias da pessoa, verificando e reforçando os ganhos obtidos e identificação das principais limitações ao desenvolvimento de capacidades; ❖ Utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis; ❖ Elaboração de um plano de reabilitação composto por treino, exercícios e estratégias adaptativas, assim como, estratégias de conservação de energia; ❖ Avaliação das intervenções implementadas ao nível da maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa; ❖ Envolvimento da família no processo de maximização das funcionalidades; ❖ Preparação precoce para a alta, adequada e ajustada às necessidades no regresso a casa.	❖ Ter avaliado a capacidade funcional através de instrumentos de avaliação; ❖ Ter identificado as necessidades prioritárias da pessoa, verificando e reforçando os ganhos obtidos e identificado as principais limitações ao desenvolvimento das capacidades; ❖ Ter utilizado os recursos humanos e materiais disponíveis; ❖ Ter elaborado um plano de reabilitação composto por treino, exercícios e estratégias adaptativas, assim como, estratégias de conservação de energia; ❖ Ter avaliado as intervenções implementadas ao nível da maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa; ❖ Ter envolvido a família no processo de maximização de funcionados; ❖ Ter realizado uma preparação precoce para a alta, adequada e ajustada às necessidades no regresso a casa,

Recursos Humanos e Materiais	**<u>Humanos</u>**: Professora orientadora da ESSEM; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador do estágio; Equipa multidisciplinar; Pessoa; Família/ prestador de cuidados. **<u>Materiais:</u>** Documentação do serviço – manuais, protocolos, normas institucionais; Processos clínicos das pessoas; Instrumentos de registo e cartas de alta, transferência ou de encaminhamento de e para a comunidade. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; Internet com recurso a bases de dados científicas; Material académico lecionado em aulas referente ao 1º e 2º semestre do curso.
Critérios de Avaliação	Demonstram se as atividades e estratégias delimitadas contribuíram para alcançar os objetivos definidos e para o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns e especificas do EEER, tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal.
Locais	UCC, ECCI, Ortopedia, Medicina I

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

		2023																										2024	
		Maio			Junho				Julho				Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro		Janeiro	
Início da Semana		15/mai	22/mai	29/mai	05/jun	12/jun	19/jun	26/jun	03/jul	10/jul	17/jul	24/jul	11/set	18/set	25/set	02/out	09/out	16/out	23/out	30/out	06/nov	13/nov	20/nov	27/nov	04/dez	11/dez	03/jan	08/jan
Locl de estágio		**UCCI**						**ECCI**					**Ortopedia**			**Medicina I**												
Objetivos Especificos	1																												
	2																												
	3																												
	4																												
	5																												
	6																												
	7																												

4. CONCLUSÃO

Este projeto serve como guia orientador, da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, de forma a conseguir adquirir as competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade e em segurança.

É de salientar que este planeamento poderá sofrer ajustes e alterações à medida que vão decorrendo os estágios e, posteriormente, realizarei um projeto de estágio onde mencionarei se as mesmas intervenções definidas foram ou não alcançadas com respetiva fundamentação.

Pretendo, ao longo do meu percurso enquanto aluna de especialidade de reabilitação, adquirir conhecimentos teórico-práticos e colocar em prática os conhecimentos lecionados nas aulas. Pretendo assim, visualizar a pessoa como um todo, identificando as suas necessidades prioritárias de reabilitação, delimitar um plano de reabilitação e avaliação da mesma com intuito de capacitar e maximizar as suas funcionalidades, adequando a minha intervenção à realidade e ao meio envolvente da pessoa/família/pessoa de referência.

5. BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE III – ESTUDO DE CASO 1 - AVC

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO - AVC

Maria Inês Horta Costa

103826

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CF - coxofemoral

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

MRC- Medical Research Council

MS – Membro superior

MSD – Membro Inferior direito

MSE – Membro superior esquerdo

MI – Membro inferior

MID – Membro inferior direito

MIE – Membro inferior esquerdo

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCCI RDL– Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 34

2.COLHEITA DE DADOS 35

2.1. Dados Pessoais 192

2.2. História da doença atual 36

2.3. Antecedentes Pessoais 37

2.4. Cirurgias Anteriores 37

2.5. Medicação de Ambulatório 38

2.6. Alergias 38

3.FISIOPATOLOGIA DO AVC 39

4.AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 42

4.1.1. Exame Clínico Sumário 42

4.1.2. Avaliação Neurológica 42

4.1.3. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional 46

5.PLANO DE CUIDADOS 48

6.CONCLUSÃO 71

7.BIBLIOGRAFIA 73

APÊNDICE

APÊNDICE I – Escala de Berg 74

APÊNDICE II – Escala de Barthel 3

APÊNDICE III – ESCALA DE BRADEN 6

APÊNDICE IV – ESCALA DE MORSE 9

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE MRC 11

APÊNDICE VI – Escala National Institutes of Health Stroke (NIHS) 13

APÊNDICE VII - Prova de Barragem para avaliação de neglet 18

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente, durante o estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), foi solicitado a realização de um estudo de caso de uma pessoa, a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação sob a supervisão e orientação da Sra. Enfermeira Orientadora M.M..

Os estágios curriculares têm como objetivo, o desenvolvimento das competências comuns e especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo o enfermeiro especialista de reabilitação a responsabilidade de conceção, implementação, monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo como base os reais problemas e as potencialidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Ao longo dos meus estágios, irei colocar na minha prática clínica, as intervenções por mim determinadas, no plano inicial de atividades, de forma a alcançar os objetivos gerais e específicos que pretendo atingir.

O objetivo do presente estudo de caso diz respeito à realização de um plano de cuidados especializados de reabilitação a uma pessoa com antecedente pessoal de AVC em 2019, com hemiparesia esquerda sequelar, encontrando-se internado na UCCI.

Primeiramente, irei realizar uma descrição da pessoa selecionada, mencionando os respetivos antecedentes pessoais e situação social e, numa segunda parte, farei uma contextualização da fisiopatologia do acidente vascular cerebral (AVC), intervenção do EEER na pessoa com AVC. Posteriormente, na última parte, consta o plano de cuidados, onde incluo diagnósticos de enfermagem baseados no padrão documental de cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015) e concluo com algumas considerações finais.

Resta-me mencionar que tive em consideração, na realização do presente trabalho, a mentora Callista Roy, teórica que escolhi para o meu projeto final, com a teoria da adaptação.

1. COLHEITA DE DADOS

1. Dados Pessoais

Nome: L.M

Género: Feminino

Data de Nascimento: 27/5/1968

Idade: 55 anos

Naturalidade: Lisboa

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Divorciada

Profissão: Auxiliar de ação médica no , encontrando-se reformada por invalidez após AVC há 4 anos.

Residência: Graça, Lisboa

Pessoa Significativa: Filho – Sr. Fábio de 33 anos de idade, com o 12º ano. Atualmente, encontra-se em situação de desemprego, assumindo-se como cuidador de referência da mãe que, já se encontrava numa situação de dependência parcial, previamente ao internamento na UMDR.

Habilitações Literárias: 9ºano

Condições Habitacionais: Reside com o filho num apartamento num 3º andar com elevador, porém com 4 degraus à entrada do prédio. O apartamento apresenta de 3 assoalhadas com wc provido de banheira.

Apoio Social: apresentava apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, para a higiene e para a alimentação, diariamente, exceto aos fins-de-semana.

2. *História da doença atual*

A Sra. L. M. apresentou um AVC isquémico com transformação hemorrágica, da artéria cerebral média direita, em janeiro de 2019, de origem cardioembólica, em contexto de suspensão temporária de anti-coagulação oral para cirurgia a luxação tibiotársica esquerda a 10/01/2019 sequelar a uma queda na vida pública. Segundo informação informática, contida no seu processo clínico, a Sra. L.M. foi admitida no serviço de urgência do Hospital _____ no dia 23/01/2019, trazida pelos bombeiros por *"alteração do estado de consciência e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo*". À observação no serviço de urgência, apresentava apagamento do sulco nasogeniano à esquerda e plegia do MSE. Segundo angiografia realizada, oclusão da artéria cerebral média direita, tendo sido realizada trombectomia aspirativa, obtendo-se reperfusão. Após o procedimento, a Sra. permaneceu em observação temporariamente.

Posteriormente, segundo informação descrita, a Sra. manteve estado estuporoso após trombectomia, com abertura ocular apenas à estimulação dolorosa e, presença de hemiplegia. Repetiu TAC CE, a 24/01/2019 por agravamento neurológico, que demonstrou componente hemorrágica, com colapso do ventrículo direito e desvio das estruturas da linha média em 4.6mm. Foi realizada craniectomia descompressiva com colocação do retalho ósseo na cavidade abdominal à esquerda sendo, posteriormente, transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) sob ventilação mecânica.

No dia 26/01/2019, ainda na UCI, foi observada pela especialidade de ortopedia por osteossíntese realizada a 10/01/2019, que deu indicação para remoção de tala gessada e mobilização do membro no leito. No dia 29/01/2019 a pessoa auto extubou-se, ficando em ventilação espontânea.

A 12/04/2019, a especialidade de ortopedia deu indicação que a pessoa poderia realizar carga total no MIE.

No dia 28/05/2019, a Sra. teve alta do Hospital _____ para uma Unidade Média Duração e Reabilitação, ficando a aguardar agendamento de cranioplastia. Na UMDR, verificou-se uma melhoria franca ao nível da reabilitação funcional motora, o que contribuiu para a aquisição da marcha com bastão e apoio de 1 pessoa. Posteriormente, no momento de alta da UMRD, regressou ao domicílio com sistema de apoio domiciliário (SAD) para a higiene.

Em 2021, é internada por quadro de hemorragia uterina anómala por menopausa.

A 25/07/2022, a Sra. é admitida no serviço de Medicina Covid no Hospital _____, por infeção por SARS-CoV-2 e IC descompensada, tendo alta para o domicílio a 2/8/2022. A infeção por SARS-CoV-2 e o facto de ter de ficar mais isolada, contribuiu para o ganho ponderal de peso de cerca de 40/45kg, o que contribuiu para ficar mais imobilizada e, para o agravamento dos défices motores que, até então, permitiam a sua marcha com apoio de uma terceira pessoa ou utilização de um bastão.

A Sra. é, posteriormente, admitida no Hospital _____, a 11/5/2023, no contexto de pielonefrite aguda com isolamento de *Klebsiella Pneumoniae* e para correção de hiponatremia. Posteriormente, teve alta deste hospital a 18/05/2023, para admissão na UMDR.

3. Antecedentes Pessoais

A Sra. L. apresenta, como antecedentes pessoais:

- Miocardiopatia hipertrófica
- Fibrilhação Auricular sob apixabano
- Acidente Isquémico Transitório provavelmente em 2017
- AVC da Artéria cerebral média direita, em janeiro de 2019, com necessidade de craniectomia descompressiva, com hemiparesia esquerda sequelar
- Luxação bimaleolar no dia 31/12/2018
- Bócio multinodular
- Síndrome depressivo
- Obesidade
- Anemia ferropénica em contexto de hemorragia uterina anómala - menopausa 2021
- Infeção SARS-CoV-2 oligosintomática em agosto de 2022.

4. Cirurgias Anteriores

Como cirurgias anteriores, a Sra. L. realizou no dia 10/1/ 2019, redução aberta e osteossíntese com colocação de placa e parafusos por Luxação bimaleolar à esquerda; cranietomia descompressiva em 24/01/2019 com colocação da calote a nível abdominal; Cranioplastia a 10/11/2022 no Hospital _____.

5. *Medicação de Ambulatório*

- Pantoprazol 20 mg em jejum;
- Bromazepam 1.5mg de 12/12horas;
- Carvedilol 6.25mg de 12/12horas;
- Escitalopram 20mg ao pequeno-almoço;
- Espironolactona 100mg ao pequeno-almoço;
- Gabapentina 300mg de 8/8horas;
- Sulfato ferroso 329.7mg ao Pequeno-almoço;
- Rivaroxabano 20mg ao almoço;
- Atorvastatina 20mg ao jantar;

6. *Alergias*

A Sra. L. nega a presença de alergias, quer medicamentosas quer alimentares.

2. FISIOPATOLOGIA DO AVC

O acidente vascular cerebral (AVC), define-se pela ocorrência de um evento que afeta as artérias do cérebro, ocorrendo quando após um bloqueio ou rotura de um vaso sanguíneo responsável pela circulação cerebral. Desta forma, como consequência, ocorre uma supressão de oxigénio e nutrientes de uma área do cérebro, onde o vaso sanguíneo foi bloqueado ou rompido, ocorrendo, assim, lesão cerebral. (American Stroke Association, 2019). Consiste então, num episódio agudo de disfunção neurológica focal com duração superior a 24horas, acarretando elevados custos em saúde, nomeadamente a nível pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar (Tadi & Lui, 2023). Os sinais e sintomas decorrentes do AVC, podem ser influenciados por diversos fatores, tais como: localização do vaso sanguíneo afetado; área e extensão da lesão cerebral; tipologia de AVC - isquémico ou hemorrágico (American Stroke Association, 2019).

O AVC figura-se como a segunda principal causa de morte, sendo, também, uma das principais causas de incapacidade. Em Portugal, as doenças cérebro e cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, situando-se entre os oito países europeus com uma maior taxa de mortalidade. Segundo os registos de 2015, foram registados 29,8% de óbitos por doenças do sistema circulatório – mais 0.5% do que no ano anterior – e, os AVC representaram 10.8% do total de mortes no país (Figueiredo, 2020). Cerca de seis pessoas por hora, sofre um acidente vascular cerebral (AVC) em Portugal, resultando em cerca de dois a três óbitos (Figueiredo, Pereira & Mateus, 2020).

Relativamente à classificação, o AVC pode definir-se como isquémico ou hemorrágico, podendo o hemorrágico subdividir-se em hemorragia intracerebral (HIC) e Hemorragia Subaracnoídea (HSA).

Os acidentes vasculares cerebrais isquémicos ocorrem devido a um bloqueio dos vasos sanguíneos, levando a uma supressão do aporte de oxigénio ao cérebro. Por sua vez, os AVC hemorrágicos, surgem devido a uma rotura dos vasos sanguíneos, levando a hemorragia intracraniana (Tadi & Lui, 2023). Os AVC isquémicos são mais comuns do que os AVC hemorrágicos, mas os AVC hemorrágicos são os responsáveis por mais mortes e gerar maior incapacidade (Tadi & Lui, 2023).

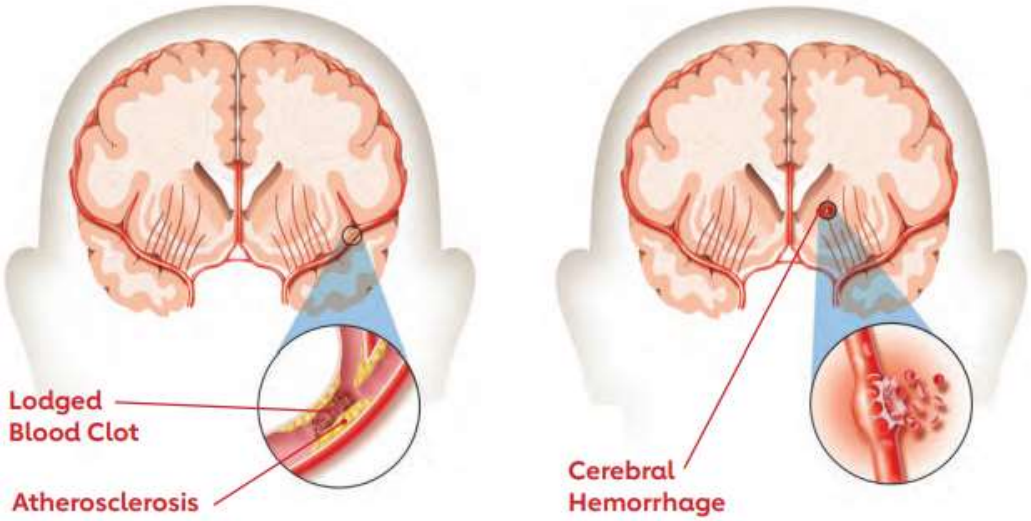


Ilustração 1 – Tipos de AVC – Isquémico (1ª imagem) e hemorrágico (2ªimagem). Fonte: *American Stroke Association (2019). Guide for patients and careguivers*.

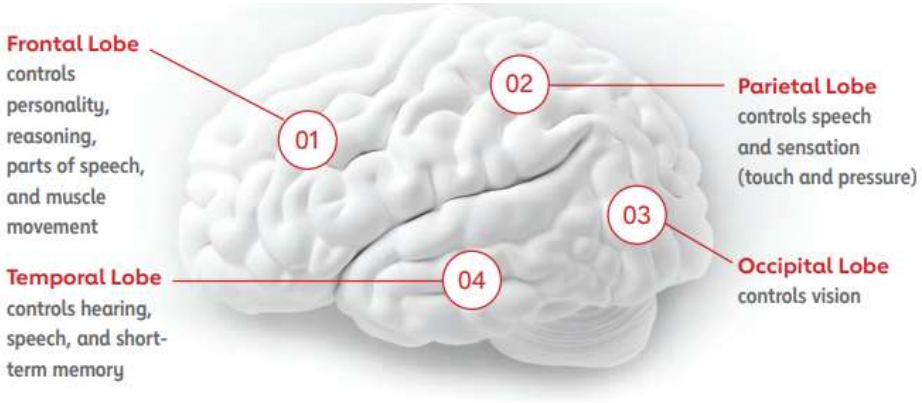


Ilustração 2 – Possíveis manifestações referentes aos diversos lobos cerebrais. Fonte: American Stroke Association (2019). Guide por patients and caregivers.

Na *Ilustração 2*, encontram-se discriminadas as funções dos diversos lobos cerebrais. Sabendo onde ocorreu o AVC, conseguimos identificar o tipo de manifestação que ocorreu ou, o contrário também se poderá verificar, ou seja, sabendo o tipo de manifestação que ocorreu, conseguimos identificar a área cerebral afetada.

Como fatores de risco ao desenvolvimento de um AVC, podemos considerar: a idade, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, dislipidemia, hipertensão arterial e sedentarismo. Porém, a hipertensão arterial sistólica é um dos principais fatores relacionados ao aumento do risco de AVC, estando associado a piores prognósticos (Silva, 2020).

O AVC é, assim, considerado uma emergência médica e, para os resultados serem otimizados, não devem ocorrer atrasos no diagnóstico e no tratamento. Desta forma, qualquer pessoa, com um quadro de início de uma síndrome neurológica focal com sinais e sintomas persistentes, devem ser avaliadas urgentemente para diferenciar entre um AVC agudo de outras causas que necessitem de outros tratamentos. Para maximizar o potencial dos tratamentos de revascularização e o tratamento agudo de hemorragia intracraniana, é fundamental o acesso a exames complementares de diagnóstico e terapêutica, como tomografia axial computorizada ou ressonância magnética (Silva et al, 2020). Assim, o tratamento precoce e a implementação de programas de reabilitação, assim como, mudanças comportamentais e de estilo de vida a longo prazo, podem melhorar significativamente as pessoas com AVC agudo levando a uma recuperação clínica (Tadi & Lui, 2023).

Nos primeiros 3 meses após o AVC, o cérebro fica parecido a um “cérebro novo”, pronto para aprender e realizar novas conexões, pela sua capacidade de neuroplasticidade, fator fundamental no processo de recuperação. Desta forma, a neuroplasticidade leva cerca de 3 meses a retornar ao seu estado “normal”. Após esses 3 meses, a recuperação é possível, porém, segue a um ritmo mais lento (American Stroke Association, 2019).

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1.1. Exame Clínico Sumário

Pele e Mucosas: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Ligeiro edema do membro superior esquerdo. Segundo a escala de Braden (Anexo III), a Sra. L.M. apresenta alto risco de desenvolver úlcera por pressão.

Abdómen: Mole e depressível, indolor à palpação, padrão intestinal mantido.

Peso: Atualmente, não se sabe o peso da Sra. L. visto a mesma referir ter aumentado muito o seu peso, desde a altura que sofreu o AVC, sendo que anteriormente pesava cerca de 68 Kg. Atualmente, o seu peso excede os 100kg.

Altura: 1.58 m

Sinais Vitais: Tensão Arterial – 126/78mmHg; Frequência Cardíaca - 75bpmin; Saturações periféricas de 98% sem necessidade de aporte de oxigénio, Temperatura de 36,2ºC e frequência respiratória de 18 ciclos/minuto. Apresenta dor de grau 7 durante as mobilizações passivas no membro superior e no membro inferior esquerdo.

3.1.2. Avaliação Neurológica

Consciência e Orientação: Vígil, orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente. Score neurológico de 15, segundo a escala de Glasgow.

Atenção e Memória: Memória a curto e longo prazo mantida.

Linguagem: Discurso verbal fluente. Sem alterações na comunicação. Capacidade de identificação de objetos mantida.

Estado Emocional: Pessoa com humor eutímico. Períodos de choro, porém de emoção, nomeadamente, após a realização do 1ºlevantar. Por vezes, apresenta períodos de descontrolo emocional, gritando a chamar pelo nome dos funcionários, tendo a campainha à disposição, só parando com a aproximação de algum profissional.

Capacidades práxicas: capacidades práxicas mantidas ao nível do hemicorpo direito, estando comprometidas ao nível do hemicorpo esquerdo.

Pares Cranianos:

- **Olfativo (I)** - sem alteração do olfato. Pessoa conseguiu identificar o cheiro solicitado, neste caso, do seu perfume.
- **Ótico (II)** – campos visuais mantidos. Sem alterações da visão, tais como, amaurose, ambliopia, cegueira, escotomas ou hemianopsia. A Sra. conseguiu seguir o dedo, quando deslocado para a periferia do campo visual.
- **Oculomotor (III), Troclear (IV) e Abducente (VI)** – sem alterações ao nível dos movimentos extraoculares. Relativamente ao movimento conjugado do olhar este encontra-se preservado. A resposta do reflexo pupilar mantida, pupilas isocóricas e isorreativas. Não refere diplopia, nem apresenta estrabismo, nistagmo
- **Trigémio (V)** – sem alterações ao nível da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa da face. Reflexo córneo-palpebral mantido. Relativamente aos movimentos dos músculos mastigatórios, estes encontram-se preservados, conseguindo encerrar e mover bilateralmente, a mandíbula.
- **Facial (VII)** – apresenta ligeira assimetria facial com discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda. Não foi possível avaliar o reconhecimento dos "doce, salgado e amargo" ao nível dos 2/3 da língua.
- **Acústico (VIII)** – acuidade auditiva mantida. Equilíbrio estático e dinâmico comprometido devido à hemiparesia esquerda que apresenta.
- **Glossofaringeo (IX)** – não foi possível avaliar o reconhecimento dos sabores "doce, salgado e amargo" ao nível dos 1/3 anterior da língua
- **Vago (X) –** reflexo do vómito mantido.
- **Espinhal (XI)** – pela hemiparesia esquerda, apresenta alteração relativamente ao movimento do ombro esquerdo. Movimento da Cabeça limitado para a esquerda.
- **Hipoglosso (XII)** – discreto desvio da língua para a esquerda. Movimentos da língua mantidos.

Sensibilidade: sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) mantida no hemicorpo direito e ao nível do hemicorpo esquerdo encontra-se ligeiramente diminuída. Quanto à avaliação da sensibilidade profunda, não foi possível avaliar.

Força Muscular: Foi realizada a avaliação da força muscular com recurso à escala Medical Research Council (MRC). A pessoa apresenta força mantida, ou seja, grau 5 no hemicorpo direito e hemiparesia esquerda de predomínio braquial – no MSE: grau 1 distal e 2 proximal; no MIE - apresenta força de grau 2+.

Tónus Muscular: Foi realizada a avaliação da espasticidade recorrendo à Escala de Ashworth Modificada e, segundo a minha avaliação, a pessoa apresenta espasticidade de grau 2 no MIE e no MSE, apresenta força de grau 3 a nível proximal e elevada (grau 4) a nível distal.

Coordenação dos Movimentos: A Sra. L. apresenta boa coordenação dos movimentos no hemicorpo direito porém, ao nível do hemicorpo esquerdo, não é possível avaliar pela hemiparesia marcada.

Despiste de presença de neglicência hemiespacial - Foi solicitado que desenhasse um relógio, de forma a avaliar a presença de *neglet* ao nível do hemicorpo esquerdo. O mesmo não se verificou, quer pelo desenho que realizou, onde não se verificou negligência do lado esquerdo do desenho, quer pelo facto de esta dirigir o olhar e encarar o profissional de saúde, quando abordada pelo lado parético.

Para além de solicitar à Sra. que desenhasse um relógio, foram traçados vários riscos ao longo de uma folha A2 e foi solicitado à pessoa que desenhasse um traço a cruzar o traço inicial. Foi verificado que a mesma traçou todos os cortes, porém, verificou-se que, primeiramente desenhou todos os traços do lado direito e só depois do lado esquerdo, esquecendo-se de um. Quando questionada se estava concluído o teste, a Sra. verificou que faltava um traço no lado esquerdo e finalizou o teste.

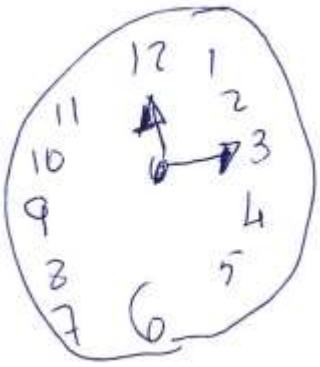


Ilustração 3 – Desenho realizado pela Sra. L.M.

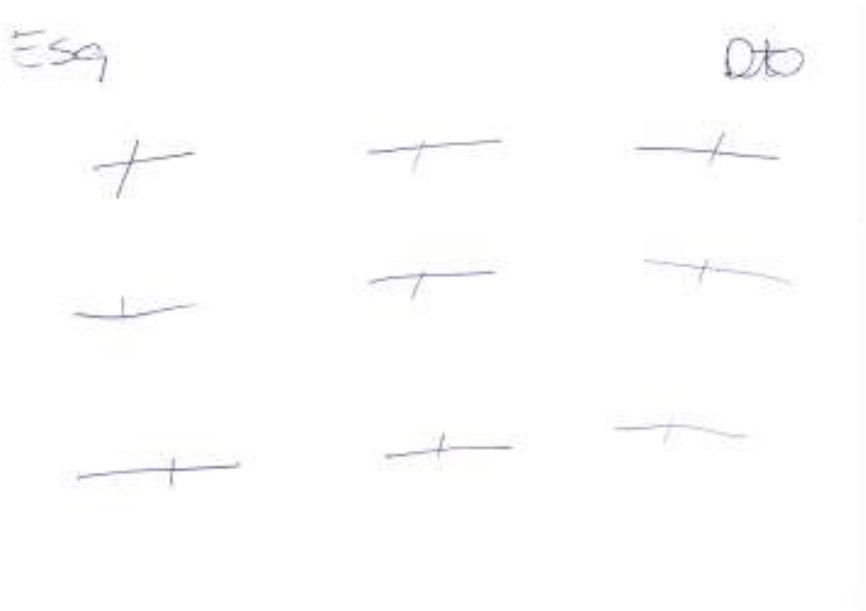


Ilustração 4 - Teste de barragem, realizado à Sra. L.M.

<u>Equilibrio/ Marcha</u>: Feita avaliação do equilíbrio estático na posição de sentada no leito, através da escala de *Berg* e, verificou-se um comprometimento ao nível do mesmo. Após a aquisição do equilíbrio estático, procedeu-se à avaliação do equilíbrio dinâmico na posição de sedestação. Este foi testado, solicitando que inclinasse o corpo para a frente, como se fosse apanhar um objeto do chão e, lateralmente. A Sra. demonstrou um comprometimento do equilíbrio dinâmico, tendo este sido reforçado e exercitado.

Verificou-se um comprometimento ao nível da marcha na Sra. L.M., pela hemiparesia acentuada no hemicorpo esquerdo. Segundo a mesma referiu, após o AVC e anteriormente ao último internamento hospitalar, a marcha era realizada de forma autónoma com recurso a bastão.

Quanto à avaliação do risco de queda, segundo a escala de Morse, a pessoa apresentava, no momento da avaliação, um score de 35.

3.1.3. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional

Para avaliar os défices após o AVC da Sra L.M. assim como o seu estado funcional foi utilizada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

	18/5/23	**07/06/23**
Autocuidado		
Alimentação	2	2
Higiene Pessoal	3	3
Banho	1	2
Vestir Metade Superior	1	1
Vestir Metade Inferior	1	1
Utilização da Sanita	1	1
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	1	1
Intestino	1	1
Mobilidade/Transferências		
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	2
Sanita	1	1
Banheira, Duche	1	1
Locomoção		
Marcha, Cadeira de Rodas	1	1
Escadas	1	1

Comunicação		
Compreensão	6	6
Expressão	6	6
Cognição Social		
Interação Social	6	6
Resolução dos Problemas	2	3
Memória	6	6
Score	42	45

Quadro 1 – Medida de Independência Funcional

Níveis	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal) (6) Independência Modificada (dispositivo)	**Sem Ajuda**
	Dependência Modificada (5) Supervisão (4) Ajuda Mínima (Indivíduo ≥ 75%) (3) Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) **Dependência Completa** (2) Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) (1) Ajuda Total (indivíduo < 25%)	**Ajuda**

	Classificação
Grave	< 40
Moderada	80 >MIF>40
Ligeiro	>80

4. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de EEER	Avaliação
18.05.2023 **Mobilidade comprometida** r/c: ❖ Hemiparésia Esquerda Grau 1 MSE distal (dedos) e 2 MSE proximal; 2+ MIE (avaliada pela *Medical Research Council Muscle Scale*); ❖ Espasticidade elevada no hemicorpo esquerdo - Grau	❖ Melhoria da mobilidade da pessoa, mais especificamente, ao nível do hemicorpo esquerdo; ❖ Prevenção de complicações associadas à imobilidade; ❖ Fortalecimento Muscular ao nível do hemicorpo direito; ❖ Melhoria do padrão de dor durante a realização de mobilização passiva	❖ Explicar os exercícios de Reabilitação, assim como, a sua finalidade e encorajar a participação da pessoa; ❖ Promover um ambiente adequado, tentando excluir distrações externas à reabilitação; ❖ Avaliar parâmetros vitais; ❖ Avaliar presença de dor aquando da realização de mobilizações passivo-assistidas; ❖ Intervir, em caso de presença de dores e, se	**18.05.2023 a 07.06.2023** A Sra. L.M., deu entrada na UMDR no dia 18/5/2023, proveniente do Hospital _____, onde se encontrava internada por um quadro de pielonefrite aguda. Apresenta uma hemiparesia esquerda sequelar ao AVC sofreu em 2019. Segundo informou e consta no processo clínico, a pessoa após alta do internamento onde realizou craniectomia descompressiva, ingressou numa UMDR onde recuperou os seus défices motores e adquiriu a aquisição da marcha com recurso a bastão. Posteriormente, regressou ao domicílio e, decorrente do facto de ter sido infetada com COVID e ter ficado muito tempo imobilizada e, dos internamentos posteriores, foi aumentando bastante de peso e, os seus défices foram-se agravando chegando à

4 na mão e 3 no antebraço/braço esquerdo e 2 no MIE (*Escala Ashworth Modificada*); ❖ Dor grau 7 (*Escala Visual Analógica*); ❖ Equilíbrio Estático e dinâmico comprometido (*Escala Berg)* Manifestado pela diminuição de mobilidade no leito	ou ativa-assistida;	necessário, administrar analgesia previamente às mobilizações; ❖ Executar posicionamento em padrão anti-espástico; ❖ Iniciar programa de reabilitação do hemicorpo direito, solicitando para realizar mobilizações ativas, em todo os segmentos, com 1 sessão de 10 repetições, com intuito de fortalecimento muscular; ❖ Realizar mobilizações ativo-assistidas no MIEsquerdo e passivas no MSEsquerdo, 1 sessão de 10 repetições em cada segmento corporal; ❖ Encorajar a participação,	situação atual. Segundo informação cedida pela mesma e informação discriminada em processo clínico, não se levantava há cerca de 2 anos. Mesmo ao nível do leito, a Sra. apresentava mobilidade comprometida, quer pela hemiparesia apresentada como pelo excesso de peso e dor à mobilização, permanecendo na mesma posição durante longos períodos, não estando consciencializada para a importância de mobilizações no leito. Segundo a Escala de força de Medical Research Council (MRC), a Sr. L.M. apresentava uma Hemiparésia Esquerda - Grau 1 no MS distal; 2 MSE proximal e grau 2 MIE. Relativamente à avaliação da espasticidade, esta foi realizada com recurso à Escala de *Aschworth* Modificada e, foi avaliada a presença de espasticidade elevada no na mão esquerda - Grau 4. No antebraço e braço força de Grau 3 e força de grau 2 no MIE. Primeiramente, a Sra. foi consciencializada

		solicitando para visualizar o segmento que se encontra a trabalhar e a realizar a contagem das repetições; ❖ Consciencializar da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, com a expiração com lábios semicerrados; ❖ Proporcionar períodos de descanso após a sessão de mobilizações ou quando necessário; ❖ Abordar a pessoa pelo hemicorpo parético, utilizando a técnica de facilitação cruzadas; ❖ Estimular a força muscular do hemicorpo são para a pessoa conseguir	para a importância da mobilização no leito e, das consequências da imobilidade. Foram realizadas mobilização ativo assistidas no MIE – flexão/extensão dos dedos, abdução/adução dos dedos, inversão/eversão do pé, flexão/extensão do tornozelo, do cotovelo e coxofemoral (CF). Abdução/adução, rotação interna e externa CF. A Sra. foi consciencializada e capacitada na realização de auto-mobilizações no leito. Foram, também, realizadas mobilizações ativo-resistidas, com resistência manual, ao nível do MID, com intuito de favorecer o fortalecimento muscular do membro que servirá de apoio ao membro parético, de forma a potenciar a autonomia da pessoa. No MIE foram realizadas mobilizações passivas, através de flexão/extensão dos dedos e polegar, dando preferência aos movimentos de extensão de forma a contrariar a espasticidade instalada, abdução/ adução dos

		compensar a falta de mobilidade no hemicorpo esquerdo; ❖ Realizar atividades terapêuticas, tais como: rolar sobre o hemicorpo parético, aumentando a sua propriocepção e solicitando o movimento de ponte, com apoio dos pés; ❖ Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em sedestação, sentado a pessoa no leito com as mãos apoiadas na cama, lateralmente ao corpo, pés assentes no chão, mantendo alinhamento corporal e, solicitando à pessoa para	dedos e polegar, oponência do polegar; flexão/extensão do punho, desvio cubital/radial; flexão/extensão do cotovelo e do ombro, abdução/adução, rotação interna e externa e circundação do ombro. Foi verificado que, numa fase inicial a Sra. apresentava dor à mobilização do hemicorpo esquerdo, nomeadamente durante a mobilização dos dedos do pé, pé, dedos da mão e ao nível do ombro. Foi verificada a analgesia que apresentava em curso e foi solicitado ao médico assistente que adicionasse analgesia à medicação da mesma. As mobilizações eram realizadas utilizando movimentos suaves. Durante a evolução dos dias e das mobilizações, foi verificado uma diminuição da dor e uma maior tolerância, por parte da pessoa. A pessoa foi capacitada para a realização de auto-mobilizações também ao nível do MSE,

		realizar inclinação do tronco para a frente, trás e lateralmente; ❖ Instruir e Treinar exercícios de motricidade fina, tais como, abrir e fechar a tampa da garrafa de água, com auxílio a suster a garrafa.	com o MSD. Foram realizados exercícios no leito de ponte, rolar e elevação do tronco com recurso a suporte de cama. Com o evoluir dos dias, foi verificada uma maior tolerância ao exercício conseguindo aumentar o número de repetições. Estando inicialmente num score de 8 na Escala de Borg Modificada, progredindo para um score de 6.
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para rodar-se	Melhorar a capacidade de utilização de técnica de adaptação para de rodar	❖ Avaliar a capacidade para utilização de técnica de adaptação de rodar; ❖ Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de adaptação de rodar; ❖ Consciencialização do controlo respiratório durante o ato de rolar.	Foram realizados ciclos de treino de rolar na cama com auxílio, principalmente para o lado parético de forma a aumentar a propriocepção do hemicorpo esquerdo; Foi solicitado à pessoa que inspirasse, simultaneamente, ao momento de impulsão, sendo auxiliada no ato de Rolar sobre si mesma no leito;

			Foi pedido à Sra. que mantivesse a posição lateral, agarrada à grade da cama e auxiliada durante uns segundos e retornasse à posição de dorsal de forma lenta e controlada durante a expiração.
Equilíbrio corporal, estático e dinâmico, comprometido (*Escala BERG*) r/c hemiparesia esquerda e imobilização prolongada no leito – 2 anos – manifestada por necessidade de auxílio na manutenção do equilíbrio corporal	Melhorar o equilíbrio corporal estático e dinâmico	❖ Avaliar o equilíbrio corporal estático em sedestação; ❖ Solicitar que mantenha os olhos abertos de forma a aumentar a sua perceção visual do espaço; ❖ Solicitar e auxiliar a pessoa a chegar o corpo mais para a frente na cama, de forma a manter os pés bem assentes no chão, auxiliando o pé	Ao longo do campo de estágio, tive oportunidade de treinar o equilíbrio estático e dinâmico em sedestação com a Sra. L.M. Inicialmente, por esta não se levantar há cerca de 2 anos (sic), pelo que foi realizado um levante gradual, primeiramente, confirmando que a pessoa apresentava medicação profilática de TVP com o médico assistente, tendo em conta os Antecedentes pessoais. Constatei que, numa primeira avaliação, a Sra. apresentava o equilíbrio estático na posição de sentada no leito, comprometido deixando o corpo pender para trás ou para o lado parético. Após treino gradual, através das intervenções

		parético; ❖ Solicitar que apoie a mão direita na cama e auxiliar com o apoio da mão esquerda; ❖ Corrigir posições viciosas adotadas e auxiliar numa postura correta solicitando que a pessoa endireite as costas, e olhe em frente; ❖ Consciencialização para o controlo da respiração; ❖ Realizar treino de equilíbrio dinâmico em sedestação, após aquisição de equilíbrio estático; ❖ Solicitar à pessoa que	descritas, foi possível verificar uma melhoria do equilíbrio estático na posição de sentado evoluindo de 0 para 3 no item "*sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco*". Após essa melhoria, foi possível incrementar um grau de dificuldade ao treino, solicitando que realizasse uma ligeira inclinação anterior do tronco, como se fosse apanhar um objeto do chão e regressasse à posição inicial. Verificou-se uma melhoria ao nível deste exercício, conseguindo a pessoa, nos últimos dias, retornar à posição inicial sem ajuda.

		realize ligeira inclinação anterior do tronco, como se fosse "apanhar um objeto do chão" e retorne à posição inicial.	
Espasticidade em grau elevado na mão esquerda r/c hemiparesia esquerda manifestado por resistência muscular elevada à mobilização passiva	Melhorar o grau de espasticidade	❖ Avaliar a espasticidade através da utilização da *Escala de Ashworth;* ❖ Executar técnica de massagem; ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente à auto execução de exercício muscular e articular da mão esquerda pela mão	Através da Escala de Ashworth, verificou-se que a pessoa apresentava espasticidade elevada (Grau 4) ao nível da mão esquerda. Ao longo do internamento, foram realizadas mobilizações passivas da mão esquerda com movimentos suaves, dando prioridade aos movimentos de extensão. A pessoa foi capacitada, ao longo do estágio, a realizar as auto-mobilizações de forma a contrariar a espasticidade. Foi realizada massagem de relaxamento na mão. Foi enviado um mail, à assistente social que

		direita; ❖ Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade; ❖ Aplicar tala – Margaret Jonhstone.	acompanhava a Sra., visto a sua carência económica e a mesma apresentar apoio da Santa Casa da Misericórdia. Neste mail que enviei, solicitava a aquisição de uma tala Margaret Jonhstone de forma a diminuir o padrão espástico da mão. Não me foi possível utilizar a tala na Sra., tendo em conta que a mesma não foi adquirida em tempo útil do estágio. De qualquer forma, a Sra. irá receber a mesma que será colocada pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação da UCCI e pelos fisioterapeutas. O hemicorpo parético, mais especificamente, o membro superior foi colocado numa posição anti-espástica, quer no leito como no cadeirão, colocando os dedos em extensão ao longo da almofada, com extensão do punho. Ao longo do internamento e do acompanhamento da pessoa, foi verificado uma menor resistência muscular às mobiliações.

Espasticidade em grau moderado no membro inferior esquerdo e no braço esquerdo R/c hemiparesia esquerda manifestado por resistência muscular à mobilização passiva	❖ Melhorar o grau de espasticidade ❖ Diminuir o risco de anquilose	❖ Avaliar a espasticidade através da utilização da *Escala de Ashworth*; ❖ Ensinar, instruir e treinar a mobilização ativa do MIE; ❖ Realizar mobilizações ativo-assistidas do MIE; ❖ Realiza mobilizações passivas no MSE; ❖ Executar técnica de massagem; ❖ Posicionar segmentos corporais em posição anti-espástica.	Feita avaliação da espasticidade segundo escala de *Ashworth* Modificada, conforme mencionado anteriormente. Foram realizadas mobilizações ativo-assistidas no MIE e passivas ao nível do braço esquerdo num ambiente calmo e livre de distrações externas, utilizando movimentos suaves; Foi privilegiado o posicionamento anti-espástico na Sra. L.M. A pessoa foi capacitada a realizar auto-mobilizações de forma a manter a função articular e prevenir espasticidade.

Risco de pé equino – pé esquerdo r/c hemiparesia esquerda e cirurgia ortopédica prévia	Prevenção de pé equino	❖ Aliviar a roupa da cama ao nível dos pés da cama; ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do pé esquerdo; ❖ Ensinar, instruir e treinar a execução de exercício muscular e articular e auto-mobilizações; ❖ Massajar pé esquerdo; ❖ Posicionar pé; ❖ Avaliar movimento articular.	A Sra. L. M. não demonstra capacidade na realização de dorsiflexão total to pé esquerdo, pela cirurgia tibiotársica realizada em 2019. Apesar dessa limitação, foram realizadas mobilizações ativo-assistidas no pé esquerdo, tais como, flexão/extensão do tornozelo – focando-me mais nos movimentos de flexão. A pessoa foi capacitada para a execução de auto-mobilizações, através de instrução e treino, conseguindo realizar estes exercícios autonomamente. Foi notada uma grande melhoria álgica durante a mobilização, sendo que numa fase inicial, a pessoa apresenta um VAS de 8, constante, à mobilização e no final do campo de estágio, a pessoa permitia realizar mobilizações com tolerância, apresentando um VAS de 5 em determinados movimentos.

Défice no autocuidado para a alimentação, banho/higiene, vestir-se r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de realização do autocuidado autonomamente e participação do mesmo	❖ Capacitar a pessoa a participar no seu autocuidado	❖ Avaliar a funcionalidade através da *escala de MIF e de Barthel*; ❖ Incentivar a pessoa a higienizar a cara, cabelo, tórax e membro superior esquerdo; ❖ Disponibilizar o tempo necessário para a pessoa autohigienizar-se sem se sentir pressionada; ❖ Incentivar a pessoa a vestir roupa elástica e promover a adaptação dos produtos de apoio para a alimentação – por exemplo, utilização	Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado higiene, vestir e alimentação, apresentando um barthel inicial de 5 e final de 20; e uma MIF de 42 numa fase inicial e de 45 no final do campo de estágio. Foi capacitada a levar a ½ superior do corpo sendo auxiliada na ½ inferior. Foi realizada a técnica de transferência para a cadeira higiénica, com recurso a 2 pessoas, e a pessoa foi auxiliada nos cuidados de higiene no chuveiro. Foi auxiliada a levar o cabelo, cara e tronco, sendo auxiliada nos restantes membros. Foram reforçados ensinos de vestir sempre o lado parético em primeiro lugar e despir o lado parético em último lugar. Apenas dos ensinos, realizados a pessoa não conseguia vestir a ½ superior do corpo, pelo elevado volume corporal.

		no domicílio de prato com ventosas e pratos altos com rebordo; ❖ Orientação do espaço de forma a aumentar a autonomia da pessoa, nomeadamente, facilitando o acesso à garrafa de água.	
Elevado risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (Score de 10 na Escala de *Braden*) r/c Hemiparésia Esquerda e manifestada por mobilidade comprometida	❖ Que a Sra. L.M. não desenvolva UPP	❖ Avaliar o risco de úlcera por pressão através da Escala de *Braden*; ❖ Vigiar e manter integridade cutânea, mantendo a pele sem exposição à humidade; ❖ Aliviar zonas de	Numa primeira avaliação com a Sra., foi verificado que a pessoa apresenta um score de 10 na Escala de *Braden*, pelo que se optou por colocar colchão de pressão alterna na mesma; Pessoa com integridade cutânea mantida.

		pressão, alternando os decúbitos e incentivando a pessoa a aliviar as zonas de pressão do corpo através de movimentos de elevação do tronco na cama, por exemplo, assim, como elevação do membro parético; ❖ Colocação de colchão de pressão alterna, com ajuste de pressão ao peso da pessoa.	
Pôr-se de pé comprometido Relacionado com Hemiparésia Esquerda	❖ Que a pessoa consiga pôr-se de pé com auxílio de	❖ Avaliar a capacidade de se colocar de pé; ❖ Realizar exercícios de ponte no leito de forma a facilitar o	No leito, foram realizados ciclos de mobilizações ativo-resistidas de flexão/extensão coxofemoral (CF), com resistência manual no ato de extensão CF para

manifestado pela necessidade de auxílio de 2 pessoas	uma/ duas pessoas	recrutamento muscular dos glúteos e dos retos abdominais, facilitado o ato de "pôr-se de pé"; ❖ Vestir calças à pessoa, de forma a proporcionar um levante em segurança; ❖ Calçar a pessoa com ténis ou sapatos anti-derrapantes com apoio do calcanhar; ❖ Apoiar pé e MI esquerdo (parético) durante o ato de pôr-se de pé; ❖ Consciencializar para o controlo respiratório durante o movimento	recrutamento muscular dos glúteos e isquiotibiais. Foram também realizados ciclos de exercícios de "ponte" no leito, com auxílio no apoio da perna parética, solicitando à Sra. para manter os glúteos contraídos cerca de 3 segundos e descer a bacia de forma controlada e descontrair os glúteos lentamente; Durante a prestação de cuidados à Sra. L.M., foi possível treinar o ato de "pôr-se de pé" em todos os momentos de transferência. Inicialmente, a Sra. apresentava muita dificuldade em realizar o ato de "pôr-se de pé", mesmo com auxílio de duas pessoas, visto ter ficado imobilizada durante muito tempo, 2 anos segundo referiu, assim como, pela sua hemiparesia e o facto de ser obesa. Foi capacitada a colocar o pé direito, previamente calçado com ténis, bem assente no chão, sendo o pé esquerdo auxiliado no apoio

		de pôr-se de pé; ❖ Ensinar, instruir e treinar a pessoa a contrair os glúteos e a dar o impulso para realizar o ato de pôr-se de pé com ajuda; ❖ Corrigir postura corporal no ato de pôr-se de pé; ❖ Realizar "push up" da cadeira-de-rodas para a posição ortostática e descida controlada de regresso à cadeira; ❖ Realizar mobilizações ativo resistidas no membro inferior direito (não parético), nomeadamente, na	ao chão, ficando travado com o pé do enfermeiro. Foi solicitada a realizar impulso para se levantar, realizando contração dos glúteos e, foi consciencializada para manter uma correta postura corporal e para um correto controlo respiratório. Foram realizados treinos com ciclos de "*push up"* da cadeira de rodas, junto aos pés da cama de forma a adquirir a posição ortostática, aguentando cerca de 10 segundos e regressando à cadeira de rodas controlando a descida. No final do estágio, foi notada uma melhoria ao nível do ato de "pôr-se de pé", conseguindo a pessoa aguentar mais tempo e, com uma melhor postura corporal, contribuindo para uma transferência mais facilitada.

		realização de flexão e extensão coxofemoral.	
Risco de rigidez articular r/c hemiparesia esquerda	Prevenir a rigidez articular no hemicorpo esquerdo	❖ Avaliar o movimento articular; ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no MSE e ativo-assistido no MIE; ❖ Executar técnica de posicionamento; ❖ Ensinar, instruir e treinar a realização de exercício muscular e articular.	A Sra. L.M. apresenta ligeira diminuição da amplitude articular das articulações do hemicorpo esquerdo, quer pela hemiparesia esquerda que apresenta, quer pela espasticidade de Grau 2 no MIE e 3 MSE proximal e 4 no MSE distal – avaliada pela escala de Ashworth. Para além destes fatores, a Sra. L.M. também apresenta dor à mobilização e, relativamente à articulação do tornozelo esquerdo, apresenta limitação do movimento pela cirurgia ortopédica realizada. No sentido de contrariar e prevenir o seu aparecimento, foram realizadas mobilizações musculo- articulares passivas no MSE e ativo assistidas no MIE e, principalmente, a Sra. foi capacitada a realizar auto-mobilizações, sendo realizado ensino, instrução e treino de

			exercícios de flexão/extensão do pé, eversão/inversão, abdução/adução CF. Foi também incentivada a mobilizar os dedos da mão esquerda, com a mão não parética, assim como flexão/extensão do punho e do cotovelo durante o cadeirão ou leito. Durante o posicionamento, foi tido em consideração a manutenção da amplitude articular.
Transferir-se comprometido r/c hemiparesia esquerda manifestado por passadas ineficazes	❖ Melhorar a técnica de transferência, com diminuição de complicações associada a uma transferência ineficaz – lesões musculares.	❖ Avaliar a Escala de Forças segundo a escala Medical Research Council (MRC); ❖ Avaliar a capacidade em executar a técnica de transferência com auxílio de 2 pessoas; ❖ Ensinar, instruir e	Previamente à realização do levante para o cadeirão/ cadeira-de-rodas, realizava mobilizações no leito, com a pessoa e exercícios, nomeadamente de ponte, ativo resistidos no membro inferior não parético com resistência manual – flexão/extensão do tornozelo, joelho e coxofemoral de forma a treinar a, posterior, realização de carga na posição ortostática. Posteriormente, treinava exercícios de rolar no leito, cerca de 5 ciclos

		treinar quanto ao exercício de – ponte – no leito com apoio no membro inferior parético; ❖ Mobilizações ativo-resistidas do MI não parético para recrutamento muscular dos glúteos e isquiotibiais; ❖ Ensinar, instruir e treinar exercícios de rolar no leito; ❖ Vestir calças à unte e calçar ténis/ sapatos com apoio do calcanhar. ❖ Baixar o plano da cama, colocação do cadeirão	para a pessoa não ficar cansada para, posteriormente conseguir auxiliar na técnica de transferência. Vestia calças e calçava ténis à pessoa, organizava o espaço, com cadeirão do lado não parético e colocava o plano da cama no leito. Sentava a pessoa no leito, em conjunto com enfermeira orientadora, visto a pessoa apresentar obesidade e, neste momento, era realizada a consciencialização respiratória e correção postural solicitando à Sra. para manter os olhos abertos e era avaliado e realizado treino do equilíbrio estático; De seguida, a Sra. L.M. era capacitada a realizar carga com o membro inferior não parético, em simultâneo, realizava apoio do membro inferior não parético. Com auxílio, era solicitado à pessoa para contrair os glúteos e os abdominais, em simultâneo com a inspiração e, impulsionar o corpo para a posição ortostática. Era realizada a correção postural na posição ortostática e, posteriormente, a Sra. foi

		do lado não parético, travando os mesmos, de forma a facilitar o levante e a pessoa auxiliar na transferência com carga e realização de passos para o cadeirão; ❖ Sentar a pessoa no leito com os pés bem assentes no chão, auxiliando no apoio do membro inferior parético; ❖ Avaliar parâmetros vitais previamente ao levante; ❖ Capacitar a pessoa a realizar carga e auxiliar com o membro inferior	capacitada a realizar pequenos passos com o membro não parético, acompanhado a pessoa com o membro parético e, solicitar que a pessoa rodar sobre si mesma e descesse, controladamente com apoio de 2 pessoas, para se sentar no cadeirão. Após já se encontrar sentada no leito, era solicitado que contraísse os glúteos e fizesse força com o pé não parético e membro superior não parético, no cadeirão e, auxiliada a sentar-se bem no leito de forma a manter uma correta postura corporal com costas e glúteos bem chegados atras no cadeirão. Organização do espaço de forma a facilitar o acesso aos seus produtos pessoais, garrafa de água e campainha. No momento da realização da técnica de transferência para o leito e, tendo em conta que o cadeirão apresentava rodas, era colocado o cadeirão do lado contrário ao levante, ou seja,

		não parético; ❖ Levantar a pessoa com auxílio de 2 pessoas, apoiando o membro não parético ficando a pessoa em posição ortostática; ❖ Correção postural na posição ortostática com consciencialização da respiração; ❖ Capacitar a pessoa a dar pequenos passos com o membro não parético, fornecendo apoio no membro parético e solicitar à pessoa para rodar e descer controladamente, com auxílio, para o cadeirão;	do lado parético – esquerdo – com a cama do lado direito, de forma a facilitar o processo de transferência e, que a pessoa conseguisse dar pequenos passos em direção ao leito com apoio. Foi-se notando uma melhoria relativamente à técnica de transferência, conseguindo realizar mais carga com o MI não parético. O facto da Sra. apresentar excesso de peso não auxiliava na transferência. Por este motivo e, por a pessoa demonstrar interesse, foi solicitada avaliação pela nutricionista da unidade, de forma a realizar um plano alimentar adequado aos seus gostos conciliando ao objetivo de perder peso.

		❖ Auxiliar a pessoa no correto posicionamento no cadeirão, com os glúteos e costas bem chegados para trás no cadeirão; ❖ Organizar o espaço de forma a facilitar o acesso a bens pessoais e água, assim como campainha.	
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se	Melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se	❖ Avaliar a capacidade para utilização de técnica de adaptação para se sentar; ❖ Ensinar e instruir sobre técnica de adaptação para se sentar; ❖ Treinar técnica de	Previamente ao ato de transferência da pessoa, assim como durante a realização do mesmo, eram realizados ensinos assim como, a Sra. era instruída e treinada, relativamente à aquisição de conhecimentos e aprendizagens de formas de adaptação para uma melhoria da técnica de transferência, quer para o cadeirão/cadeira de

		adaptação para se sentar.	rodas, como para o regresso ao cadeirão.

5. CONCLUSÃO

No âmbito deste estágio curricular, foi-me solicitado que selecionasse uma pessoa para a elaboração de um estudo de caso e, realizasse uma planificação de cuidados de forma a dirigir e adequar os conhecimentos/aprendizagens adquiridas a nível académico, à situação clínica da pessoa, prestando assim, cuidados de enfermagem especializados e individualizados.

A minha escolha incidiu na Sra. L.M., pelo facto desta ter ingressado na UMDR no início do meu estágio e, pela complexidade clínica e áreas de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação. Delimitei objetivos realistas à situação clínica da pessoa e ao facto de a mesma já ter défices muito acentuados. É sabido que a fase de máxima recuperação após um episódio de AVC, se encontra entre os 6 e os 12 meses, sendo a recuperação posterior mais lenificada. Conforme mencionei, a Sra. L. M apresenta défices muito acentuados, porém, segundo informação descrita, estes agravaram-se após o período de isolamento e imobilidade. Segundo consta, quando esteve internada na UMDR, foi possível recuperar a marcha, conseguindo deambular com recurso a um bastão.

Neste sentido, o meu plano de reabilitação teve como objetivo a consciencialização da importância da mobilização e a prevenção do agravamento dos défices motores, e do aparecimento das complicações decorrentes da imobilidade. Pretendi também, capacitar a pessoa na realização de automobilizações no leito/ cadeirão, de forma a melhorar a sua força muscular e a espasticidade. Para além das mobilizações no membro parético, pretendi, fortalecer o hemicorpo não parético tendo em conta, o elevado peso corporal da pessoa, de forma que a mesma conseguisse realizar carga, capaz de auxiliar a sua paresia contralateral.

Foram utilizados instrumentos de avaliação credenciados pela Ordem dos Enfermeiros que facilitaram o meu processo de avaliação enquanto enfermeira, aluna do curso de mestrado de especialidade em reabilitação. Foram assim, identificadas as necessidades de intervenção a nível motor, sensorial, cognitivo e da realização dos autocuidados, bem como, os riscos associados a alterações da funcionalidade, através do levantamento de diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Após a identificação das necessidades da Sra. L.M., foram identificados os fatores facilitadores para a otimização da funcionalidade, bem como, fatores inibidores à realização do autocuidado. Foi traçado um plano de atuação para uma melhor recuperação possível.

Ao longo do campo de estágio, pude constatar uma melhoria na Sra. L.M., nomeadamente ao nível da força do MIE, evoluindo de um grau 2+ para 3 e ao nível da espasticidade elevada na mão, onde passou de grau 4 para 3. O equilíbrio estático em sedestação também melhorou bastante, conseguindo assim, evoluir para o treino do equilíbrio dinâmico no leito. A pessoa, inicialmente não conseguia auxiliar muito na técnica de transferência quer pela falta de força muscular no membro inferior não parético como pela dor à mobilização. No final do campo de estágio, verifiquei uma melhoria franca na realização de técnica de transferência, conseguindo a mesma, efetuar carga e dar passos com o membro inferior não parético.

Em suma, a realização deste plano de cuidados, permitiu estruturar o meu pensamento enquanto futura enfermeira de reabilitação, através da identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos e identificação de estratégias adotadas, assim como reavaliação das mesmas.

6. BIBLIOGRAFIA

American Stroke Association (2019). A Guide for patients and careguivers – Life after stoke, our path forward.

Figueiredo, A.; Pereira, A. & Mateus, S. (2020). Acidente Vascular crebral isquémico Vs Hemorrágico – taxa de sobrevivência. Ano II, Vol. III, Nº1. Junho 2020. P35-45.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Silva, E.; Borges, J.; Morais, T.; Rodrigues, M. & Sousa, A. (2020). Prevalência e fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pessoas com hipertensão arterial – uma análise hierarquiza. Revista de Enfermagem Referência. ISSNe 2182.2883. Série V. nº3, pp.1-8. DOI: 10.12707/RV20014

Tadi, P., & Lui, F. (2023). Acute Stroke. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

APÊNDICE I – Escala de Berg

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

DESCRIÇÃO DOS ITENS	PONTUAÇÃO (0-4)	
	19/05/2023	17/6/2023
❖ Sentado para em pé	0	0
❖ Em pé sem apoio	0	0
❖ Sentado sem apoio	0	3
❖ Em pé para sentado	0	0
❖ Transferências	0	0
❖ Em pé com os olhos fechados	0	0
❖ Em pé com os pés juntos	0	0
❖ Reclinar à frente com os braços estendidos	0	1
❖ Apanhar objetos do chão	0	0
❖ Virando-se para olhar para trás	0	0
❖ Girando 360 graus	0	0
❖ Colocar os pés alternadamente sobre um banco	0	0
❖ Em pé com um pé em frente ao outro	0	0
❖ Em pé apoiado em um dos pés	0	0
TOTAL	0	4

0 a 20	Mau Equilíbrio
40 a 56	Bom Equilíbrio

APÊNDICE II – Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

	19/05	17/06
ALIMENTAÇÃO 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (p.e. cortar os alimentos) 0 – Dependente	**5**	**5**
TRANSFERÊNCIA 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	**0**	**5**
TOALETE 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 – Dependente, precisa de alguma ajuda	**0**	**5**
UTILIZAÇÃO DO WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	**0**	**0**
BANHO 5 – Toma banho só (entra e saí do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	**0**	**0**
MOBILIDADE 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com alguma ajuda 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel	**0**	**0**
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente	**0**	**0**
VESTIR		

10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	**0**	**5**
CONTROLO URINÁRIO 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho 5 – Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	**0**	**0**
CONTROLO INTESTINAL 10 – Controla perfeitamente mesmo sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	**0**	**0**
TOTAL	**5**	**20**

Score	Graus de Dependências
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> ou = 60	Leve
100	Independente

APÊNDICE III – ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN

	18/5/2023	17/06/2023
PERCEPÇÃO SENSORIAL 1- Completamento limitada 2 – Muito Limitada 3 – Ligeiramente Limitada 4 – Nenhuma Limitação	3	3
HUMIDADE 1 – Pele constantemente húmida 2 – Pele muito húmida 3 – Pele ocasionalmente húmida 4 – Pele raramente húmida	1	1
ATIVIDADES 1 – Acamado 2 – Sentado 3 – Anda ocasionalmente 4 – Anda frequentemente	1	2
MOBILIDADE 1 - Completamente imobilizado 2 – Muito limitada 3 – Ligeiramente limitada 4 – Nenhuma limitação	1	2
NUTRIÇÃO 1 – Muito pobre 2 – Provavelmente inadequada 3 – Adequada 4 – Excelente	2	2
FRIÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO		

1 – Problema 2 – Problema potencial 3 – Nenhum Problema	1	1
TOTAL	**9**	**11**

APÊNDICE IV – ESCALA DE MORSE

ESCALA DE MORSE

	18/5/2023	17/6/2023
HISTÓRIA RECENTE DE QUEDA 0 – Não 25 – Sim	0	0
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 0 – Não 15 – Sim	15	15
AUXILIAR PARA DEAMBULAR 0 – Nenhum/ Acamado/ Ajuda do Enfermeiro 15 – Muleta/ Bengala/ Andarilho 30 – Apoio no mobiliário/ parede	0	0
TERAPIA ENDOVENOSA 0 – Não 20 – Sim	0	0
MARCHA 0 – Normal/ Nenhuma/ acamado/ cadeira-de-rodas 10 – Debilitado 20 – Comprometida	20	20
ESTADO MENTAL 0 – Consciente das suas limitações 15 – Esquece-se das suas limitações	0	0
TOTAL	35	35

< 41	Risco Médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

MEMBROS SUPERIORES	**18/5/23**	**17/6/23**
Articulação escapulo-umeral	2	2
Cotovelo	2	2
Punho	2	2
Dedos	1	1
MEMBROS INFERIORES	**18/5/23**	**15/6/23**
Articulação Coxo-femoral	2+	2+
Joelho	2+	3
Articulação Tibio-társico	2+	3
Dedos	2	2

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	Força normal

APÊNDICE VI – Escala National Institutes of Health Stroke (NIHS)

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE

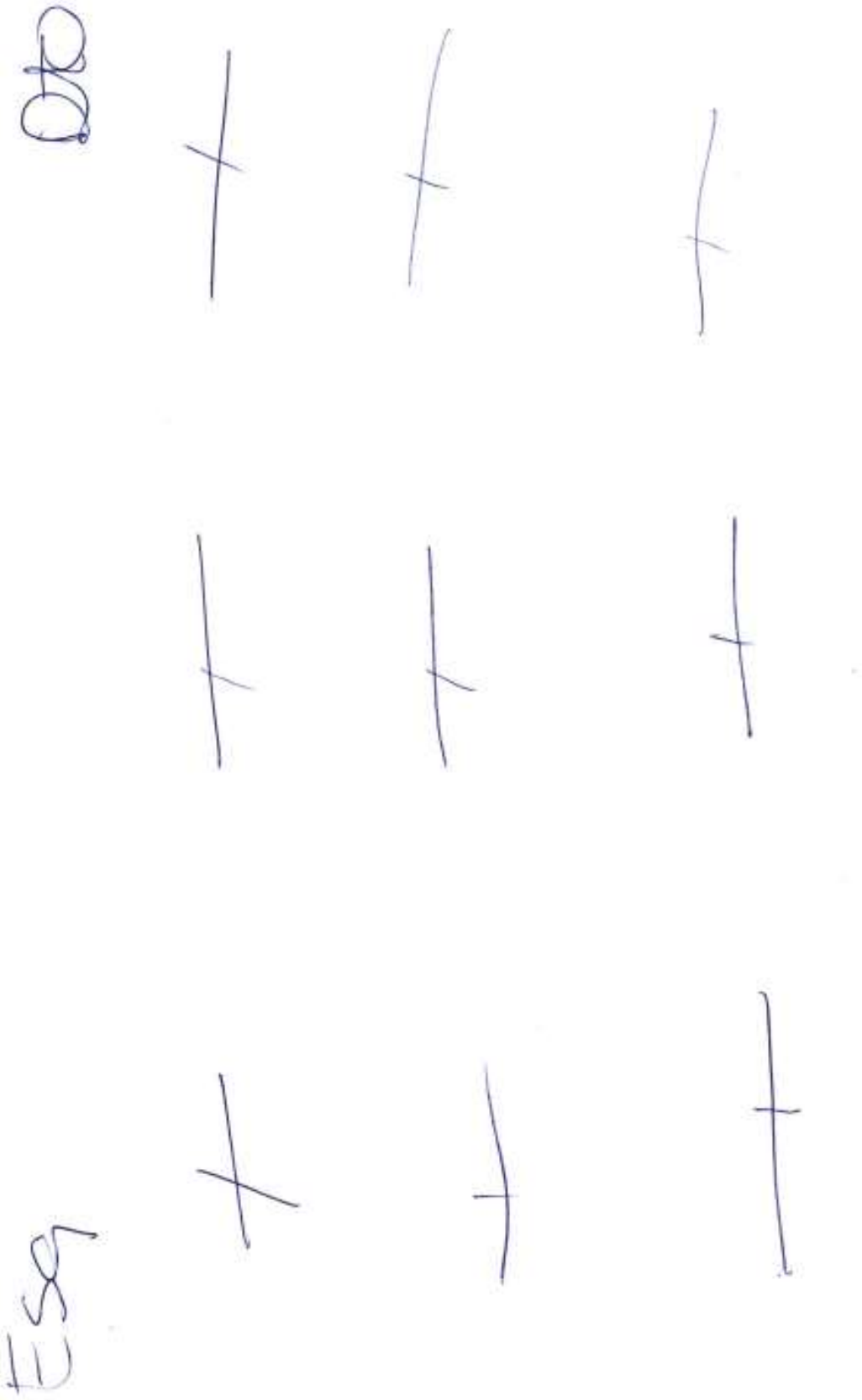
	18/05/2023	17/5/2023
1a. Nível de Consciência 0 – Alerta, responde com entusiasmo; 1 – Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 – Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 – Responde somente com reflexo motor ou reações autonómicas ou totalmente irresponsivo, flácido ou arreflexo.	0	0
1b. Perguntas de nível de consciência 0 – Responde ambas as questões corretamente. 1 – Responde uma questão corretamente. 2 – Não responde nenhuma questão corretamente	0	0
1c. Comandos de nível de consciência 0 – Realiza ambas as tarefas corretamente 1 – Realiza uma tarefa corretamente 2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente	0	0
2. Melhor olhar conjugado 0 – Normal 1 – Paralisia parcial do olhar, Este score é dado quando o olhar é anormal num ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 – Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefalica.	0	0
3. Visual 0 – Sem perda visual. 1 – Hemianopsia parcial. 2 – Hemianopsia completa.	0	0

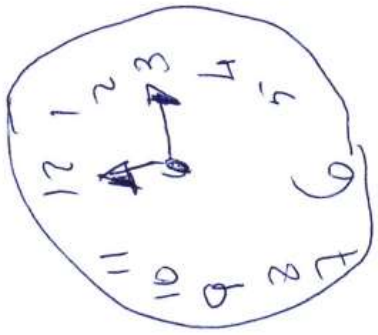
3 – Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).		
4. Paralisia Facial 0 – Movimentos normais simétricos. 1 – Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	1	1
5. Motor para braços. 0 – Sem queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) por 10 segundos completos. 1 – Queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90º (ou 45º), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 – Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca, 4 – Nenhum movimento. NT – Amputação ou fusão articular, **5a – braço esquerdo; 5b – braço direito**	5a– 4 5b – 0	5a– 4 5b - 0
6. Motor para as pernas. 0 – Sem queda; mantém a perna a 30º por 5 segundos completos; 1 – Queda; mantém a perna a 30º, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30º, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade; 3 – Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 – Nenhum movimento.	6a – 4 6b - 1	6a – 4 6b - 1

NT - Amputação ou fusão articular, **6a – braço esquerdo; 6b – braço direito**		
7. Ataxia de membros. 0 – Ausente. 1 – Presente em um membro. 2 – Presente em dois membros. NT – Amputação ou fusão articular.	1	1
8. Sensibilidade 0 – Normal; nenhuma perda. 1 – Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda de dor superficial ao beliscar, mas o pessoa tem consciência do toque; 2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o pessoa não sente o toque.	1	1
9. Melhor linguagem. 0 – Sem afasia; normal. 1 – Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figura ou item da lista de nomeação a partir da resposta do pessoa. 2 – Afasia grave; toda comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do pessoa. 3 – Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.	0	0
10. Disartria		

0 – Normal. 1 – Disartria leve a moderada; o pessoa arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 – Disartria grave; fala do pessoa é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/ anártrico. NT – entubado ou outra barreira física.	0	0
11. Extinção ou Desatenção 0 – Nenhuma anormalidade. 1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoa, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 – Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	0	0
TOTAL	Esquerdo – 11 Direito – 4	Esquerdo – 11 Direito - 4

APÊNDICE VII - Prova de Barragem para avaliação de neglet





APÊNDICE IV– ESTUDO DE CASO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO – Insuficiência Cardíaca

Case study – Heart Failure

Maria Inês Horta Costa

103826

Almada

2023

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO

Case study

Maria Inês Horta Costa

103826

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

AVD – Atividade de vida diária

Bpmin – batimentos por minutos

CF - Coxofemoral

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IC – Insuficiência Cardíaca

M – Metros

Mg - Miligrama

MIF – Medida de independência funcional

MmHg – milímetros de mercúrio

MRC- Medical Research Council

MS – Membro Superior

MSD – Membro Inferior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

UIMC – Unidade de Internamento Médico Cirúrgica

Kg - Quilogramas

ÍNDICE

1.COLHEITA DE DADOS 28

1.1. Dados Pessoais 28

1.2. História da doença atual 28

1.3. Antecedentes Pessoais 30

1.4. Medicação de Ambulatório 30

1.5. Alergias 30

1.6. Diagnóstico 30

2.AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 31

2.1.1. Exame Clínico Sumário 31

2.1.2. Avaliação Neurológica 31

2.1.3. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional 32

2.1.4. EXAMES COMPLETAMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA 34

2.1.4.1. Análise de peptídeo natriurético (NT pro BNP) 34

2.1.4.2. Eletrocardiograma - 23/10/2023 35

2.1.4.3. Radiografia torácica 35

2.1.4.3.1. Radiografia de dia 23.10.2023 35

2.1.4.3.2. Radiografia de dia 30.10.2023 36

3.PLANO DE CUIDADOS 37

CONCLUSÃO 54

BIBLIOGRAFIA 57

APÊNDICES 58

APÊNDICE I – Escala de *Berg* 59

APÊNDICE II – Escala de Barthel 61

APÊNDICE III – ESCALA DE *BRADEN* 64

APÊNDICE IV – ESCALA DE *MORSE* 66

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE *MEDICAL RESEARCH COUNCIL* 68

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 2ºano e 1º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz, mais especificamente, durante o estágio realizado em contexto hospitalar num serviço de especialidades médicas, foi solicitado a realização de um estudo de caso de uma pessoa, a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação sob a supervisão e orientação da Sra. Enfermeira Orientadora.

Os estágios curriculares têm como objetivo, o desenvolvimento das competências comuns e especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tendo o EEER a responsabilidade de conceber, implementar e monitorizar de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo como base os reais problemas e as potencialidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Ao longo dos meus estágios, houve oportunidade de colocar em prática, as intervenções pré-determinadas, no plano inicial de atividades, de forma a alcançar os objetivos gerais e específicos pretendidos.

O presente estudo de caso teve como objetivo a realização de um plano de cuidados especializados de reabilitação de uma pessoa com o antecedente pessoal de Insuficiência Cardíaca, que motivou uma ida ao serviço de urgência geral no dia 23 de outubro, com consequente internamento no serviço. Foi selecionada esta pessoa, por apresentar como patologia de base a Insuficiência Cardíaca, patologia esta pertinente para o tema escolhido como projeto de estágio – "A intervenção do EEER à pessoa com Insuficiência Cardíaca", de forma a conseguir-se aplicar os conhecimentos adquiridos através da revisão scoping realizada.

Primeiramente, será realizada uma descrição da pessoa selecionada mencionando os seus respetivos antecedentes pessoais e situação clínica. Em seguida, será apresentado o plano de cuidados realizado, onde se encontram inseridos os diagnósticos de enfermagem de reabilitação baseados no padrão documental de cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015). Por último, será realizada uma conclusão com algumas considerações finais do trabalho desenvolvido.

A realização do presente trabalho, teve-se em consideração a mentora Callista Roy, teórica que escolhida para o projeto final, com a teoria da adaptação.

Por último, as referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a norma de referenciação *American Psychological Association (APA)* – 7ª edição. Este documento está redigido segundo o novo acordo ortográfico.

7. COLHEITA DE DADOS

1. Dados Pessoais

Nome: M.C.N.

Género: Feminino

Data de Nascimento: 23/01/1945

Idade: 78 anos

Naturalidade: Lisboa

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Viúva, encontrando-se a residir com companheiro atual.

Profissão: atualmente reformada. Trabalhou como camareira em hotel.

Residência: Amadora, Lisboa

Pessoa Significativa: Filha, que reside no concelho de Almada e exerce funções num hospital no Central Hospitalar Lisboa Norte, como assistente operacional.

Habilitações Literárias: 4ª classe.

Condições Habitacionais: Reside com o companheiro num apartamento na zona da Amadora, num 1ºandar de 3 assoalhadas, sem elevador, reunindo as adequadas condições de habitabilidade e salubridade. O wc encontra-se equipado com banheira.

2. História da doença atual

Pessoa de 78 anos, previamente autónoma nas atividades de vida diárias, encontrando-se a residir na Amadora com o companheiro. Encontrava-se de visita à casa da filha, que é residente na região de Almada. Trabalhou com camareira em hotel.

Foi trazida pela filha ao serviço de urgência geral no dia 23 de outubro de 2023, por quadro com 1 semana de evolução de palpitações, cansaço fácil que se associava a dispneia a pequenos esforços e tonturas, tendo a sintomatologia agravado no próprio dia. No serviço de urgência geral, por se ter constatado taquidisritmia na sala de triagem, com eletrocardiograma com fibrilhação articular com resposta ventricular rápida com 180

bpmin, foi mobilizada para a sala de reanimação. A Sra. e os respetivos familiares, desconheciam o antecedente de fibrilhação auricular.

À admissão na sala de reanimação, a pessoa encontrava-se "consciente, vígil e colaborante", com uma tensão arterial de 149/101mmHg; polipneia em ar ambiente com saturações periféricas de 88%. Segundo descrito, à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido e a auscultação cardíaca S1 e S2 arrítmicos. Sem edemas ao nível dos membros inferiores ou sinais de trombose venosa profunda.

Foi realizar gasimetria arterial em ar ambiente que revelou: PH 7.45; PCO2 28; Po2 61; Na+ 134; K+ 4.3; glucose 165; lactatos 2.3; HB 13.6; SatO2 91.1%; Chc03- 19.1.

Posteriormente, fez enoxaparina 50mg + propanolol 1+1+1mg, perfazendo um total de 3mg endovenosa, e colocou oxigénio a 2l/min.

Ficou internada por fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida e insuficiência cardíaca descompensada. Foi contatada a especialidade de cardiologia de urgência que avaliou a pessoa sendo da opinião de não se realizar cardioversão eletricamente dada a "estabilidade clínica e por toma recente de beta bloqueante ainda sem tempo de resposta farmacológica". Durante o internamento no serviço de urgência geral, a Sra. apresentou-se normotensa e com frequência cardíaca não controlada com necessidade de realizar digoxina endovenosa, com posterior controlo sob bisoprolol 5mg e digoxina 0.125 mg oral. Foi solicitado ecotranstorácico para posterior avaliação da função cardíaca. Durante o internamento, a pessoa realizou radiografia torácica (23/10/2023) que revelou cardiomegália, calcificação botão aórtico, estase bilateral e derrame pleural direito.

Posteriormente, ao final do dia 23 de outubro, foi transferida para o serviço de UIMC, sob oxigenoterapia a 2l/min para saturações periféricas superiores a 94%. Foi contatada cardiologia para eventual realização de ecografia transesofágica.

Dia 24 de outubro, realizou Digoxina 0.25mg endovenosa, tendo-se feito ajuste terapêutico, com início de furosemida em esquema. Pedido ecocardiograma transtorácico. Pessoa transferida no final do dia, para o serviço de medicina.

Pedido de reabilitação e cinesioterapia, no dia 25 de outubro, tendo sido pedida avaliação para medicina física de reabilitação.

A Sra. apresentou 8 dias de internamento no serviço de Medicina Interna, tendo alta do mesmo no dia 30 de outubro para o domicílio, com indicação para realização de ecocardiograma transtorácico em regime de ambulatório e cumprimento de medicação de ambulatório, ficando com: Furosemida 40mg, 1 cp ao pequeno-almoço; Apixabano 5mg 1 cp de 12/12horas; Olmesartan 20mg, 1 cp ao pequeno-almoço; mantendo dolutegravir

50mg + lamivudina 300id; atorvastatina 20mg ao jantar. Ficou com indicação para suspender Olmesartan + hidroclorotiazida 40+12.5mg id.

3. Antecedentes Pessoais

A Sra. M.C. apresenta, como antecedentes pessoais:

- HIV, diagnosticado há cerca de 20 anos, com bom controlo imunológico seguida no Hospital _____-;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia;
- Trombocitose em estudo em consulta de hematologia no Hospital _____;
- Psoríase guttata (perdeu seguimento no Hospital _____-), seguida pelo Hospital _____;
- Suspeita de artrite psoriática (psoríase + dactilite do 2ºdedo do pé esquerdo?) e doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, seguida pela especialidade de reumatologia do Hospital Santa Maria.

4. Medicação de Ambulatório

- Atorvastatina 20mg 1 comprimido ao jantar;
- Tromalyt 150mg 1 comprimido/ dia;
- Lercanidipina 10mg - 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Olmesartan 40+ hidroclorotiazida 12.5mg – 1 comprimido/ dia;
- Dolutegravir 50mg + lamivudina 300mg – 1 comprimido dia;
- Metotrexato 2.5mh (suspendeu na última consulta de reumatologia);
- Hidrocortisona creme SOS.

5. Alergias

A Sra. M.C. nega a presença de alergias, quer medicamentosas quer alimentares.

6. Diagnóstico

Insuficiência Cardíaca descompensada (NYHA II), derrame pleural à direita.

8. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

8.1.1. Exame Clínico Sumário

Pele e Mucosas: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem edemas dos membros inferiores. Segundo a escala de Braden (Anexo III), a Sra. M.C. pontuou um score de 19.

Abdómen: Mole e depressível, indolor à palpação, padrão intestinal mantido.

Dados Antropométricos:

- **Peso:** 46,9Kg
- **Altura:** 1.48 m
- **Índice de Massa Corporal:** 21.4Kg/m^2, que corresponde a um índice de massa corporal normal.

Sinais Vitais: Tensão Arterial – 121/69 mmHg; Frequência Cardíaca – 63 bpmin; Saturações periféricas de 98% com oxigénio a 1,5l/min, Temperatura de 36,2ºC e frequência respiratória de 16 ciclos/minuto. Sem dor. Após 1º levante e treino de marcha (25/ 10/2023) apresentou uma tensão arterial de 119/66mg e frequência cardíaca de 88bpmin, tendo percorrido cerca de 10 metros.

Auscultação: Murmúrio vesicular ligeiramente diminuído ao nível da base esquerda e muito diminuído na base direita, com ligeiros fervores. Sem presença de ruídos adventícios nos restantes quadrantes e murmúrio vesicular mantido nos mesmos.

8.1.2. Avaliação Neurológica

Consciência e Orientação: Vígil, orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente. Score neurológico de 15, segundo a escala de Glasgow.

Atenção e Memória: Memória a curto e longo prazo mantida.

Linguagem: Discurso verbal fluente. Sem alterações na comunicação. Capacidade de identificação de objetos mantida.

Estado Emocional: Pessoa com humor eutímico.

Capacidades práxicas: capacidades práxicas mantidas sem assimetrias.

Sensibilidade: sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) mantida. Quanto à avaliação da sensibilidade profunda, não foi possível avaliar.

Força Muscular: Foi realizada a avaliação da força muscular com recurso à escala Medical Research Council (MRC). A pessoa apresenta força mantida, ou seja, grau 5 em todos os membros.

Tónus Muscular: Segundo Escala de Ashworth Modificada a pessoa não apresenta comprometimento do tónus muscular, sendo um grau 0 segundo escala.

Coordenação dos Movimentos: A Sra. M.C. apresenta boa coordenação dos movimentos superiores e inferiores, não se visualizando assimetria dos mesmos.

Equilibrio/ Marcha: Feita avaliação do equilíbrio estático na posição de sentada no leito, através da escala de Berg, não se verificando comprometimento ao nível do mesmo. Tendo em conta que apresentava equilíbrio estático mantido em sedestação procedeu-se à avaliação do equilíbrio dinâmico na posição de sedestação que não apresentou alterações. Quanto à avaliação do equilíbrio em posição ortostática, a Sra. apresentava equilíbrio estático e dinâmico mantido. Com um score inicial de 40 na escala de *Berg* (Bom equilíbrio).

Quanto à avaliação do risco de queda, segundo a escala de Morse, a Sra. apresentava, no momento da avaliação, um score de 25, por presença de diagnóstico secundário; ajuda de enfermeiro no caminhar; postura debilitada no deambular.

8.1.3. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional

Para a avaliação do estado funcional da pessoa, foi utilizada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF, dando um score de 82 – dependência ligeira - e a escala de *Barthel* (apêndice), dando um score de 75 (dependência leve).

	25/10/23	30/11/2023
Autocuidado		
Alimentação	5	5
Higiene Pessoal	4	5
Banho	3	5
Vestir Metade Superior	4	5
Vestir Metade Inferior	3	5
Utilização da Sanita	3	5
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
Mobilidade/Transferências		
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	4	5
Sanita	3	5
Banheira, Duche	3	5
Locomoção		
Marcha, Cadeira de Rodas	4	5
Escadas	3	5
Comunicação		
Compreensão	6	6
Expressão	7	7
Cognição Social		
Interação Social	6	6
Resolução dos Problemas	5	5
Memória	5	5
Score	82	98

Quadro 1 – Medida de Independência Funcional

Níveis	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal) (6) Independência Modificada (dispositivo)	**Sem Ajuda**
	Dependência Modificada (5) Supervisão (4) Ajuda Mínima (Indivíduo ≥ 75%) (3) Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) **Dependência Completa** (2) Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) (1) Ajuda Total (indivíduo < 25%)	**Ajuda**

Classificação

Grave	< 40
Moderada	80 >MIF>40
Ligeiro	>80

8.1.4. EXAMES COMPLETAMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Durante a sua permanência no serviço de urgência, realizou análises sanguíneas; gasimetria arterial (valores descritos previamente); raio-X tórax que revelou cardiomegália, calcificação botão aórtico, estase bilateral e derrame pleural direito; eletrocardiograma. Posteriormente, no dia 30.11.2023, realizou nova radiografia torácica que demonstrou uma melhoria significativa.

Foi solicitado ecocardiograma transtorácico porém o mesmo não foi realizado durante o internamento, ficando com indicação para realizar em ambulatório.

8.1.4.1. Análise de peptídeo natriurético (NT pro BNP)

7127 pg/ml

Cut-off clínico: <125pg/ml

Situação aguda:

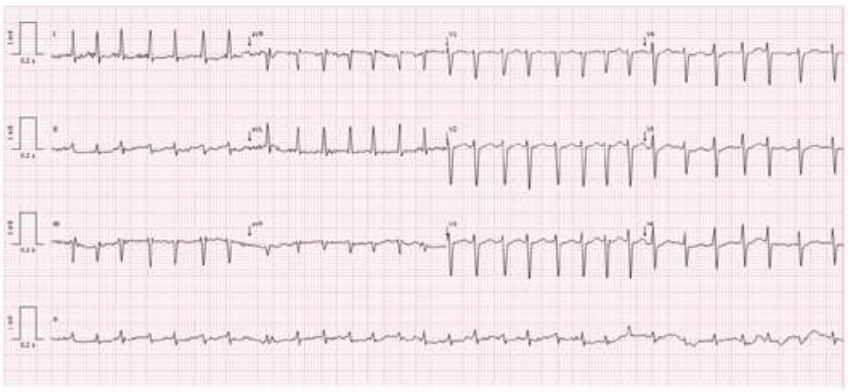
- **Critério de exclusão** <300pg/ml
- **Critérios de provável inclusão**:

  <50 anos - > 450pg/ml

  50-75 anos - >900pg/ml

  >75 anos- >1800 pg/ml

8.1.4.2. Eletrocardiograma - 23/10/2023



8.1.4.3. Radiografia torácica

8.1.4.3.1. Radiografia de dia 23.10.2023

Radiografia torácica realizada na incidência antero-posterior (AP), em inspiração incompleta (não se vi visualizam os 10 arcos costais posteriores). Imagem com penetração normal (consegue observar-se os espaços intervertebrais), rodada (clavículas não estão equidistantes). Costelas com baixa densidade óssea, sem imagens sugestivas de fratura. Traqueia centrada. Aumento do índice cardiotorácico. Cardiomegália e alargamento do botão aórtico que se apresenta calcificado. Engurgitamento hilar bilateral.

Hipodensidade do 1/3 inferior de ambos os campos pulmonares. Apagamento dos seios costo-frénicos bilateralmente. Estes aspetos são sugestivos de insuficiência cardíaca descompensada com estase pulmonar e derrame bilateral.

8.1.4.3.2. Radiografia de dia 30.10.2023

Radiografia torácica realizada na incidência postero-anterior (PA), em inspiração incompleta (não se vi visualizam os 10 arcos costais posteriores). Imagem com penetração normal (consegue observar-se os espaços intervertebrais), rodada (clavículas não estão equidistantes). Costelas sem imagens sugestivas de fratura. Evidência de escoliose. Traqueia centrada. Índice cardiotorácico conservado. Campos pulmonares sem alterações, com seios costo-frénicos bem definidos.

9. PLANO DE CUIDADOS

Gostaria de salientar que, no serviço onde a Sra. se encontrava internada, não se realizava reabilitação cardíaca, nomeadamente, fase I (intra-hospitalar). Por este motivo, os cuidados de enfermagem de reabilitação planeados tiveram como objetivo a promoção do levante e mobilização precoce, consciencialização para a doença e cuidados a ter, mais propriamente, na educação para a saúde, reeducação funcional respiratória com o objetivo de aumentar a capacidade inspiratória e prevenir aderências secundárias ao derrame pleural apresentado, assim como, corrigir possíveis posturas viciosas. Para além disso, o plano de cuidados procurou promover o treino aeróbio, através da realização de treino de marcha, conseguindo gradualmente aumentar a distância percorrida. Não foi possível incrementar o treino aeróbio através da utilização de cicloergómetro, por ter tido alta.

Procurou-se também incluir nos cuidados de reabilitação prestados, o treino de fortalecimento muscular, aumentando gradualmente o número de repetições consoante a sua sensação subjetiva de esforço, pela Escala de Borg Modificada.

Durante os cuidados prestados, foi também realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a estratégias de conservação de energia a serem utilizadas durante a realização dos autocuidados, assim como, o treino respiratório durante o esforço, com a associação da expiração com a fase concêntrica e a inspiração com a fase excêntrica e antes do movimento.

Resta salientar que o presente plano de cuidados teve em consideração os princípios de um programa de reabilitação cardíaca, levando em consideração os critérios de contra-indicação para a prática de exercício físico (Novo et al., 2020, p.237), tais como:

- Dor precordial;
- Cansaço extremo com o exercício físico;
- Dispneia em repouso (antes de iniciar o treino);
- Descompensação glicémica em doentes diabéticos;
- Febre;
- Palpitações ou taquicardia superior ao valor máximo de FC recomendado;
- Perceção subjetiva de esforço superior a 8 em 10;
- Queda de pressão sistólica, com aumento de esforço, superior a 20mmHg face ao valor em repouso;
- Hipertensão arterial sistólica ou diastólica em repouso;
- Desadequada recuperação após esforço (manutenção de valores de tensão arterial e frequência cardíaca elevados após 3 minutos de repouso).

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de EEER	Avaliação
25.10.2023 Ventilação comprometida RC derrame pleural à direita manifestado por respiração superficial. Potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.	Prevenir assinergias; Melhorar o padrão respiratório; Aumentar a capacidade inspiratória, com consequente melhoria funcional; Melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; Melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento; Melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.	❖ Avaliar a respiração; ❖ Avaliar a ventilação; ❖ Observar o tórax; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente a técnica de posicionamento para o lado são de forma a prevenir aderências pleurais e assinergias; ❖ Realizar cinesiterapia respiratória, com enfase no tempo inspiratório: ○ Dissociação dos tempos respiratórios;	**25.10.2023 a 30.10.2023** **25.10.2023** Num primeiro contato, a Sra. M. encontrava-se no leito sem ter realizado levante desde a data de admissão. Apresentava uma respiração, predominantemente torácica, superficial, com cerca de 18 ciclos/ min com oxigenoterapia a 1.5l/min. TA de 121/69mmHg; FC 63b/min; Em repouso apresentava um 3 na escala de *Borg* Modificada. Após confirmação com médico assistente, foi realizado 1ºlevante, no sentido de promover a mobilização precoce. Porém, antes de realizar treino de marcha com a Sra. C., com intuito de aumentar a capacidade respiratória da mesma, na pessoa de sentada no leito, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto à dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. A

Potencial para melhorar capacidade para o autocontrolo do padrão respiratório; Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de posicionamento; Potencial para melhorar capacidade sobre técnica respiratória.	Melhorar capacidade sobre técnica respiratória.	○ Respiração diafragmática; ○ Abertura costal seletiva bilateral, com enfase à direita; ○ Abertura costal global com/ sem bastão; ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente a técnica de posicionamento: ○ Decúbito para o lado são; ○ Posições de descanso e relaxamento;	Sra. demonstrou capacidade na realização dos mesmos exercícios, pelo que se procedeu ao treino aeróbio, com uma caminhada no corredor, tendo percorrido cerca de 8 metros. De regresso ao leito, foram reavaliados os parâmetros vitais, tendo uma TA de 119/66mmHg; FC 88b/min, saturações de oxigénio 96%. Por sentir-se cansada, mencionando um 8 na Escala de Borg Modificada, suspendeu-se a reabilitação, neste dia. **27.10.2023** Noutro contato, foi realizada reeducação da hemicúpula diafragmática à direita, com a Sra. deitada no leito. Posteriormente, foi acompanhada até ao chuveiro para higienizar-se e durante o mesmo, foi realizado ensino, instrução e treino quanto a estratégias de conservação de energia, de forma a diminuir a fadiga associada à realização das atividades de vida diárias, como na higiene e vestuário. Realizou 5 repetições de abertura costal global com recurso a bastão e, posteriormente, em

		○ Correção postural. ❖ Realizar levante precoce, para prevenção de complicações inerentes à imobilidade; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente ao uso de dispositivos respiratórios (espirometria de incentivo); ❖ Gerir oxigenoterapia; ❖ Monitorizar parâmetros vitais; ❖ Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação; ❖ Avaliar conhecimento	posição ortostática, apoiada com a mão esquerda no corrimão, foi realizado ensino, instrução e treino quanto a abertura costal seletiva à direita, tendo realizado 5 repetições. **30.10.2023** Durante o internamento, foi solicitado à enfermeira orientadora, um espirómetro de incentivo porém, o serviço não dispunha de nenhum. Por este motivo, não foi possível realizar o ensino, instrução e treino da utilização do mesmo. Foi realizado ensino, instrução e treino quanto à correção postural durante a respiração. Apesar da pessoa ter ficado poucos dias internada, notou-se uma melhoria ao nível da capacidade respiratória, apresentando respirações mais profundas com menor fadiga associada à realização do autocuidado, mencionando 5 na Escala de Borg Modificada após a realização dos exercícios de reabilitação, conseguindo realizar um maior

		sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação; ❖ Avaliar a capacidade para autocontrolo do padrão respiratório; ❖ Avaliar capacidade para usar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação; ❖ Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação. ❖ Ensinar, instruir e treinar sobre autocontrolo do padrão respiratória.	número de repetições de cada exercício (8-10). Poderia ter incrementado os exercícios de abertura costal seletiva, mais acentuada à direita, através da utilização de bandas elásticas, porém, o mesmo não foi possível tendo em conta o pouco tempo de contato que tive com a Sra. Ao longo do internamento, foi possível realizar desmame do oxigénio por a Sra. M. se encontrar eupneica com saturações na ordem dos 96-98%, ficando sem aporte do mesmo à data da alta clínica. Apesar do pouco tempo de contato, a mesma demonstrou capacidade para a realização das diversas técnicas, melhorando a ventilação, com consequente melhoria ao nível do treino aeróbio, percorrendo uma maior distância, no final com uma caminhada de 20 metros. No dia da alta, saiu pelo próprio pé acompanhada pela filha.

25.10.2023 **Intolerância à atividade em grau reduzido** (autocuidado higiene, vestuário, uso do sanitário e andar comprometido) RC intolerância à atividade por Insuficiência Cardiaca manifestado por dificuldade na concretização das avd's de forma eficaz. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; Potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício;	Melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia. Ensinar, instruir e treinar estratégias de conservação de energia que a pessoa possa adotar, de forma a conseguir concretizar as suas atividades de vida diárias de forma eficaz com o mínimo de fadiga associado. Melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício.	❖ Avaliar a intolerância à atividade; ❖ Planear e gerir as atividades de vida diárias; ❖ Planear períodos de repouso; ❖ Ensinar relativamente à avaliação subjetiva do esforço, através da Escala de Borg Modificada; ❖ Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente a técnicas de conservação de	**<u>25.10.2023 a 30.10.2023</u>** **25.10.2023** Primeiramente, procedeu-se à avaliação da tolerância da pessoa que, por apresentar cansaço fácil na realização das AVD's, sem retorno da frequência cardíaca aos valores habituais após 3 minutos de descanso e pela incapacidade em percorrer distância longas (>500metros) ou moderadas (>100 e <500metros), verificou-se que a mesma se encontrava comprometida. Como tal, atuou-se no sentido de prevenir e fornecer estratégias de conservação de energia, de forma a diminuir episódios de fadiga extrema. Num primeiro contato, optou-se por iniciar o ensino, instrução e treino quanto a técnicas respiratórias, nomeadamente, quanto à dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, que a Sra. demonstrou capacidade para a realização das mesmas. Posteriormente, pela importância de mobilização precoce, procedeu-se à realização do 1ºlevante, fazendo o ensino, a instrução e o treino

Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia;		energia; ❖ Ensinar, instruir e treinar a utilização de técnica respiratória e reeducação no esforço; ○ Inspiração na fase excêntrica; ○ Expiração na fase concêntrica. ❖ Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia;	quanto à importância de controlo respiratório ao esforço, com a associação da fase inspiratória antes do movimento e na fase excêntrica e a expiração na fase concêntrica, ou seja, durante o movimento. **27.10.2023** Durante o seu internamento, foi realizado o ensino, a instrução e o treino quanto a estratégias de conservação de energia durante as atividades de vida diárias – higiene, vestuário, uso de sanitário, andar. Quanto à higiene corporal, foi realizado o ensino, aquando do regresso ao domicílio, ter o material necessário à higiene previamente organizado, colocando-o perto do local. Higienizou-se na casa-de-banho, sentada e foi realizado ensino, para no domicílio, caso estivesse mais cansada, para lavar as costas e pés, utilizar uma esponja de cabo longo. Relativamente ao autocuidado vestuário, foi aconselhada a vestir-se sentada, vestindo primeiro a metade inferior do corpo e, só depois a metade superior. Foi também aconselhada a calçar-se sentada com o pé

			apoiado na perna oposta, em vez de se dobrar. Quanto ao planeamento de atividades no domicílio, foi aconselhada a organizar as tarefas por ordem de importância, estabelecer metas realistas, deixando as tarefas mais difíceis para os dias em que se sentisse com mais energia. Também foi aconselhada a intercalar atividades mais longas/ pesadas com atividades mais curtas/leves, parando caso estivesse cansado, finalizando mais tarde. Ao nível da organização do espaço, foi aconselhada a dispor os objetos necessários em locais de fácil acesso, à altura entre os ombros e a cintura. Foi também realizado ensino quanto à arrumação do material mais usado, de forma a colocá-lo perto da tarefa onde a mesma for realizada. Ao longo do internamento, foram também realizados ensinos quanto à forma mais eficaz de transportar objetos, realçando a importância de carregar apenas objetos com peso ao seu alcance, transportando-os junto

			ao corpo e com o peso distribuído pelas duas mãos. Para levantar os objetos, foi ensinada a fletir os joelhos, em vez de dobrar as costas, preferindo deslizar os objetos em vez de os elevar. **30.10.2023** Conhecimento sobre técnica de conservação de energia, melhorado. Capacidade para usar técnica de conservação de energia, melhorada.
25.10.2023 **Autocuidado higiene comprometido em grau Reduzido** RC intolerância à atividade manifestada por fadiga na realização da AVD. Potencial para melhorar conhecimento sobre	Diminuir a fadiga associada à realização do autocuidado higiene. Promover a autonomia no autocuidado higiene. Aumentar o conhecimento sobre estratégias adaptativas	❖ Avaliar o autocuidado: higiene; ❖ Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; ❖ Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas para o	**25.10.2023 a 30.10.2023** **25.10.2023** Durante o seu internamento, foi incentivada à higienização na casa-de-banho, aproveitando a oportunidade para realizar ensinos relativamente à importância de adotar estratégias adaptativas no autocuidado higiene. Desta forma, foi realizado o ensino e a instrução quanto à necessidade de organização prévia do material necessário, ficando este arrumado num local de fácil acesso junto do local onde

estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; Potencial para melhorar capacidade no uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene.	para o autocuidado: higiene, com intuito de diminuir o cansaço associada à concretização do mesmo. Capacitar a pessoa quanto ao uso de estratégias adaptativas ao autocuidado higiene, com intuito de diminuir o cansaço associada à concretização do mesmo.	autocuidado: higiene; ❖ Ensinar e instruir sobre dispositivos para o autocuidado higiene; ❖ Incentivar o autocuidado higiene com dispositivos, por exemplo, esponja com cabo longo para a higienização das costas e membros inferiores; ❖ Providenciar dispositivos para o autocuidado higiene, por exemplo, cadeira; ❖ Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene.	iria ser realizada a tarefa, neste caso, na casa-de-banho. Foi realçada a possibilidade de higienizar-se sentada, principalmente, nos dias de maior cansaço. Relativamente à lavagem das costas e membros inferiores foi salientada a possibilidade de utilização de esponja de cabo longo. Foi verificado um menor cansaço ao nível da concretização do autocuidado higiene, sendo este realizado de forma eficaz. **30.10.2023** Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia, melhorado. Capacidade no uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, melhorada.

			25.10.2023 a 30.10.2023 **25.10.2023**
Autocuidado: vestuário comprometido em grau Reduzido RC intolerância à atividade manifestada por fadiga na realização da AVD. Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário. Potencial para melhorar capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.	Diminuir a fadiga associada à realização do autocuidado vestuário. Promover a autonomia no autocuidado vestuário. Capacitar a pessoa quanto ao uso de estratégias adaptativas ao autocuidado vestuário, com intuito de diminuir o cansaço associada à concretização do mesmo.	❖ Avaliar o autocuidado: vestuário; ❖ Ensinar e instruir sobre dispositivos para o autocuidado vestuário; ❖ Incentivar o autocuidado vestuário com dispositivos, por exemplo, utilizar calcadeira de cabo longo para calçar; ❖ Providenciar dispositivos para o autocuidado vestuário; ❖ Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário.	Durante o internamento, a Sra. M.. foi incentivada a vestir-se autonomamente com o mínimo de cansaço possível associado. Como tal, considerou-se pertinente a realização de ensino, instrução e treino quanto a estratégias adaptativas, tais como, vestir-se sentada, com a roupa previamente organizada e disposta pela ordem que deverá ser vestida. Como estratégia de conservação de energia, foi recomendado que vestisse, em primeiro lugar, a metade inferior do corpo vestindo posteriormente a metade superior. Relativamente ao ato de calçar, foi feito o ensino quanto à possibilidade de colocar o pé a calçar em cima da perna oposta ou utilização de calçadeira de cabo longo. Ao longo dos dias de internamento, foi notada uma evolução na concretização do autocuidado vestuário demonstrando, a pessoa, capacidade de adoção de estratégias adaptativas.

			30.10.2023 Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia, melhorado. Capacidade no uso de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário, melhorada.
25.10.2023 **Gestão do regime terapêutico comprometida** RC incumprimento de restrição hidrossalina e vigilância de peso regular por parte da pessoa.	Ensinar e consciencializar a pessoa quanto à insuficiência cardíaca, sinais e sintomas de descompensação e cuidados a ter de forma a prevenir possíveis agudizações e, consequentes, reinternamentos.	❖ Vigiar comportamentos de adesão ao regime terapêutico; ❖ Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; ❖ Avaliar conhecimento sobre regime dietético; ❖ Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; ❖ Avaliar gestão do regime terapêutico;	**25.10.2023 a 30.10.2023** **25.10.2023** Durante o internamento, verificou-se que a Sra. e a sua filha, apresentavam total desconhecimento da sua doença – IC – assim como dos cuidados a ter no domicílio, nomeadamente, quanto à importância de restrição hidrossalina e vigilância regular do peso corporal. Foi realizado ensino quanto à necessidade de restrição hídrica, podendo ingerir cerca de 1.5litros/dia de líquidos na totalidade (sopas, chás, água, gelatinas ou alimentos ricos em água), ou seja, apenas cerca de 1 litro de água propriamente dita por dia (informação confirmada por médico assistente). Para além disso, questionou-se

		❖ Ensinar a pessoa e familiar, sobre Insuficiência Cardíaca, sintomatologia caraterístsica e sinais de alerta de descompensação; ❖ Ensinar e instruir a pessoa e familiar, quanto à importância de restrição hidrossalina e vigilância regular do peso; ❖ Ensinar e instruir a pessoa e familiar, quanto ao regime medicamentoso e importância de cumprimento do mesmo; ❖ Ensinar e instruir a pessoa e familiar, relativamente à importância de imunização do vírus influenza; ❖ Ensinar, instruir sobre a	sobre quem preparava a alimentação, ao que foi dito que seria a filha, que confirmou que não colocava sal na comida. A Sra. e filha, também, desconheciam a importância de realizar uma vigilância regular do peso corporal como forma de despiste de sinais de descompensação. Foi realizado ensino quanto à importância de informar o médico assistente caso verificassem um aumento elevado de peso em poucos dias (igual ou superior a 2kg em 3-5dias). Foi, também, realizado o ensino quanto à vigilância de outros sinais de descompensação da Insuficiência Cardíaca, como edemas, ortopneia, dispneia e agravamento do cansaço associada à realização das tarefas diárias, devendo contatar um profissional de saúde caso estes estivessem presentes. Por se verificar, um total desconhecimento da pessoa/ familiar quanto à sua doença, solicitou-se um folheto informativo na área

		importância de um programa de exercícios na Insuficiência Cardíaca, referindo sinais de alerta para interrupção do mesmo. ❖ Avaliar capacidade para gerir regime dietético; ❖ Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso; ❖ Pesar; ❖ Verificar se a pessoa se encontra a ser acompanhada em consulta de Insuficiência cardíaca e se tem seguimento por medicina geral e familiar;	de consulta de IC e o mesmo foi fornecido e explicado à pessoa. Refere que não apresentava seguimento em consulta por IC. A mesma consulta, não foi solicitada pelo médico assistente visto a mesma, não se encontrar no hospital da sua área de residência (Amadora). Neste sentido, verificou-se que a Sra. apresentava médico de família, sendo realçada a importância de marcação de consulta no período de 1-2 semanas após a alta para controlo de sintomatologia. **30.10.2023** No final do internamento, pesou-se a Sra. – 46.9Kg e a mesma foi informada do valor de forma a fazer a vigilância posterior à alta clínica. Foi também aconselhada a realizar uma vigilância regular da sua tensão arterial, assim como frequência cardíaca. Foi realizado ensino quanto à importância de hábitos de exercício, realizando ensino quanto a sinais e sintomas de alerta para interrupção do mesmo. A mesma, referiu que

			realizava, de vez em quando, caminhadas de 20 minutos. Feito ensino quanto a possíveis exercícios a realizar no domicílio, como flexão coxofemoral com joelho fletido em ortostatismo com mãos apoiadas num móvel ou superfície; flexão/ extensão tibiotársica; flexão/extensão do joelho; abdução/adução coxofemoral; exercícios de reeducação costal com bastão e seletiva. Conhecimento sobre importância de hábitos de exercício demonstrado.
25.10.2023 Autocuidado: atividade física comprometido RC intolerância à atividade manifestado por grau 8 na avaliação subjetiva ao esforço na escala de Borg Modificada.	Fornecer um plano de reabilitação ajustado à condição clínica da pessoa.	❖ Avaliar a intolerância à atividade; ❖ Planear a atividade; ❖ Planear períodos de repouso; ❖ Ensinar sobre estratégias de conservação de energia;	**25.10.2023 a 30.10.2023** **25.10.2023** Numa primeira avaliação da Sra. M. foi estipulado um plano de reabilitação ajustado às necessidades da mesma, assim como à sua condição clínica. Previamente à realização dos cuidados de reabilitação, eram avaliados os parâmetros vitais, de forma a verificar que não estaríamos perante um valor contra-indicado para a realização dos mesmos cuidados. Para além dos parâmetros vitais, era avaliada a perceção subjetiva do

		❖ Incentivar a utilização de técnica respiratória e reeducação no esforço.	esforço da Sra. M. através da Escala de Borg Modificada. Iniciou-se o treino de reabilitação através do ensino, instrução e treino de técnicas respiratórias, como a dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdomino-diafragmática. Posteriormente, foi ensinada relativamente à técnica respiratória a ser utilizada no esforço, com intuito de promover a conservação de energia, como a associação da inspiração na fase excêntrica e a expiração na fase concêntrica do movimento. Após verificar que apresentava demonstrada a capacidade para a realização das técnicas respiratórias ensinadas, procedia-se ao treino aeróbio, onde era incluída a mobilização precoce no leito com caminhada no corredor. Inicialmente, apenas foi possível percorrer uma distância de 8 metros, tendo a pessoa referido um grau 8 na Escala de Borg Modificada pelo que, nesse dia, foi interrompido o treino.

			30.10.2023 Ao longo do internamento, foi possível evoluir no treino de marcha, com caminhadas mais longas conseguindo a pessoa percorrer uma maior distância cada dia que passava. No final, conseguiu percorrer uma distância de 30metros. Pela crescente necessidade hospitalar de altas precoces, não foi possível cumprir o plano de reabilitação que tinha estipulado para a pessoa nem realizado o treino de marcha de 6 minutos que queria ter aplicado como escala de avaliação. Foi realizado um treino dos membros inferiores com flexão/ extensão CF com flexão do joelho, com a Sra., em posição ortostática apoiada no corrimão, de forma a diminuir o nível de fadiga associado. Realizou num primeiro dia cerca de 3 repetições, conseguindo evoluir para 6 repetições.

CONCLUSÃO

No âmbito deste estágio curricular, foi solicitado que se selecionasse uma pessoa para a elaboração de um estudo de caso e, realizasse uma planificação de cuidados de forma a dirigir e adequar os conhecimentos/aprendizagens adquiridas a nível académico, à situação clínica da pessoa, prestando assim, cuidados de enfermagem especializados e individualizados.

A escolha do presente estudo de caso, incidiu na Sra. M.C que foi admitida no serviço de Medicina, enquanto se encontrava a decorrer o estágio curricular e, a mesma, apresentar como patologia de base, Insuficiência Cardíaca, indo ao encontro do tema do projeto de estágio que se encontra a ser desenvolvido – "A Intervenção do EEER à pessoa com Insuficiência Cardíaca". Para além de apresentar como antecedente pessoal a Insuficiência Cardíaca, também se teve em consideração o facto da pessoa apresentar ligeiro derrame pleural à direita, conseguindo-se realizar um programa de reabilitação com inclusão de reeducação funcional respiratória, também fundamental ao programa de reabilitação cardíaca realizando ensino, instrução e treino para posicionamento para o lado são, ensino, instrução e treino quanto à correção de posturas viciosas por possível defesa à dor e reeducação diafragmática e costal seletiva, com maior incidência à direita, lado do derrame pleural. Para além disso, considerou-se pertinente a realização de ensino, instrução e treino quanto a técnicas de conservação de energia, para uma melhor adaptação do autocuidado à sua condição e às situações de maior cansaço, conseguindo desta forma preveni-las.

Foi verificado o seguimento da pessoa quanto à patologia de Insuficiência Cardíaca, ou seja, se a mesma apresentava seguimento médico e de enfermagem em consulta e, realizado educação para a saúde quanto aos hábitos alimentares, nomeadamente, quanto à restrição hidrossalina, assim como importância de cumprimento do regime medicamentoso, de forma a prevenir reinternamentos. Durante a prestação de cuidados à Sra. C., verificou-se que a mesma, assim como a filha, tinham desconhecimento da sua patologia de Insuficiência Cardíaca, assim como dos cuidados a ter e sinais/sintomas de alerta. Como tal, procurou-se realizar educação para a saúde, visto esta ser um dos elementos fulcrais do programa de reabilitação do enfermeiro especialista à pessoa com Insuficiência Cardíaca.

Segundo apurado na revisão *scoping* realizada para o projeto de estágio "A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação com a pessoa com Insuficiência Cardíaca", um programa de reabilitação cardíaca tem maior benefício e torna-se mais eficaz, quando

inclui um programa de educação para a saúde, com respetiva capacitação da pessoa e cuidador quanto aos sinais e sintomas de alerta e capacitação de gestão do regime terapêutico. Neste sentido, forneceu-se à pessoa/ filha um folheto informativo, que é entregue aos pessoas acompanhados em consulta de Insuficiência Cardíaca, tendo sido realizado ensino do mesmo, principalmente da importância do cumprimento de medicação prescrita, monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca e peso, e vigilância de sintomatologia e alerta para sinais/ sintomas de descompensação.

Procurou-se preparar a mesma para a alta, de forma a prevenir futuras agudizações da doença, situação frequente na patologia de insuficiência cardíaca. Para além do programa de reabilitação incluir treino de aumento de capacidade respiratória, procurou-se incluir um programa de treino aeróbio através de caminhada e, também, treino de exercícios musculares, levando em consideração e ensinando quanto aos critérios de interrupção do exercício. Apesar de ter planeado incrementar gradualmente o treino de exercícios e ter planeado a realização de um treino de marcha de 6 minutos como prova de avaliação e evolução da pessoa, o mesmo não me foi possível, pela necessidade crescente de altas precoces. Apesar de não ter sido possível o incremento no plano de reabilitação, foi possível verificar uma ligeira melhoria na condição respiratória e física, conseguindo a mesma aumentar o número de repetições de cada exercício e apresentar uma melhoria na escala subjetiva do cansaço através da avaliação do mesmo pela Escala de Borg Modificada.

Neste sentido, o programa de reabilitação teve como objetivo uma consciencialização para a doença IC, baseado num programa de educação para a saúde, para prevenção de agudizações com consequentes reinternamentos, assim como capacitação da pessoa/ cuidador para a gestão do regime terapêutico. Pretendeu-se aumentar a capacidade pulmonar, através de ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios com intuito de aumentar a expansibilidade pulmonar, de forma à pessoa conseguir, posteriormente, realizar o treino de exercícios com treino aeróbio incluído (caminhadas). No programa de reabilitação, procurou-se munir a pessoa com estratégias de conservação de energia, de forma a promover uma melhor adaptação do autocuidado, conseguindo realizar as suas atividades de vida diárias com o mínimo de fadiga associado. Para além disso, foi consciencializada para a importância do exercício físico na IC, tendo sempre em consideração os critérios de interrupção do mesmo.

A Sra. foi alertada para a importância da imunização contra o vírus da gripe, referindo que na consulta com o médico assistente iria abordar a questão.

Resta relembrar que, foram utilizados instrumentos de avaliação credenciados pela Ordem dos Enfermeiros que facilitaram o processo de avaliação enquanto enfermeira e aluna do curso de mestrado de especialidade em reabilitação. Foram assim, identificadas

as necessidades de intervenção a nível respiratório, motor e da realização dos autocuidados, bem como, os riscos associados a alterações da funcionalidade, através do levantamento de diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Após a identificação das necessidades da Sra. M.C., foram identificados os fatores facilitadores para a otimização da funcionalidade, bem como, fatores inibidores à realização do autocuidado. Foi traçado um plano de atuação para uma melhor recuperação possível.

Em suma, a realização deste plano de cuidados, permitiu estruturar o pensamento enquanto futura enfermeira de reabilitação, através da identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos e identificação de estratégias adotadas, assim como reavaliação das mesmas.

BIBLIOGRAFIA

Novo, A.; Delgado, B.; Mendes, E.; Lopes, I.; Preto, L.; Loureiro, M. (2020). Reabilitação Cardíaca. Evidência e fundamentos para a prática. Lusodidacta – Sabooks Editora. 1ª Edição – abril 2020. ISBN: 978-989-8075-92-5.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Escala de *Berg*

ESCALA DE EQUILIBRIO DE *BERG*

DESCRIÇÃO DOS ITENS	PONTUAÇÃO (0-4)	
	25/10/2023	30/11/2023
❖ Sentado para em pé	3	4
❖ Em pé sem apoio	3	4
❖ Sentado sem apoio	4	4
❖ Em pé para sentado	3	4
❖ Transferências	3	4
❖ Em pé com os olhos fechados	3	4
❖ Em pé com os pés juntos	3	4
❖ Reclinar à frente com os braços estendidos	3	4
❖ Apanhar objetos do chão	3	4
❖ Virando-se para olhar para trás	3	4
❖ Girando 360 graus	2	4
❖ Colocar os pés alternadamente sobre um banco	2	4
❖ Em pé com um pé em frente ao outro	3	4
❖ Em pé apoiado em um dos pés	2	4
TOTAL	40	56

0 a 20	Mau Equilíbrio
40 a 56	Bom Equilíbrio

APÊNDICE II – Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

	25/10/23	30/10/23
ALIMENTAÇÃO 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (p.e. cortar os alimentos) 0 – Dependente	**10**	**10**
TRANSFERÊNCIA 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	**10**	**15**
TOALETE 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 – Dependente, precisa de alguma ajuda	**5**	**5**
UTILIZAÇÃO DO WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	**5**	**10**
BANHO 5 – Toma banho só (entra e saí do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	**0**	**5**
MOBILIDADE 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com alguma ajuda 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel	**10**	**15**

SUBIR E DESCER ESCADAS 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente	**5**	**10**
VESTIR 10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	**10**	**10**
CONTROLO URINÁRIO 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho 5 – Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	**10**	**10**
CONTROLO INTESTINAL 10 – Controla perfeitamente mesmo sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	**10**	**10**
TOTAL	**75**	**100**

Score	Graus de Dependências
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> ou = 60	Leve
100	Independente

APÊNDICE III – ESCALA DE *BRADEN*

ESCALA DE BRADEN

	25/10/2023	**30/10/2023**
PERCEPÇÃO SENSORIAL 1- Completamento limitada 2 – Muito Limitada 3 – Ligeiramente Limitada 4 – Nenhuma Limitação	4	4
HUMIDADE 1 – Pele constantemente húmida 2 – Pele muito húmida 3 – Pele ocasionalmente húmida 4 – Pele raramente húmida	4	4
ATIVIDADES 1 – Acamado 2 – Sentado 3 – Anda ocasionalmente 4 – Anda frequentemente	2	3
MOBILIDADE 1 - Completamente imobilizado 2 – Muito limitada 3 – Ligeiramente limitada 4 – Nenhuma limitação	4	4
NUTRIÇÃO 1 – Muito pobre 2 – Provavelmente inadequada 3 – Adequada 4 – Excelente	2	2
FRIÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO 1 – Problema 2 – Problema potencial 3 – Nenhum Problema	3	3

TOTAL	**19**	**20**

APÊNDICE IV – ESCALA DE *MORSE*

ESCALA DE MORSE

	25/10/2023	30/10/2023
HISTÓRIA RECENTE DE QUEDA 0 – Não 25 – Sim	0	0
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 0 – Não 15 – Sim	15	15
AUXILIAR PARA DEAMBULAR 0 – Nenhum/ Acamado/ Ajuda do Enfermeiro 15 – Muleta/ Bengala/ Andarilho 30 – Apoio no mobiliário/ parede	0	0
TERAPIA ENDOVENOSA 0 – Não 20 – Sim	0	0
MARCHA 0 – Normal/ Nenhuma/ acamado/ cadeira-de-rodas 10 – Debilitado 20 – Comprometida	10	0
ESTADO MENTAL 0 – Consciente das suas limitações 15 – Esquece-se das suas limitações	0	0
TOTAL	25	15

< 41	Risco Médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE *MEDICAL RESEARCH COUNCIL*

MEMBROS SUPERIORES	**25/10/23**	**30/10/23**
Articulação escapulo-umeral	5	5
Cotovelo	5	5
Punho	5	5
Dedos	5	5
MEMBROS INFERIORES	**18/5/23**	**15/6/23**
Articulação Coxo-femoral	5	5
Joelho	5	5
Articulação Tibio-társico	5	5
Dedos	5	5

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	Força normal

APÊNDICE V– ESTUDO DE CASO 2 – AVC

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO

Case study

Maria Inês Horta Costa

103826

Almada

2023

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DE CASO

Case study

Maria Inês Horta Costa - 103826

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bpmin – Batimentos por minuto

Cm - centímetros

CF – Coxofemoral

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

M – Metros

MIF – Medida de Independência Funcional

MM - milimetros

MRC- Medical Research Council

MS – Membro Superior

MSD – Membro Inferior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Craneoencefálica

UMDR – Unidade Média Duração e Reabilitação

Kg - Quilograma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 76

1. COLHEITA DE DADOS 77

1.1. Dados Pessoais 77

1.2. História da doença atual 77

1.3. Antecedentes Pessoais 79

1.4. Medicação de Ambulatório 79

1.5. Alergias 80

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 81

2.1. Exame Clínico Sumário 81

2.2. Avaliação Neurológica 81

2.2.1. Estado Mental 81

2.2.2. Pares Cranianos: 82

2.3. Avaliação da Motricidade 83

2.3.1. Força Muscular 83

2.3.2. Tónus Muscular 83

2.3.3. Coordenação dos Movimentos 83

2.3.4. Sensibilidade 83

2.3.5. Equilíbrio Corporal e Marcha 84

2.4. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional 85

3. PLANO DE CUIDADOS 87

CONCLUSÃO 128

BIBLIOGRAFIA 130

APÊNDICE 131

APÊNDICE I – Escala de Berg 132

APÊNDICE II – Escala de *Barthel* 134

APÊNDICE III – ESCALA DE BRADEN 137

APÊNDICE IV – ESCALA DE MORSE 140

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL 142

APÊNDICE VI – Escala National Institutes of Health Stroke (NIHS) 144

APÊNDICE VII – Jogo interativo para negligênica unilateral 149

APÊNDICE VIII – Promoção de autonomia funcional no autocuidado alimentação 151

APÊNDICE IX – Exercício com letras de abecedário colocadas ao centro da superfície de trabalho, de forma a reabilitar a negligência unilateral. 153

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 2ºano e 1º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz, especificamente, durante o estágio realizado a nível hospitalar, foi solicitado a realização de um estudo de caso de uma pessoa, a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação sob a supervisão e orientação da Sra. Enfermeira Orientadora.

Os estágios curriculares têm como objetivo, o desenvolvimento das competências comuns e especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo o enfermeiro especialista de reabilitação a responsabilidade de conceber, implementar e monitorizar de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo como base os reais problemas e as potencialidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Ao longo dos meus estágios, irei colocar na minha prática clínica, as intervenções por mim determinadas, no plano inicial de atividades, de forma a alcançar os objetivos gerais e específicos que me propus atingir.

O objetivo do presente estudo de caso consiste na elaboração de um plano de cuidados especializados de reabilitação de uma pessoa que foi admitida no serviço com o diagnóstico de acidente vascular cerebral, durante o meu estágio curricular.

Primeiramente, irei realizar uma descrição da pessoa selecionada, mencionando os respetivos antecedentes pessoais e situação clínica. De seguida, constará o plano de cuidados, onde incluo diagnósticos de enfermagem baseados no padrão documental de cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015) e concluo com algumas considerações finais.

Na realização do presente trabalho, foi tida em consideração, a mentora *Calista Roy*, teórica escolhida para o projeto final, com a teoria da adaptação. De salientar que as referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a norma de referenciação *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição. Este documento está redigido segundo o novo acordo ortográfico.

10.COLHEITA DE DADOS

1. Dados Pessoais

Nome: A.V.

Género: Masculino

Data de Nascimento: 10-07-1945

Idade: 78 anos

Naturalidade: Lisboa

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Casado

Profissão: ex- Soldador

Residência: Cova de Piedade, Almada

Pessoa Significativa: Esposa do Sr., estando casados há 50 anos. Autónoma.

Habilitações Literárias: 9ºano

Condições Habitacionais: Reside com a esposa num apartamento na Cova da Piedade, num 5ºandar com elevador, porém, o prédio apresenta cerca de 12 degraus até chegar à zona dos elevadores. Casa de banho provida de poliban.

2. História da doença atual

O Sr. A.V. deu entrada no serviço de urgência geral, no dia 10 de outubro de 2023, com um quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, com disartria associada. Segundo descrito, o Sr. acordou nesse dia, com queixas de cefaleias. Ao levantar-se apresentava desequilíbrio da marcha pelo que foi ativada a equipa de emergência médica. À chegada dos bombeiros apresentava-se hipertenso com uma TA 190/90mmHg. No serviço de urgência geral, apresentava uma tensão arterial de 145/92mmHg; frequência cardíaca de 59bpmin; saturações de oxigénio de 98% em ar ambiente. À observação, encontrava-se vígil, colaborante, orientado na pessoa e no

tempo, sem anosognosia. Não apresentava defeito de linguagem, apresentava um discurso fluente, conseguindo nomear, repetir frases e cumprir ordens simples. Apresentava hemianopsia homónima esquerda, com desvio óculo-cefálico preferencial para a direita. Parésia facial central esquerda discreta. Disartria discreta. Sem desvio da língua. Apresentava uma hemiparesia esquerda hipotónica de predomínio braquial com queda ligeira de 2-3 cm do membro superior esquerdo. Hemihipostesia álgica esquerda.

NIHSS= 0+0+0+0+1+2+1+1+0+0+0+0+1+0+1+0=7

Ainda no serviço de urgência geral, foi pedido tomografia axial computorizada (TAC) cranioencefálica que revelou hematoma lobar temporal direito, de etiologia não esclarecida.

Foi pedido observação pela especialidade de neurocirurgia e iniciado anti-hipertensor.

Após a realização do TAC CE o Sr. apresentou um episódio de vómito, com subida da tensão arterial sistólica para 190mmHg. Foi admitido no serviço de Unidade de cuidados intensivos polivalente nesse mesmo dia, 10 de outubro.

Realizou Angio-TAC CE (10/11/2023) que revelou: "volumoso hematoma, de densidade heterogénea, parcialmente hiperdenso/ isodenso em relação ao cortéx adjacente (…) desvio da linha média para a esquerda estimado em 5mm com discreta herniação subfalcial e apagamento das cisternas perimesencefálicas à direita Coexiste pequeno enfarte sequelar em topografia cortico-subcortical frontal superior/ média anterior esquerda. Sem evidência de enfarte isquémico agudo".

Repetiu TAC CE no dia 11/10/2023 que se encontrava sobreponível relativamente às "dimensões do hematoma intraparenquimatoso parietotemporal direito, apresentando ligeiro aumento da hipodensidade peri lesional de provável natureza vasogénica bem como do seu efeito de massa sobre as estruturas adjacentes, condicionando apagamento sulcal locorregional e moldagem do ventrículo lateral direito".

Foi observado pela especialidade de neurocirurgia que decidiu que o mesmo "não tem indicação cirúrgica mesmo em caso de agravamento, considerando a idade do utente".

Posteriormente, foi transferido no dia 13 de outubro, para o serviço de medicina interna. Segundo descrito em notas, apresentava uma força muscular grau 2 no membro superior esquerdo e força de grau 3 no membro inferior esquerdo, com força mantida no hemicorpo direito, de acordo com a escala de força *MRC*.

No dia 22 de outubro, verificou-se um agravamento da hemiparesia esquerda, com força muscular de grau 1 no membro superior esquerdo. Foi pedido TAC CE reavaliação (23/10/2023) que revelou edema vasogénico. Por este motivo, o pessoa iniciou corticoterapia com dexametasona oral.

O TAC CE de dia 31/10 revelou ligeira redução do edema vasogénico, sendo também "discretamente menor o efeito de massa sobre o ventrículo lateral direito". Por este motivo e, tendo em conta, a sua evolução, o mesmo teve indicação para alta clínica no dia 03/11/2023, porém, a família solicitou que este fosse integrado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, alegando não ter condições para prestar cuidados pelos défices motores apresentados. Por este motivo, foi preenchido o processo para ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ficando o Sr. a aguardar vaga em cama contratualizada.

3. Antecedentes Pessoais

O Sr. A.V.. apresenta, como antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia;
- Degenerescência macular;
- Glaucoma;
- Hiperplasia Benigna da próstata (cirurgia em janeiro de 2020);
- Hérnia inguinal (cirurgia em fevereiro de 2020);
- Osteoartrose da anca;

4. Medicação de Ambulatório

- Losartan 100mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Bisoprolol 2.5mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Orvatez (atorvastatina+Ezetimiba) 1 comprimido ao jantar;
- Tafluprost + timolol (Taptiqom) 0.015mg/ml + 5mg/ml

5. Alergias

Desconhecidas. Pessoa e família negam.

11.AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Exame Clínico Sumário

Pele e Mucosas: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Segundo a escala de *Braden* (Anexo III), o Sr. A.V. apresenta risco moderado (14) de desenvolver úlcera por pressão.

Abdómen: Mole e depressível, indolor à palpação, padrão intestinal mantido.

Dados Antropométricos:

- **Peso:** 72Kg
- **Altura:** 1,75m
- **Índice de Massa Corporal:** 23.5Kg/m^2, que corresponde a um índice de massa corporal normal.

Sinais Vitais: Tensão Arterial – 142/68mmHg; Frequência Cardíaca – 62bpmin; Saturações periféricas de 98% sem necessidade de aporte de oxigénio, Temperatura de 36,4ºC e frequência respiratória de 16 ciclos/minuto. Sem dor à mobilização.

2. Avaliação Neurológica

11.2.1. Estado Mental

Consciência e Orientação: Vígil, orientado autopsiquicamente e alopsiquicamente. Score neurológico de 15, segundo a escala de Glasgow.

Atenção e Memória: Memória a curto e longo prazo mantida.

Linguagem: Discurso verbal fluente. Apresenta discreta disartria.

Estado Emocional: Pessoa com humor eutímico.

Capacidades práxicas: capacidades práxicas mantidas ao nível do hemicorpo direito, estando comprometidas ao nível do hemicorpo esquerdo pelo esquecimento unilateral apresentado.

11.2.2. Pares Cranianos:

- **Olfativo (I)** - sem alteração do olfato. Conseguiu identificar o cheiro solicitado, neste caso, do cheiro a café.
- **Ótico (II)** – Apresenta hemianopsia homónima à esquerda, não conseguindo seguir o dedo, quando deslocado para a periferia do campo visual esquerdo.
- **Oculomotor (III), Troclear (IV) e abducente (VI)** – sem alterações ao nível dos movimentos extraoculares. Relativamente ao movimento conjugado do olhar este encontra-se preservado. A resposta do reflexo pupilar mantida, pupilas isocóricas e isorreativas. Apresenta hemianopsia homónima à esquerda.
- **Trigémio (V)** – sem alterações ao nível da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa da face. Reflexo córneo-palpebral mantido. Diminuição dos movimentos dos músculos mastigatórios, estes encontram-se diminuídos, tendo dificuldade em encerrar e mover bilateralmente, a mandíbula.
- **Facial (VII)** – apresenta ligeira assimetria facial com discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda. Não foi possível avaliar o reconhecimento do "doce, salgado e amargo" ao nível dos 2/3 da língua.
- **Acústico (VIII)** – acuidade auditiva mantida. Equilíbrio estático e dinâmico comprometido devido à hemiparesia esquerda que apresenta.
- **Glossofaringeo (IX)** – não foi possível avaliar o reconhecimento dos sabores "doce, salgado e amargo" ao nível dos 1/3 anterior da língua.
- **Vago (X) –** reflexo do vómito mantido.
- **Espinhal (XI)** – pela hemiparesia esquerda, apresenta alteração relativamente ao movimento do ombro esquerdo. Movimento da Cabeça limitado para a esquerda.
- **Hipoglosso (XII)** – discreto desvio da língua para a esquerda.
- **Sensibilidade:** sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) mantida no hemicorpo direito e ao nível do hemicorpo esquerdo encontra-se ligeiramente diminuída. Quanto à avaliação da sensibilidade profunda, não foi avaliada.

3. Avaliação da Motricidade

11.3.1. Força Muscular

Foi realizada a avaliação da força muscular com recurso à escala *Medical Research Council (MRC*). Apresenta força mantida, ou seja, grau 5 no hemicorpo direito e hemiparesia esquerda de predomínio braquial – no MSE: grau 1 distal e 2 proximal; no MIE - apresenta força de grau 2.

11.3.2. Tónus Muscular

Foi realizada a avaliação da espasticidade recorrendo à Escala de *Ashworth* Modificada e, segundo a minha avaliação, não apresenta espasticidade, pontuando 0 na escala indicada.

11.3.3. Coordenação dos Movimentos

O Sr. A.V. apresenta boa coordenação dos movimentos no hemicorpo direito, porém, ao nível do hemicorpo esquerdo, não é possível avaliar pela hemiparesia marcada.

11.3.4. Sensibilidade

Foi realizado o despiste da presença de esquecimento hemiespacial. Segundo avaliado, apresenta esquecimento unilateral à esquerda, tendo em conta que numa primeira avaliação o mesmo solicitou a sua garrafa de água, quando esta se encontrava mesmo ao pé de si, do seu lado esquerdo. Quando questionado se via a garrafa, o mesmo disse que não. Não encarava o enfermeiro, quando o mesmo o abordava pelo lado esquerdo, lado preferencial para a prestação de cuidados de reabilitação pela facilitação cruzada para reabilitação de *neglet*. Foi solicitado que desenhasse uma casa, sendo esta primeiramente desenhada por mim, pedindo para que realizasse uma cópia do mesmo. Verificou-se que o Sr. apresentou dificuldade na realização da tarefa, não desenhando as paredes da casa do lado esquerdo (Ilustração 1). Consegue-se, também, verificar que o

Sr. desenhou os mesmos desenhos do lado direito da folha, sendo um deles inclusivamente desenhado no canto inferior direito.

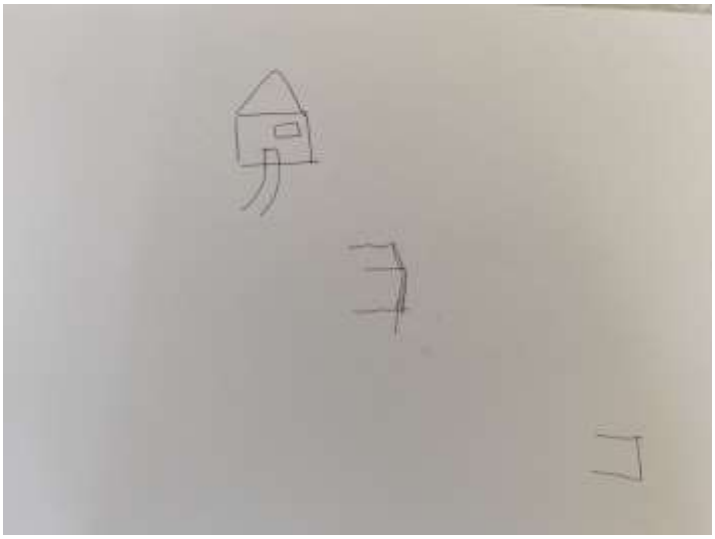


Ilustração 1 – Atividade onde foi solicitado ao Sr. que copiasse o desenho realizado por mim (primeira casa). O segundo e terceiro desenhos (em baixo) foram realizados pelo mesmo.

11.3.5. Equilíbrio Corporal e Marcha

Foi realizada a avaliação do equilíbrio estático na posição de sentado no leito, através da escala de *Berg* e, verificou-se um comprometimento ao nível do mesmo. Foi realizado um plano de reabilitação com intuito de aquisição do equilíbrio estático e, após a sua aquisição, procedeu-se à avaliação do equilíbrio dinâmico na posição de sedestação. Este foi testado, solicitando à pessoa que realizasse inclinações laterais e anteriores do tronco. O Sr. demonstrou um comprometimento do equilíbrio dinâmico, tendo este sido reforçado e exercitado. O equilíbrio estático ao nível da posição ortostática encontrava-se comprometido, tendo sido realizado um plano de reabilitação no sentido da aquisição do mesmo. Verificou-se uma grande melhoria, porém, tendo em conta que este se mantinha comprometido não foi possível treinar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática. Verificou-se um comprometimento ao nível da marcha do Sr. A.V., pela hemiparesia acentuada no hemicorpo esquerdo.

Quanto à avaliação do risco de queda, segundo a escala de Morse, o Sr. apresentava, no momento da avaliação, um score de 50, ou seja, um elevado risco de queda.

4. Avaliação do Autocuidado e do Grau de dependência Funcional

Para avaliar os défices após o AVC do Sr. A.V. assim como o seu estado funcional foi utilizada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

	15/10/23	6/11/23
Autocuidado		
Alimentação	2	3
Higiene Pessoal	2	3
Banho	2	3
Vestir Metade Superior	2	3
Vestir Metade Inferior	1	2
Utilização da Sanita	1	3
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	3	4
Intestino	3	4
Mobilidade/Transferências		
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	3
Sanita	1	3
Banheira, Duche	1	3
Locomoção		
Marcha, Cadeira de Rodas	1	3
Escadas	1	2
Comunicação		
Compreensão	7	7
Expressão	6	6
Cognição Social		
Interação Social	4	6
Resolução dos Problemas	2	3

Memória	6	6
Score	46	66

Quadro 1 – Medida de Independência Funcional

Níveis	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal) (6) Independência Modificada (dispositivo)	**Sem Ajuda**
	Dependência Modificada (5) Supervisão (4) Ajuda Mínima (Indivíduo ≥ 75%) (3) Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) **Dependência Completa** (2) Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) (1) Ajuda Total (indivíduo < 25%)	**Ajuda**

Classificação	
Grave	< 40
Moderada	80 >MIF>40
Ligeiro	>80

12.PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de EEER	Avaliação
15.10.2023 **Mobilidade comprometida** r/c: ❖ Hemiparésia Esquerda Grau 1 MSE distal (dedos) e 2 MSE proximal; 2 MIE (avaliada pela *Medical Research Council Muscle Scale*); Manifestado pela diminuição de	Melhorar a mobilidade do pessoa, mais especificamente, ao nível do hemicorpo esquerdo; Prevenir complicações associadas à imobilidade; Promover o fortalecimento muscular ao nível do hemicorpo direito. Melhorar conhecimento	❖ Avaliar e monitorizar a força muscular através da Escala de forçar MRC; ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular passivo numa fase inicial, evoluindo para assistido; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e	**15.10.2023 a 06.11.2023** O Sr. A.V., segundo informou, era uma pessoa autónoma, previamente à ocorrência do AVC. **15.10.2023** Numa primeira avaliação, verificou-se que o Sr. apresentava mobilidade comprometida, quer pela hemiparesia apresentada (Grau 1 distal; 2 proximal no MS e MIE); quer pela negligência unilateral existente, permanecendo na mesma posição durante longos períodos. Relativamente à avaliação da espasticidade, esta foi realizada com recurso à *escala de Aschworth* e, não foi

mobilidade no leito. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	sobre técnicas de exercício muscular e articular Capacitar o pessoa para executar exercício muscular e articular, nomeadamente, automobilizações.	articular; ❖ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Instruir e Treinar sobre a execução de técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Encorajar a participação do pessoa durante a realização de exercícios musculares e articulares, mesmo numa fase inicial, através do olhar para o segmento que se encontra a ser trabalhado; ❖ Promover um ambiente adequado, tentando excluir distrações externas à reabilitação;	verificada a presença de espasticidade (Grau 0). Primeiramente, foi consciencializado para a importância da mobilização no leito e, das consequências da imobilidade. Foram realizadas mobilização passivas no MIE – flexão/extensão dos dedos, abdução/adução dos dedos, inversão/eversão do pé, flexão/extensão do tornozelo, do cotovelo e coxofemoral (CF). Abdução/adução, rotação interna e externa CF. **17.10.2023** Procurou-se consciencializar e capacitar para a realização de auto-mobilizações no leito, através de ensino, instrução e treino. Foram, também, realizadas mobilizações ativas-resistidas, com resistência manual, ao nível do MID, com intuito de favorecer o fortalecimento muscular do membro que servirá de apoio ao membro parético, de forma a potenciar a sua autonomia. Ao nível

		❖ Verificar a existência de dor à mobilização e intervir, em caso de presença de dores e, se necessário, administrar analgesia previamente às mobilizações; ❖ Realizar mobilizações passivas numa fase inicial do hemicorpo esquerdo, evoluindo para assistidas, 1 sessão de 10 repetições em cada segmento corporal; ❖ Iniciar programa de reabilitação do hemicorpo direito, solicitando para realizar mobilizações ativas, em todo os segmentos, com 1 sessão de 10 repetições, com intuito de fortalecimento	do hemicorpo esquerdo, evoluiu-se para mobilizações assistidas, através de flexão/extensão dos dedos e polegar; flexão/extensão do punho, desvio cubital/radial; flexão/extensão do cotovelo e do ombro, abdução/adução, rotação interna e externa e circundação do ombro. As mobilizações eram realizadas utilizando movimentos suaves. Foi incentivado a olhar para o segmento corporal que estaria a ser trabalhado, promovendo também a rotação da cabeça e consciencialização do hemicorpo negligenciado. Foi capacitado para a realização de auto-mobilizações também ao nível do MSE, com o MSD, que cumpria. **20.10.2023** Conforme estipulado, foram realizados

		muscular; ❖ Consciencializar da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, com a expiração com lábios semi-cerrados; ❖ Proporcionar períodos de descanso após a sessão de mobilizações e sempre que necessário; ❖ Abordar o pessoa pelo hemicorpo parético, utilizando a técnica de facilitação cruzada; ❖ Estimular a força muscular do hemicorpo são para o pessoa conseguir compensar a falta de mobilidade no hemicorpo esquerdo; ❖ Realizar atividades terapêuticas, tais como:	exercícios no leito de ponte, rolar e elevação do tronco com recurso a suporte de cama. Com o evoluir dos dias, verificou-se uma maior tolerância ao exercício conseguindo aumentar o número de repetições. Com intuito de promover a mobilidade, foi realizado ensino, instrução e treino quanto à técnica de transferência para o cadeirão. **31.10.2023** Com o avançar do plano de reabilitação e, com o evoluir da sua condição física, foi possível avançar para o treino de marcha, conseguindo afastar mais o cadeirão da cama. Conseguiu dar cerca de 4 passos com apoio bilateral, com dificuldade, até ao parapeito da janela dando, posteriormente mais 4 passos de regresso ao leito. **03.11.2023** Realizado ensino, instrução e treino de exercícios com bola na posição de sentado no

		rolar sobre o hemicorpo parético, aumentando a sua propriocepção e solicitando o movimento de ponte, com apoio dos pés; ❖ Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em sedestação, sentado a pessoa no leito com as mãos apoiadas na cama, lateralmente ao corpo, pés assentes no chão, mantendo alinhamento corporal e, solicitando à pessoa para realizar inclinação do tronco para a frente, trás e lateralmente; ❖ Ensinar, instruir e treinar exercícios de motricidade fina, preensão, tais	cadeirão, onde colocava as duas mãos ao centro a segurar a bola e, posteriormente, realizava o movimento isotónico de abdução de um dos lados, enquanto segurava a bola, mantendo o outro braço em movimento isométrico ao centro. Posteriormente, regressava ao centro através de um movimento de adução passando a bola para a mão contrária, realizando esta agora o movimento de abdução enquanto a anterior ficaria agora em movimento isométrico ao centro. Com a bola, também foi solicitado ao Sr. que realizasse movimento de flexão e extensão do ombro, sendo auxiliado a manter o alinhamento articular do ombro esquerdo, de forma a prevenir lesões musculares. O Sr. demonstrou capacidade mantida para a realização dos exercícios solicitados, sendo apenas auxiliado ao nível da postura e correto alinhamento articular.

		como, pegar determinados objetos pequenos e colocá-los dentro de uma taça que foi colada na superfície de trabalho (este exercício só será possível de ser realizado numa fase mais avançada no programa de reabilitação).	**06.11.2023** Com o evoluir do plano de reabilitação e treino de marcha, foi possível realizar uma caminhada com apoio bilateral de duas pessoas, percorrendo uma totalidade de 30 metros (15 metros + descanso + 15metros). Relativamente à mobilidade do MSE, também foi possível verificar melhoria tendo em conta que, inicialmente, apresentava uma força de grau 1 distal, sendo apenas possível mobilizações passivas. Com o evoluir do plano de reabilitação, foi possível incrementar para mobilizações assistidas e, posteriormente, mobilizações livres, conseguindo o Sr. realizar exercícios tais como, o movimento de oponência do polegar (movimento de contar os dedos) e, colocar objetos grandes dentro de uma taça que foi colada à superfície de trabalho. O plano posterior, seria diminuir o tamanho dos objetos a serem colocados na taça, ao nível

			do exercício de preensão manual (movimento de pinça), de forma a incrementar o exercício, porém o mesmo teve alta clínica, não sendo possível a sua concretização.
15.10.2023 **Equilíbrio corporal, estático e dinâmico, comprometido** (*Escala BERG*) r/c hemiparesia esquerda, negligência unilateral à esquerda e hemianopsia homónima à esquerda manifestada por necessidade de auxílio na manutenção do equilíbrio corporal. Potencial para melhorar conhecimento sobre a	Melhorar o equilíbrio corporal estático e dinâmico. Melhorar o conhecimento sobre a técnica de equilíbrio corporal. Melhorar capacidade sobre a técnica de equilíbrio corporal.	❖ Avaliar o equilíbrio corporal estático em sedestação através da escala de *Berg*; ❖ Avaliar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de equilíbrio corporal; ❖ Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; ❖ Solicitar que mantenha os olhos abertos de	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** O programa de reabilitação estipulado para o Sr. A.V., teve como um dos objetivos, o treino do equilíbrio estático e dinâmico em sedestação. Numa primeira avaliação, verificou-se que o Sr. apresentava o equilíbrio estático comprometido, na posição de sentado no leito, deixando o corpo pender para trás e para o lado parético. Após o treino gradual, através das intervenções descritas, foi possível verificar uma melhoria do equilíbrio estático na posição de sentado evoluindo de 0 para 2 no item "*sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou*

técnica de equilíbrio corporal. Potencial para melhorar capacidade sobre a técnica de equilíbrio corporal.		forma a aumentar a sua perceção visual do espaço; ❖ Solicitar que a pessoa realize rotação da cabeça para a esquerda de forma a ultrapassar a negligência unilateral e alterar o campo visual pela hemianopsia apresentada; ❖ Solicitar e auxiliar a pessoa a chegar o corpo mais para a frente na cama, de forma a manter os pés bem assentes no chão, auxiliando o pé parético; ❖ Solicitar que apoie a	*sobre um banco*". **20.10.2023** Após essa melhoria, foi possível incrementar um grau de dificuldade ao treino, solicitando que realizasse uma ligeira inclinação anterior do tronco, como se fosse apanhar um objeto do chão e regressasse à posição inicial. Verificou-se uma melhoria ao nível deste exercício, conseguindo o Sr., nos últimos dias, retornar à posição inicial sem ajuda. Verificou-se durante o plano de reabilitação, que o Sr., por vezes, tomava consciência da sua postura e tentava corrigir de forma autónoma. **03.11.2023** Numa fase mais avançada do plano de reabilitação, foi possível treinar o equilíbrio dinâmico sentado, com recuso à utilização de uma bola com "picos" (mais facilitadora de o Sr. agarrar com o braço parético), solicitando

		mão direita na cama e auxiliar com o apoio da mão esquerda; ❖ Corrigir posições viciosas adotadas e auxiliar numa postura correta solicitando que o endireite as costas, e olhe em frente; ❖ Consciencialização para o controlo da respiração; ❖ Realizar treino de equilíbrio dinâmico em sedestação, após aquisição de equilíbrio estático; ❖ Solicitar ao pessoa que realize ligeira inclinação anterior do	que agarrasse a mesma ao centro e rodasse os braços em simultâneo para cada lado, criando alguma instabilidade, tendo sempre em atenção o alinhamento articular ao nível do ombro. Foi questionada a enfermeira orientadora quanto à existência de um espelho quadriculado no serviço, porém o serviço não possuía nenhum. Por este motivo, foram utilizados outros elementos como guias orientadores da postura, tais como as linhas da janela. Foi realizado ensino, instrução e treino do equilíbrio estático em posição ortostática recorrendo ao parapeito da janela e, também, às grades da cama da pessoa com o plano levantado ao nível da cintura do mesmo. Colocava-se o Sr. junto das grades da cama, solicitando que as agarrasse, de forma a auxiliar o treino do equilíbrio estático.

		tronco, como se fosse "apanhar um objeto do chão" e retorne à posição inicial.	Conseguiu-se verificar uma ligeira melhoria ao nível do seu equilíbrio, estando inicialmente com um score de 0 na escala de *Berg*, evoluindo para um score de 6 no último dia de contato com o mesmo. Verificou-se uma melhoria ao nível de conhecimentos do Sr. relativamente a técnica de equilíbrio corporal.
15.10.2023 **Autocuidado: higiene dependente em grau elevado** r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de realização do autocuidado autonomamente e participação no mesmo.	Capacitar a pessoa a participar no seu autocuidado. Promover a autonomia no autocuidado higiene.	❖ Avaliar o autocuidado através da utilização do índice de *Barthel* e da Escala de MIF; ❖ Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene; ❖ Instruir sobre uso de	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado higiene apresentando um *score* na escala de *Barthel* inicial de 10 e final de 60; e uma MIF de 46 numa fase inicial e de 46 no final do campo de estágio. Primeiramente, o autocuidado higiene foi realizado no leito, aproveitando este momento para uma maior avaliação do Sr. e, procurou-se, promover a autonomia do mesmo durante o autocuidado higiene. Como

Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. Potencial para melhorar capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.		dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene; ❖ Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene; ❖ Incentivar a higienização autónoma da cara, cabelo, tórax e membro superior esquerdo; ❖ Disponibilizar o tempo necessário para autohigienizar-se sem se sentir pressionado.	tal, foi realizado ensino, instrução e treino para lavar, com a mão direita, a ½ superior do corpo sendo auxiliado na ½ inferior. **18.10.23; 20.10.23; 25.10.23; 31.10.23 2.11.23; 6.11.2023** Por diversas vezes foi realizada a técnica de transferência para a cadeira de higiene e o Sr. foi auxiliado nos cuidados de higiene no chuveiro. Foi incentivado a lavar o cabelo, cara e tronco, sendo auxiliado nos restantes membros. O Sr. foi colocado, junto ao lavatório, em frente ao espelho de forma que se barbeasse autonomamente, assim como procedesse à lavagem dos dentes. Foi dado tempo, para conseguir realizar as suas atividades ao seu ritmo, não provocando pressões sobre o mesmo. Durante o internamento foi possível verificar uma melhoria ao nível do autocuidado

			higiene, conseguindo o Sr. participar na realização do mesmo. Assim, o grau de dependência no autocuidado higiene passou de grau elevado para moderado.
15.10.2023 **Autocuidado vestuário dependente em grau elevado** r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de realização do autocuidado autonomamente e participação no mesmo. Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para	Capacitar a pessoa a participar no seu autocuidado. Promover a autonomia no autocuidado vestuário. Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado vestir-se. Melhorar o conhecimento	❖ Avaliar o autocuidado através da Escala de Índice de *Barthel* e da Escala de MIF; ❖ Ensinar, instruir e treinar a vestir sempre o lado parético em primeiro lugar e despir o lado parético em último lugar;	**15.10.2023** Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado vestir-se apresentando um *score* na escala de *Barthel* inicial de 10 e final de 60 e uma MIF de 46 numa fase inicial e de 46 no final do campo de estágio. Foram reforçados ensinos de vestir sempre o lado parético em primeiro lugar e despir o lado parético em último lugar. Apesar dos ensinos realizados, o Sr. apresentou dificuldade na realização do mesmo autocuidado. **03.11.23** O Sr. encontrava-se mais capacitado para o autocuidado vestir-se, conseguindo participar mais na realização do mesmo. Após auxílio

autocuidado: vestuário. Potencial para melhorar capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.	sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.		para vestir as calças, o Sr. conseguiu, puxar as calças para cima, elevando a região nadegueira no exercício da ponte, conseguindo concluir. **06.11.23** Foi notada uma melhoria no autocuidado vestuário, verificando-se uma participação maior por parte do mesmo, na sua realização e concretização. Assim, o grau de dependência evoluiu de grau elevado para moderado.
15.10.2023 **Autocuidado Alimentar-se dependente em grau elevado** r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de	Capacitar a pessoa a participar no autocuidado. Promover a autonomia no autocuidado alimentar-se.	❖ Avaliar o autocuidado através da Escala de Índice de *Barthel* e da Escala de MIF; ❖ Avaliar o conhecimento sobre	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado alimentar-se apresentando um *score* na escala de Índice de *Barthel* inicial de 10 e final de 60; e uma MIF de 46 numa fase inicial e de 46 no final do campo de estágio. De forma a promover a sua autonomia

realização do autocuidado autonomamente e participação no mesmo. Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se. Potencial para melhorar capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se.	Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado alimentar-se. Melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se. Melhorar a capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se.	dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se; ❖ Promover a adaptação dos produtos de apoio para a alimentação – por exemplo, utilização no domicílio de prato com ventosas e pratos altos com rebordo; ❖ Avaliar a capacidade da pessoa para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se; ❖ Orientar acerca do espaço de forma a aumentar a autonomia da pessoa, nomeadamente,	funcional, no autocuidado alimentar-se, a comida foi disposta do lado direito da pessoa, para que o mesmo se alimentasse de forma independente, visto que, quando o tabuleiro era colocado ao centro, o mesmo esquecia-se de comer acabando por ficar a comida no prato. Apesar de se querer reabilitar o esquecimento unilateral, no autocuidado alimentar-se, pela hemianopsia homónima apresentada, procurou-se promover a autonomia do pessoa e o facto de ter colocado o tabuleiro do lado direito, fez com que o mesmo se tenha alimentado de forma autónoma, pela própria mão, tendo sempre que orientar para a lateralização da cabeça para a procura dos alimentos, quando os mesmos se encontravam ligeiramente mais à esquerda do prato. **06.11.23** Desta forma, foi possível verificar uma melhoria relativamente ao autocuidado

		facilitando o acesso à garrafa de água.	alimentar-se passando de grau elevado para grau moderado. A pessoa demonstrou conhecimento relativamente à necessidade de adaptação do autocuidado alimentar-se, de forma a promover a sua autonomia funcional, como por exemplo, através da utilização de um prato com rebordo e, possivelmente, com ventosa, numa fase inicial.
15.10.2023 **Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau elevado** r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de realização do autocuidado autonomamente e	Capacitar a pessoa a participar no seu autocuidado. Promover a autonomia no autocuidado uso do sanitário. Melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar	❖ Avaliar o autocuidado através da Escala de Índice de *Barthel* e da Escala de MIF; ❖ Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: Uso do sanitário.	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado uso do sanitário apresentando um *score* na escala de Índice de *Barthel* inicial de 10 e final de 60; e uma MIF de 46 numa fase inicial e de 46 no final do campo de estágio. Foi assistido na técnica de transferência para a cadeira-de-higiene e acompanhado ao wc para urinar e evacuar. No leito era oferecido

participação no mesmo. Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário. Potencial para melhorar capacidade sobre utilização de dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário.	para o autocuidado: uso do sanitário.	❖ Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado uso do sanitário.	o urinol de forma a não urinar na fralda. Colocada sempre a campainha à disposição do mesmo. **06.11.2023** O Sr.A. demonstrou conhecimento sobre a utilização de dispositivo auxiliar para o autocuidado: uso do sanitário. Desta forma, o mesmo tocava à campainha sempre que tinha necessidade de realizar o autocuidado: uso do sanitário, solicitando o urinol, arrastadeira ou cadeira sanitária para ir ao wc, evoluindo assim de um grau de dependência elevado para moderado. Também, demonstrou conhecimento relativamente à necessidade de adaptação da casa de banho do domicílio, de forma a tornar o mesmo ajustado às suas necessidades e condição atual.

15.10.2023 **Transferir-se dependente em grau elevado** r/c hemiparesia manifestado pela incapacidade de realização do autocuidado autonomamente e participação no mesmo. Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. Potencial para melhorar	Capacitar a pessoa a participar no seu autocuidado. Promover a autonomia no autocuidado transferir-se. Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado transferir-se. Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.	❖ Avaliar o autocuidado através da Escala de Índice de *Barthel* e da Escala de MIF; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; ❖ Avaliar a capacidade de transferência da cama para cadeirão/ cadeira de rodas/ cadeira sanitária ou vice-versa; ❖ Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência autónoma e em	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Pessoa dependente em grau elevado no autocuidado transferir-se apresentando um *score* na escala de Índice de *Barthel* inicial de 10 e final de 60; e uma MIF de 46 numa fase inicial e de 46 no final do campo de estágio. Previamente à realização do levante para o cadeirão, eram realizadas mobilizações no leito, com a pessoa e exercícios, nomeadamente de ponte, ativo resistidos no membro inferior não parético com resistência manual – flexão/extensão do tornozelo, joelho e coxofemoral de forma a treinar a, posterior, realização de carga na posição ortostática. Era solicitado que participasse no autocuidado vestuário – vestir as calças – sendo auxiliado a calçar as meias antiderrapantes. O espaço era organizado,

capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.		segurança; ❖ Avaliar a capacidade em executar a técnica de transferência com auxílio de 2 pessoas; ❖ Ensinar, instruir e treinar quanto ao exercício de – ponte – no leito com apoio no membro inferior parético; ❖ Mobilizações ativo-resistidas do MI não parético para recrutamento muscular dos glúteos e isquiotibiais; ❖ Ensinar, instruir e treinar exercícios de rolar no leito;	sendo colocado o cadeirão do lado não parético e colocado o plano da cama em baixo, tendo em consideração a altura do mesmo. O Sr. A. era auxiliado a sentar-se no leito, aproveitando o momento para realizar consciencialização respiratória e corrigir a postura sendo solicitado para manter os olhos abertos e era avaliado e realizado treino do equilíbrio estático; Posteriormente, o Sr. A.V. era capacitado a realizar carga com o membro inferior não parético, em simultâneo, realizava apoio do membro inferior não parético. Com auxílio, era solicitado para contrair os glúteos e os abdominais, e impulsionar o corpo para a posição ortostática. Era realizada a correção postural na posição ortostática e, posteriormente, era capacitado a realizar pequenos passos com o membro não parético, sendo auxiliado com o membro parético. De seguida, era solicitado que rodasse sobre si mesmo e descesse,

		❖ Vestir calças à pessoa e calçar ténis/ sapatos/ meias antiderrapantes com apoio do calcanhar. ❖ Baixar o plano da cama, colocação do cadeirão do lado não parético, travando os mesmos, de forma a facilitar o levante e a pessoa auxiliar na transferência com carga e realização de passos para o cadeirão; ❖ Sentar a pessoa no leito com os pés bem assentes no chão, auxiliando no apoio do membro inferior	controladamente com apoio de 2 pessoas, para se sentar no cadeirão. Com o Sr. A. sentado no cadeirão, era solicitado que contraísse os glúteos e fizesse força com o pé não parético e membro superior não parético, no cadeirão e, era auxiliado a sentar-se bem no cadeirão de forma a manter uma correta postura corporal com costas e glúteos bem chegados atrás. Era garantida a organização do espaço de forma a facilitar o acesso aos produtos pessoais, garrafa de água, rádio e campainha. No momento da realização da técnica de transferência para o leito e, tendo em conta que o cadeirão apresentava rodas, era colocado o cadeirão do lado contrário ao levante, ou seja, do lado parético – esquerdo – com a cama do lado direito, de forma a facilitar o processo de transferência e, que o mesmo, conseguisse dar pequenos passos

		parético; ❖ Avaliar parâmetros vitais previamente ao levante; ❖ Capacitar a pessoa a realizar carga e auxiliar com o membro inferior não parético; ❖ Levantar a pessoa com auxílio de 2 pessoas, apoiando o membro não parético permitindo que a pessoa fique em posição ortostática; ❖ Corrigir a postura na posição ortostática com consciencialização da respiração;	em direção ao leito com apoio. **03.11.23** O Sr. A. conseguiu ter uma maior participação relativamente ao autocuidado transferir-se, conseguindo autonomamente chegar a região nadegueira mais para a beira do leito, conseguindo colocar os membros inferiores (o esquerdo sendo auxiliado pelo MID) fora da carga e realizar carga com o cotovelo, descolando o corpo da cama sendo apenas necessário uma assistência na verticalização do tronco para a posição de sentado. Foi possível afastar o cadeirão um pouco mais da cama, e a transferência foi possível apenas com 2 participantes - um enfermeiro e o próprio. **06.11.23** O Sr. demonstrou capacidade na participação do transferir-se evoluindo o grau de dependência de grau elevado para grau

		❖ Capacitar a pessoa a dar pequenos passos com o membro não parético, fornecendo apoio no membro parético e solicitar ao pessoa para rodar e descer controladamente, com auxílio, para o cadeirão; ❖ Auxiliar a pessoa no correto posicionamento no cadeirão, com os glúteos e costas bem chegados para trás no cadeirão; ❖ Organizar o espaço de forma a facilitar o acesso a bens	moderado. Demonstrou conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se.

		pessoais e água, assim como campainha.	
15.10.2023 **Pôr-se de pé comprometido** relacionado com Hemiparésia Esquerda e Equilíbrio comprometido manifestado pela necessidade de auxílio de 2 pessoas. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.	Capacitar a pessoa a participar no ato pôr-se de pé. Promover a autonomia no ato pôr-se de pé. Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para ato pôr-se de pé. Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.	❖ Avaliar a capacidade de se colocar de pé; ❖ Realizar exercícios de ponte no leito de forma a facilitar o recrutamento muscular dos glúteos e dos retos abdominais, facilitado o ato de "pôr-se de pé"; ❖ Vestir calças à pessoa, de forma a proporcionar um	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** No leito, foram realizados ciclos de mobilizações ativo-resistidas ao nível do membro inferior direito, de flexão/extensão coxofemoral (CF), com resistência manual no ato de extensão CF para recrutamento muscular dos glúteos e isquiotibiais. No membro inferior esquerdo, eram realizadas mobilizações assistidas. Foram também realizados ciclos de exercícios de "ponte" no leito, com auxílio no apoio da perna parética, solicitando ao Sr. para manter os glúteos contraídos cerca de 3 segundos e descer a bacia de forma controlada e descontrair os glúteos lentamente, sendo auxiliado com apoio do

Potencial para capacitar o pessoa para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé.		levante em segurança; ❖ Calçar a pessoa com meias antiderrapantes; ❖ Apoiar pé e MI esquerdo (parético) durante o ato de pôr-se de pé; ❖ Consciencializar para o controlo respiratório durante o movimento de pôr-se de pé; ❖ Ensinar, instruir e treinar a pessoa a contrair os glúteos e a dar o impulso para realizar o ato de pôr-se de pé com ajuda; ❖ Corrigir postura corporal no ato de	lado parético. Durante a prestação de cuidados ao Sr. A.V., foi possível treinar o ato de "pôr-se de pé" em todos os momentos de transferência. Inicialmente, o Sr. apresentava muita dificuldade em realizar o ato de "pôr-se de pé", mesmo com auxílio de duas pessoas. Foi capacitado a colocar o pé direito, previamente calçado meias antiderrapantes, bem assente no chão, sendo o pé esquerdo auxiliado no apoio ao chão, ficando travado com o pé do enfermeiro. Foi realizado ensino, instrução e treino para colocar levantar a perna esquerda com ajuda da perna direita, colocando esta por baixo, levando-as para fora da cama, assim como realizado ensino, instrução e treino para realizar carga com o cotovelo direito no leito. Foi solicitado a realizar impulso para se levantar, realizando contração dos glúteos e, foi consciencializado para manter uma

		pôr-se de pé; ❖ Realizar "*push up*" da cadeira-de-rodas para a posição ortostática e descida controlada de regresso à cadeira; ❖ Realizar mobilizações ativo resistidas no membro inferior direito (não parético), nomeadamente, na realização de flexão e extensão coxofemoral.	correta postura corporal e para um correto controlo respiratório. **03.11.23** Foram realizados treinos com ciclos de "*push up"* da cama, de forma a adquirir a posição ortostática, aguentando cerca de 10 segundos e regressando à cadeira de rodas controlando a descida. **06.10.23** No final do estágio, verificou-se uma melhoria ao nível do ato de "pôr-se de pé", conseguindo o próprio, aguentar mais tempo e, com uma melhor postura corporal, contribuindo para uma transferência mais facilitada. No final do internamento, após solicitado que se levantasse, o Sr. conseguia sozinho colocar os membros inferiores fora do leito e realizar elevação do tronco da cama, agarrando-se na grade, sendo auxiliado a completar o movimento, de forma

			a ficar sentado no leito. Pessoa evoluiu o grau de dependência no ato de pôr-se de pé de elevado para moderado.
15.10.2023 **Andar comprometido** r/c hemiparesia esquerda manifestado por incapacidade em andar. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar; Potencial para melhorar capacidade para andar.	Melhorar a técnica de andar. Melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para andar; Melhorar a capacidade sobre técnica de adaptação para andar;	❖ Avaliar a força muscular, utilizando a Escala de Força Muscular *Medical Research Council* (MRC); ❖ Avaliar o tónus muscular através da Escala Modificada de *Ashworth*; ❖ Avaliar o conhecimento sobre técnica e adaptação para andar; ❖ Ensinar, instruir e	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Realizada uma avaliação da força muscular através da Escala de Força *MRC* que revelou uma hemiparesia de grau 1 distal e 2 proximal ao nível do membro superior e inferior esquerdo. O Sr. A.V., segundo avaliação realizada pela escala de tónus muscular – Escala Modificada de *Ashworth* – sem espasticidade (Grau 0). Numa fase inicial do internamento não foi possível andar com o Sr., por o mesmo não apresentar fortalecimento muscular e pela hemiparesia apresentada. **03.11.2023** Com o evoluir do internamento e do plano de

		treinar a técnica de andar; ○ Capacitar a pessoa a dar pequenos passos com o membro não parético, fornecendo apoio no membro parético; ○ Solicitar que mantenha o MI parético em extensão na posição ortostática; ○ Auxiliar a avançar com o membro inferior parético, assentando primeiramente o calcanhar no chão e posteriormente a planta do pé/dedos; ○ Capacitar a pessoa a	reabilitação, através de mobilizações no leito, exercícios de ponte e com o evoluir da condição clínica deste, o mesmo evoluiu para força de grau 4 no membro inferior parético. Foi possível aumentar o número de passos dados pelo mesmo, sendo o cadeirão colocado numa posição mais afastada da cama. **06.11.2023** No final do internamento foi possível realizar uma caminhada com o Sr. desde a cama, até ao corredor/ casa-de-banho, com apoio bilateral de duas pessoas, regressando ao leito a pé, percorrendo uma totalidade de 30 metros (15metros+descanso+15metros). Assim sendo, o Sr. A.V. evoluiu de um grau de dependência elevada para moderada no autocuidado: andar.

		realizar carga e auxiliar com o membro inferior não parético; ○ Solicitar que coloque os pés à largura da cintura, de forma a manter uma base de sustentação segura. ❖ Avaliar a capacidade de pessoa para andar com auxílio de 2 pessoas; ❖ Ensinar, instruir e treinar quanto ao exercício de – ponte – no leito com apoio no membro inferior parético; ❖ Mobilizações ativo-	

		resistidas do MI não parético para recrutamento muscular dos glúteos e isquiotibiais; ❖ Vestir calças à pessoa e calçar ténis/ sapatos/ meias antiderrapantes com apoio do calcanhar. ❖ Corrigir a postura na posição ortostática com consciencialização da respiração;	
15.10.2023 **Esquecimento Unilateral** R/c AVC manifestado por negligência do hemicorpo esquerdo.	Promover a consciencialização do hemicorpo negligenciado, esquerdo.	❖ Realizar facilitação cruzada; ❖ Realizar exercício de identificação e descrição escrita, do	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** O Sr. A.V. apresentava negligência unilateral para a esquerda, situação comprovada através dos testes realizados (relógio, desenho). Foram adotadas diversas

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial para melhor capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.	objeto colocado à esquerda na superfície de trabalho (garrafa de água, luva e frasco de colírio); ❖ Realizar exercício de identificação de letras solicitadas num papel com as letras do abecedário que foi impresso e colocado, em cima da superfície de trabalho, numa posição central, obrigando a pessoa a lateralizar a cabeça para a esquerda para procurar algumas letras; • Realizar o treino de riscar o dia em que nos	estratégias no sentido de reabilitar e consciencializar para o hemicorpo esquerdo, que se encontrava negligenciado. Em termos da disposição do mobiliário e dos seus objetos pessoais, foram colocados do lado esquerdo (lado parético) do mesmo, de forma a promover a lateralização para o lado negligenciado. O Sr. foi abordado pelo lado esquerdo, de forma a promover a facilitação cruzada, sendo sempre solicitado que realizasse rotação da cabeça para o lado esquerdo e visualizasse o enfermeiro, assim, como os segmentos que se encontravam a ser mobilizados, se fosse o caso. **18.10.2023** O Sr. apresentava impresso o calendário do mês de outubro, que era colocado ao centro, por cima da superfície de trabalho, servindo para este procurar, diariamente, o dia do mês em que se encontrava, riscando o

		encontrávamos, colocando um calendário do mês de outubro, impresso que era colocado numa superfície de trabalho numa posição central.	quadrado do mesmo. **26.10.2023** Foi realizado um jogo com o Sr. A.V., onde foram colocados 3 objetos isoladamente (garrafa de água, luva e o seu medicamento colírio) por cima da superfície de trabalho, do lado esquerdo, fornecido uma folha e caneta à pessoa e solicitado à pessoa que visualizasse o objeto, descrevendo na folha o que visualizava. Primeiramente, o Sr. informou que não via nenhum objeto, porém quando estimulado a virar a cara para o lado esquerdo, o mesmo conseguia verificar o objeto conseguindo-o descrever. Posteriormente, o Sr. A.V. voltava a informar que não encontrava o objeto (esquecendo-se de lateralizar a cabeça para o lado negligenciado), sendo novamente estimulado a fazê-lo.

			27.10.2023 Foi colocada uma folha com as letras do abecedário, centrada em cima da superfície de trabalho, sendo o Sr. incentivado a procurar determinadas letras no mesmo. Este exercício, obrigava-o a lateralizar a cabeça (apesar de o fazer apenas quando solicitado) para o lado negligenciado. **03.11.2023** Notou-se uma grande melhoria ao nível do esquecimento unilateral visto que, inicialmente, o Sr. não encarava o enfermeiro quando abordado pelo lado parético e, no final do internamento, lateralizava autonomamente a cabeça para a esquerda, de forma a procurar visualizar o enfermeiro, seguindo a voz com o olhar. Numa fase posterior do plano de reabilitação, aquando da evolução do grau de força muscular ao nível da mão esquerda, iria

			realizar-se contenção do MSD, de forma a promover a realização de determinadas atividades com o lado parético com assistência na realização das mesmas. Porém, este exercício não foi possível visto o Sr. ter tido alta clínica.
15.10.2023 **Rigidez articular grau reduzido** r/c hemiparesia esquerda. Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial para melhorar capacidade para	Prevenir a rigidez articular no hemicorpo esquerdo. Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.	❖ Avaliar o movimento articular; ❖ Avaliar conhecimento sobre condições de risco para rigidez articular; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Executar técnica de	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** O Sr. A.V. apresenta ligeira diminuição da amplitude articular das articulações do hemicorpo esquerdo, pela hemiparesia esquerda apresentada, Grau 2 no MIE e 2 proximal e 1 distal no MSE segundo avaliação pela escala de forças MRC. Segundo o próprio, já apresentava uma ligeira limitação articular ao nível do ombro, tendo chegado a realizar sessões de fisioterapia. Foram realizadas mobilizações musculo- articulares passivas no hemicorpo esquerdo numa fase inicial.

executar técnicas de exercício muscular e articular.	Melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	exercício muscular e articular passivo no MSE e ativo-assistido no MIE; ❖ Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular; ❖ Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Executar técnica de posicionamento;	**03.11.2023** Com o evoluir do internamento e do plano de reabilitação, foi possível verificar uma melhoria ao nível da força muscular no hemicorpo esquerdo, conseguindo evoluir para mobilizações assistidas e, posteriormente, livres. Nesta fase, o Sr. A.V. foi capacitado a realizar auto-mobilizações, sendo realizado ensino, instrução e treino de exercícios de flexão/extensão do pé, eversão/inversão, abdução/adução CF. Foi também incentivado a mobilizar os dedos da mão esquerda, com a mão não parética, assim como flexão/extensão do punho e do cotovelo durante o cadeirão ou leito. Durante o posicionamento, foi tido em consideração a manutenção da amplitude articular e o seu correto alinhamento. **06.11.23** O Sr. A.V. demonstrou capacidade para a

			realização de exercícios musculares e articulares, realizando exercícios instruídos previamente de forma autónoma.
15.10.2023 **Risco de pé equino – pé esquerdo** r/c hemiparesia. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular; Potencial para melhorar capacidade sobre	Prevenção de pé equino. Aumentar conhecimento do pessoa relativamente a condições de risco para o pé equino. Melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular.	❖ Avaliar conhecimento sobre condições de risco para o pé equino; ❖ Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para prevenção de pé equino; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Ensinar sobre	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** O Sr. A.V. não demonstrou capacidade na realização de dorsiflexão total do pé esquerdo, pela hemiparesia apresentada, com força de grau 1 ao nível da articulação tibiotársica. Foram realizadas mobilizações passivas no pé esquerdo, tais como, flexão/extensão do tornozelo – focando-me mais nos movimentos de flexão. **03.11.2023** Com o evoluir do programa de reabilitação, foi possível verificar uma melhoria ao nível da força do hemicorpo esquerdo, conseguindo evoluir para mobilizações assistidas e, posteriormente, mobilizações

técnica de exercício muscular e articular.		condições de risco para o pé equino; ❖ Ensinar sobre técnicas de exercícios muscular e articular. ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do pé esquerdo; ❖ Ensinar, instruir e treinar a execução de exercício muscular e articular e auto-mobilizações; ❖ Massajar pé esquerdo; ❖ Posicionar pé; ❖ Avaliar movimento articular.	livres. **06.11.2023** Foi capacitado para a execução de auto-mobilizações, através de instrução e treino, conseguindo realizar estes exercícios autonomamente, numa fase posterior do internamento. Quando iniciado o treino de marcha, verificou-se que o serviço de medicina dispunha de uma ortótese para o pé, que foi utilizado de forma a facilitar o treino de marcha, porém, o mesmo não se adaptou ao seu pé, pelo que se optou por não voltar a utilizar. Durante o treino de marcha, o Sr A.V. foi estimulado a levantar o pé do chão, que realizava com dificuldade.

15.10.2023 **Deglutição comprometida** r/c parésia facial central manifestado por disfagia para líquidos. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de deglutição. Potencial para melhorar capacidade de deglutição.	Diminuir o risco de aspiração. Melhorar conhecimento sobre técnica de deglutição. Melhorar capacidade para deglutir.	❖ Avaliar capacidade de deglutição através da utilização da escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS); ❖ Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial; ❖ Instruir e Treinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial; ❖ Colocar espessante consoante o resultado do teste de deglutição; ❖ Adequar a dieta à condição do pessoa;	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Primeiramente, realizou-se o teste de disfagia ao Sr., verificando que o mesmo apresentava deglutição comprometida, com disfagia para líquidos, sendo necessário a colocação de espessante para a consistência mel. Foi colocado um papel na cabeceira do próprio, com alerta para disfagia com necessidade de administração de espessante na consistência indicada e, alertado pessoa/ familiares. Foi assegurado que apresentava uma dieta apropriada à sua condição física, neste caso, apresenta uma dieta cremosa. Foi realizado ensino, instrução e treino quanto a exercícios de reabilitação facial tais como assobiar, encher as bochechas com ar durante 4 segundos, pressionar os lábios, movimentos da língua como lateralização interna e protusão seguida de retração da língua; sorriso exagerado, movimento de

		❖ Ensinar, instruir e treinar técnicas de deglutição; ❖ Ensinar, instruir e treinar relativamente a técnicas posturais a adotar durante a deglutição como flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado e flexão lateral para o lado são; ❖ Ensinar, instruir e treinar fortalecimento muscular da língua: protrair, retrair e lateralizar; assobiar, lateralização interna da língua; rotação interna da língua: protusão seguida de retração da língua; elevação da língua contra a arcada dentária	"beijo", que o Sr. foi realizando cerca de 5 repetições de cada. **25.10.2023** Aumentado o número de repetições dos exercícios supracitados para 10. Realizado ensino, instrução e treino quanto a técnicas posturais para serem adotadas pelo próprio, durante o ato de deglutição, tais como, flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado e flexão lateral para o lado são. **03.11.2023** Foi verificado uma melhoria ao nível da disfagia, conseguindo avançar para líquidos em consistência de néctar. Relativamente à alimentação, foi solicitado mudança para dieta mole para o almoço, sendo testada e após deglutição eficaz, foi alterada a dieta para mole para as restantes refeições.

		superior, lateral e frontal; ❖ Ensinar, instruir e treinar exercícios de reabilitação facial, tais como, aproximar e comprimir os lábios; sorrir mostrando os dentes; sorrir com os lábios juntos; encher as bochechas de ar; protusão de lábio inferior.	
15.10.2023 **Paresia facial presente na hemiface esquerda** r/c AVC manifestado por desvio da comissura labial e diminuição de movimento muscular da face.	Melhorar conhecimentos sobre técnica de exercício muscular e articular; Recuperar da parésia facal.	❖ Aplicar frio; ❖ Dar dispositivo auxiliar [espelho] à pessoa; ❖ Executar técnica de exercício muscular e articular; ❖ Executar técnica de massagem;	**15.10.2023 a 06.11.2023** **15.10.2023** Pessoa com apagamento do sulco naso labial à esquerda e com diminuição do movimento ao nível da hemiface esquerda. Por este motivo, foi realizado teste de disfagia com recurso à escala de *GUSS* e foi verificada presença de disfagia para líquidos, sendo necessária o ajuste da sua consistência para consistência mel. Verificado alimentação que

Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial para melhorar capacidade em executar técnicas de exercício muscular e articular.		❖ Vigiar parésia; ❖ Supervisionar a pessoa no mastigar; ❖ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular; ❖ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Providenciar material educativo; ❖ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; ❖ Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular.	se encontrava prescrita, sendo uma alimentação adequada, cremosa. Foi realizado ensino, instrução e treino de exercícios de reeducação muscular da face e alertado o Sr. para ingerir líquidos e alimentos na posição vertical, diminuindo o risco de aspiração. Foi realizado ensino, instrução e treino quanto a exercícios de reabilitação facial tais como assobiar, encher as bochechas com ar durante 4 segundos, pressionar os lábios, movimentos da língua como lateralização interna e protusão seguida de retração da língua; sorriso exagerado, movimento de "beijo", tendo realizado cerca de 5 repetições de cada. **25.10.2023** Aumentado o número de repetições dos exercícios supracitados para 10 Realizado ensino, instrução e treino quanto a

		❖ Ensinar, instruir e treinar acerca de exercícios de reabilitação facial, tais como: ○ Aproximar os lábios e comprimir; ○ Sorrir a mostrar os dentes; ○ Sorrir com os lábios juntos; ○ Encher as Bochechas de ar; ○ Assobiar; ○ Protusão do lábio inferior.	técnicas posturais para o Sr. adotar durante o ato de deglutição, tais como, flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado e flexão lateral para o lado são. **03.11.2023** Verificou-se uma melhoria ao nível da disfagia, conseguindo avançar para líquidos em consistência de néctar. Relativamente à alimentação, foi solicitado mudança para dieta mole para o almoço, sendo testada e após deglutição eficaz, foi alterada a dieta do Sr. para mole para as restantes refeições. Verificou-se que o Sr. não apresentava apagamento do sulco nasolabial tão acentuada e, realizava de forma autónoma os exercícios previamente ensinados/instruídos.

CONCLUSÃO

No âmbito deste estágio curricular, foi-me solicitado que selecionasse uma pessoa para a elaboração de um estudo de caso e, realizasse uma planificação de cuidados de forma a dirigir e adequar os conhecimentos/aprendizagens adquiridas a nível académico, à situação clínica do pessoa, prestando assim, cuidados de enfermagem especializados e individualizados, de forma a responder às necessidades reias do Sr A.V..

A primeira escolha, incidiu sobre uma pessoa com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, tendo realizado o estudo de caso sobre a mesma, porém, esta pessoa teve um internamento muito curto, não sendo possível aplicar todo o plano de reabilitação previamente estipulado, apesar de ter sido possível verificar ganhos com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Desta forma, considerou-se pertinente realizar outro estudo, neste caso, de uma pessoa, o Sr. A.V., a quem foram prestados cuidados de reabilitação durante um longo período, conseguindo verificar uma grande evolução ao nível do plano de reabilitação implementado, verificando-se ganhos.

O plano de reabilitação aplicado teve em consideração o facto do Sr. A.V. ser, previamente ao episódio de AVC, uma pessoa autónoma tendo como hábito diário a realização de caminhadas com a esposa pela praia e jardins. Desta forma, pretendeu-se que o Sr. A.V. recuperasse o máximo de autonomia possível, promovendo o treino dos autocuidados, assim como preparar a pessoa para o autocuidado andar. No final do internamento, foi possível realizar uma caminhada com o mesmo, com apoio bilateral de duas pessoas percorrendo um percurso de 30 metros, o que se traduziu num enorme ganho no processo de reabilitação deste. Apesar de o Sr. ainda apresentar um longo percurso de reabilitação pela frente, no sentido de adquirir uma marcha eficaz, considerou-se um ganho na sua recuperação, tendo sido chamada a sua esposa para a mesma visualizar e partilhar esta nova conquista com o mesmo.

Inicialmente, pela indicação do pessoa e família, estaria estipulado que o mesmo iria para o domicílio com apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para reabilitação, indo também com apoio domiciliário para higiene. Neste sentido, incluiu-se no plano de reabilitação o treino das atividades de vida diárias, promovendo o levante diário e o fortalecimento muscular para promover a maximização e autonomia funcional da pessoa. Porém, ao longo do internamento, a esposa do Sr. afirmou não ter capacidade para o receber solicitando que o mesmo ingressasse numa UMDR da RNCCI.

Foram utilizados instrumentos de avaliação credenciados pela Ordem dos Enfermeiros que facilitaram o meu processo de avaliação enquanto enfermeira e aluna do curso de mestrado de especialidade em reabilitação. Foram assim, identificadas as necessidades de intervenção a nível motor, sensorial, cognitivo e da realização dos autocuidados, bem como, os riscos associados a alterações da funcionalidade, através do levantamento de diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Após a identificação das necessidades do Sr. A.V., foram identificados os fatores facilitadores para a otimização da funcionalidade, bem como, fatores inibidores à realização do autocuidado. Foi traçado um plano de atuação para uma melhor recuperação possível.

Ao longo do campo de estágio, pude constatar uma melhoria no Sr. A.V., nomeadamente ao nível da força do MIE, evoluindo de um grau 2 para 4, e do MSE, evoluindo de uma força de grau 1 distal e 2 proximal para força de grau 3+ distal e 4 proximal.

O equilíbrio estático em sedestação também melhorou bastante, conseguindo assim, evoluir para o treino do equilíbrio dinâmico no leito. O Sr., inicialmente não conseguia auxiliar muito na técnica de transferência quer pela falta de força muscular no membro inferior não parético como pelo esquecimento unilateral apresentado. No final estágio, verifiquei uma melhoria franca na realização de técnica de transferência, conseguindo o Sr. efetuar carga e dar passos com o membro inferior não parético, evoluindo para uma caminhada de 30 metros (15metros + descanso + 15 metros) com apoio bilateral de duas pessoas.

Este teve alta do serviço de medicina no dia 7 de outubro, tendo ingressado numa UMDR da RNCCI.

Em suma, a realização deste plano de cuidados, permitiu estruturar o meu pensamento enquanto futura enfermeira de reabilitação, através da identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos e identificação de estratégias adotadas, assim como reavaliação das mesmas.

BIBLIOGRAFIA

American Stroke Association (2019). A Guide for patients and careguivers – Life after stoke, our path forward.

Figueiredo, A.; Pereira, A. & Mateus, S. (2020). Acidente Vascular crebral isquémico Vs Hemorrágico – taxa de sobrevivência. Ano II, Vol. III, Nº1. Junho 2020. P35-45.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Silva, E.; Borges, J.; Morais, T.; Rodrigues, M. & Sousa, A. (2020). Prevalência e fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pessoas com hipertensão arterial – uma análise hierarquiza. Revista de Enfermagem Referência. ISSNe 2182.2883. Série V. nº3, pp.1-8. DOI: 10.12707/RV20014

Tadi, P., & Lui, F. (2023). Acute Stroke. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Escala de Berg

ESCALA DE EQUILIBRIO DE *BERG*

DESCRIÇÃO DOS ITENS	PONTUAÇÃO (0-4)	
	15/10/2023	06/11/23
❖ Sentado para em pé	0	2
❖ Em pé sem apoio	0	0
❖ Sentado sem apoio	0	2
❖ Em pé para sentado	0	0
❖ Transferências	0	1
❖ Em pé com os olhos fechados	0	0
❖ Em pé com os pés juntos	0	1
❖ Reclinar à frente com os braços estendidos	0	0
❖ Apanhar objetos do chão	0	0
❖ Virando-se para olhar para trás	0	0
❖ Girando 360 graus	0	0
❖ Colocar os pés alternadamente sobre um banco	0	0
❖ Em pé com um pé em frente ao outro	0	0
❖ Em pé apoiado em um dos pés	0	0
TOTAL	0	6

0 a 20	Mau Equilíbrio
40 a 56	Bom Equilíbrio

APÊNDICE II – Escala de *Barthel*

ESCALA DE BARTHEL

	15/10/2023	06/11/2023
ALIMENTAÇÃO 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (p.e. cortar os alimentos) 0 – Dependente	**0**	**5**
TRANSFERÊNCIA 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	**5**	**10**
TOALETE 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 – Dependente, precisa de alguma ajuda	**0**	**5**
UTILIZAÇÃO DO WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	**0**	**5**
BANHO 5 – Toma banho só (entra e saí do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	**0**	**0**
MOBILIDADE 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com alguma ajuda 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel	**0**	**10**

SUBIR E DESCER ESCADAS 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente	**0**	**0**
VESTIR 10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	**5**	**5**
CONTROLO URINÁRIO 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho 5 – Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	**0**	**10**
CONTROLO INTESTINAL 10 – Controla perfeitamente mesmo sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	**0**	**10**
TOTAL	**10**	**60**

Score	Graus de Dependências
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> ou = 60	Leve
100	Independente

APÊNDICE III – ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN

	15/10/23	**6/11/2023**
PERCEPÇÃO SENSORIAL 1- Completamento limitada 2 – Muito Limitada 3 – Ligeiramente Limitada 4 – Nenhuma Limitação	3	3
HUMIDADE 1 – Pele constantemente húmida 2 – Pele muito húmida 3 – Pele ocasionalmente húmida 4 – Pele raramente húmida	3	4
ATIVIDADES 1 – Acamado 2 – Sentado 3 – Anda ocasionalmente 4 – Anda frequentemente	2	2
MOBILIDADE 1 - Completamente imobilizado 2 – Muito limitada 3 – Ligeiramente limitada 4 – Nenhuma limitação	2	2
NUTRIÇÃO 1 – Muito pobre 2 – Provavelmente inadequada 3 – Adequada 4 – Excelente	2	2
FRIÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO 1 – Problema		

2 – Problema potencial 3 – Nenhum Problema	2	2
TOTAL	**14**	**15**

APÊNDICE IV – ESCALA DE MORSE

ESCALA DE MORSE

	15/10/23	06/11/23
HISTÓRIA RECENTE DE QUEDA 0 – Não 25 – Sim	0	0
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 0 – Não 15 – Sim	15	15
AUXILIAR PARA DEAMBULAR 0 – Nenhum/ Acamado/ Ajuda do Enfermeiro 15 – Muleta/ Bengala/ Andarilho 30 – Apoio no mobiliário/ parede	0	0
TERAPIA ENDOVENOSA 0 – Não 20 – Sim	0	0
MARCHA 0 – Normal/ Nenhuma/ acamado/ cadeira-de-rodas 10 – Debilitado 20 – Comprometida	20	10
ESTADO MENTAL 0 – Consciente das suas limitações 15 – Esquece-se das suas limitações	15	15
TOTAL	50	40

< 41	Risco Médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

APÊNDICE V – ESCALA DE FORÇA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

MEMBROS SUPERIORES	**15/10/23**	**06/11/23**
Articulação escapulo-umeral	2	4
Cotovelo	2	4
Punho	1	3
Dedos	1	3
MEMBROS INFERIORES	**15/10/23**	**06/11/23**
Articulação Coxo-femoral	2+	4
Joelho	2+	4
Articulação Tibio-társico	1	3+
Dedos	1	3+

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	Força normal

APÊNDICE VI – Escala National Institutes of Health Stroke (NIHS)

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE

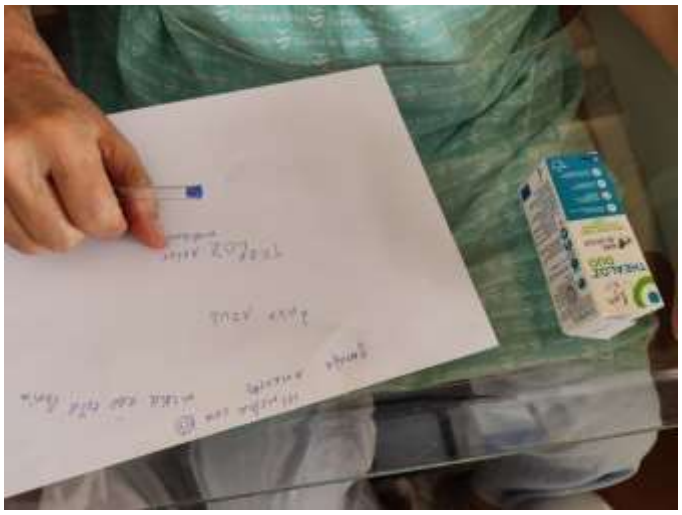
	15/10/23	06/11/23
1a. Nível de Consciência 0 – Alerta, responde com entusiasmo; 1 – Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 – Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 – Responde somente com reflexo motor ou reações autonómicas ou totalmente irresponsivo, flácido ou arreflexo.	0	0
1b. Perguntas de nível de consciência 0 – Responde ambas as questões corretamente. 1 – Responde uma questão corretamente. 2 – Não responde nenhuma questão corretamente	0	0
1c. Comandos de nível de consciência 0 – Realiza ambas as tarefas corretamente 1 – Realiza uma tarefa corretamente 2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente	0	0
2. Melhor olhar conjugado 0 – Normal 1 – Paralisia parcial do olhar, Este score é dado quando o olhar é anormal num ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 – Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefalica.	1	0
3. Visual 0 – Sem perda visual.		

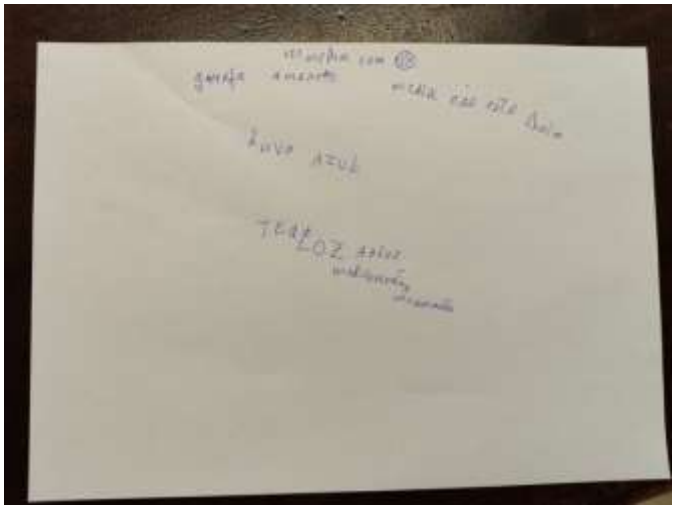
1 – Hemianopsia parcial. 2 – Hemianopsia completa. 3 – Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	1	1
4. Paralisia Facial 0 – Movimentos normais simétricos. 1 – Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	2	1
5. Motor para braços. 0 – Sem queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) por 10 segundos completos. 1 – Queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90º (ou 45º), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 – Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca, 4 – Nenhum movimento. NT – Amputação ou fusão articular, **5a – braço esquerdo; 5b – braço direito**	5a– 2 5b – 0	5a– 0 5b – 0
6. Motor para as pernas. 0 – Sem queda; mantém a perna a 30º por 5 segundos completos; 1 – Queda; mantém a perna a 30º, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30º, cai na cama, mas tem alguma força	6a – 2 6b – 0	6a – 0 6b – 0

contra a gravidade; 3 – Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 – Nenhum movimento. NT - Amputação ou fusão articular, **6a – braço esquerdo; 6b – braço direito**		
7. Ataxia de membros. 0 – Ausente. 1 – Presente em um membro. 2 – Presente em dois membros. NT – Amputação ou fusão articular.	0	0
8. Sensibilidade 0 – Normal; nenhuma perda. 1 – Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda de dor superficial ao beliscar, mas o pessoa tem consciência do toque; 2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o pessoa não sente o toque.	1	1
9. Melhor linguagem. 0 – Sem afasia; normal. 1 – Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figura ou item da lista de nomeação a partir da resposta do pessoa. 2 – Afasia grave; toda comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar	0	0

itens do material fornecido a partir da resposta do pessoa. 3 – Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.		
10. Disartria 0 – Normal. 1 – Disartria leve a moderada; o pessoa arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 – Disartria grave; fala do pessoa é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/ anártrico. NT – entubado ou outra barreira física.	1	0
11. Extinção ou Desatenção 0 – Nenhuma anormalidade. 1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoa, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 – Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	0	0
TOTAL	10	3

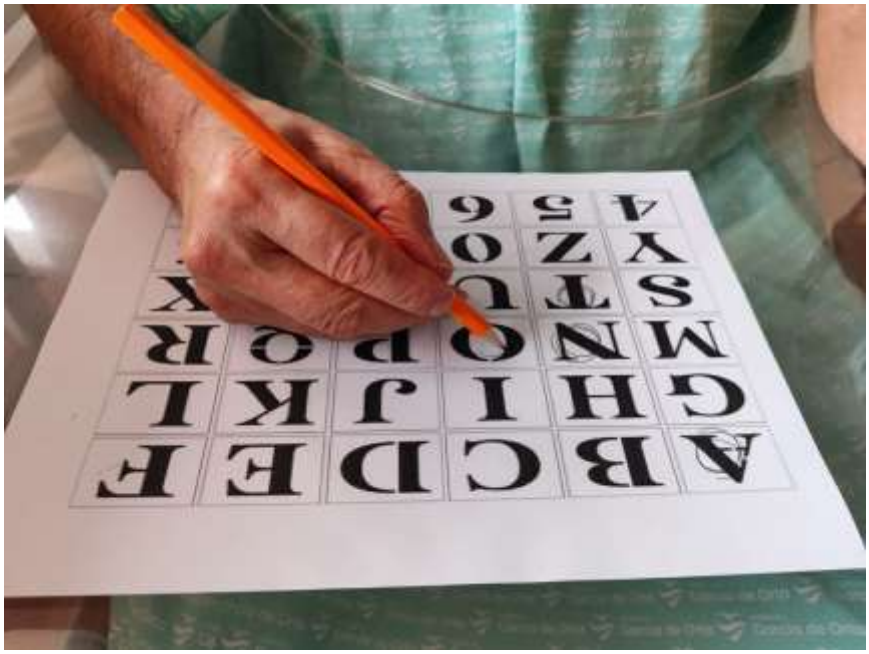
APÊNDICE VII – Jogo interativo para negligênica unilateral



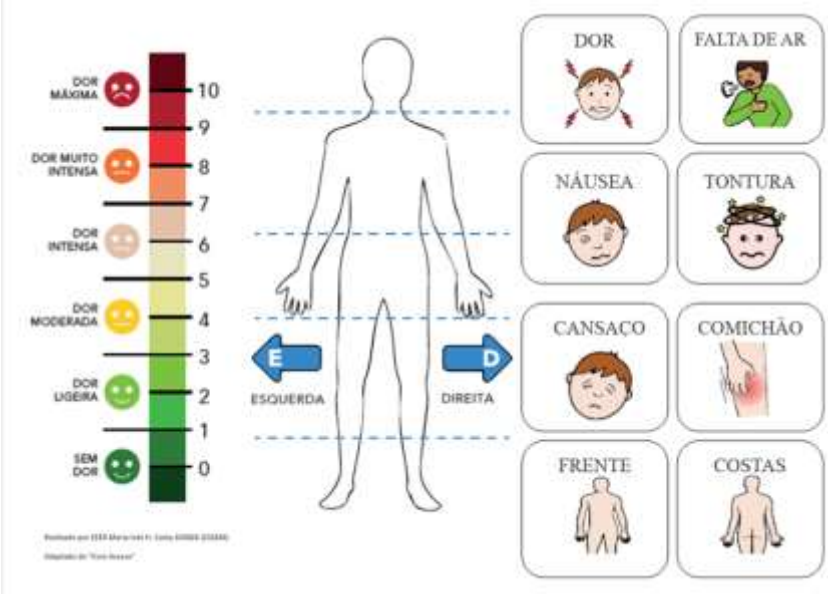


APÊNDICE VIII – Promoção de autonomia funcional no autocuidado alimentação

APÊNDICE IX – Exercício com letras de abecedário colocadas ao centro da superfície de trabalho, de forma a reabilitar a negligência unilateral.



APÊNDICE VI– PRANCHAS DE COMUNICAÇÃO

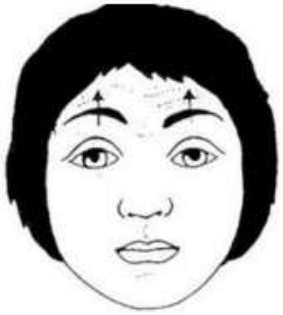


Realizado por EEER Maria Inês H. Costa 103826 (ESSEM)

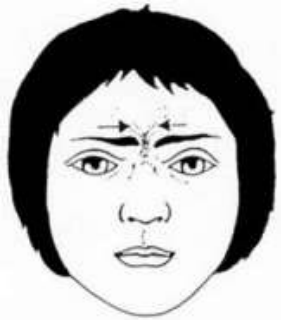
Adaptado de “Com Acesso”

APÊNDICE VII - PRANCHA DE REEDUCAÇÃO FACIAL E EXERCÍCIOS DE MUSCULATURA DA CABEÇA E PESCOÇO

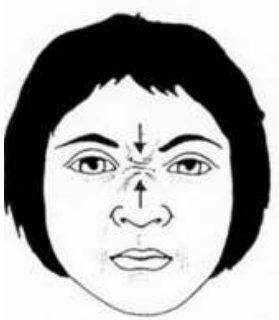
LEVANTAR AS



FRANZIR AS



FRANZIR O NARIZ (MAU



FECHAR OS

APROXIMAR E

SORRIR MOSTRANDO OS DENTES

SORRIR COM OS LÁBIOS JUNTOS

SOPRAR (ENCHENDO AS BOCHECHAS DE AR)

FAZER BEICINHO

TOCAR COM A LINGUA NO CÉU DA BOCA

LATERALIZAR A LINGUA PARA CADA LADO

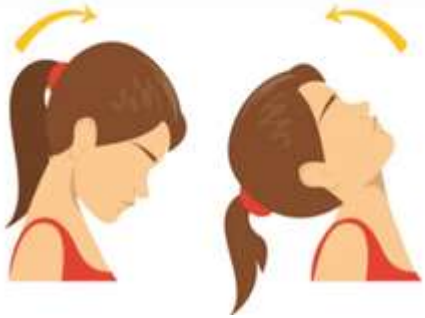
DOBRAR A LINGUA (DENTRO DA BOCA)

LINGUA PARA FORA E PARA DENTRO

INCLINE O PESCOÇO LATERALMENTE (mantenha 3 segundos e faça igual para o outro lado)

RODE O PESCOÇO LATERALMENTE (mantenha 3 segundos e troque de lado)

QUEIXO PARA CIMA (mantenha) **E PARA BAIXO**



LEVANTE OS OMBROS (mantenha 3 seg.)

APÊNDICE VIII – FOLHETO DE CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR NA TÉCNICA DE TRANSFERÊNCIA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

APÓS O LEVANTE

- Despistar sinais de mal-estar;
- Ver se o utente se encontra **confortável**, com o **corpo alinhado** e com a **região nadegueira e costas bem encostadas atrás na cadeira**;
- Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira;
- Em caso de alteração da força do tronco e/ou equilíbrio, colocar **superfície de trabalho para apoio dos braços ou cinta de proteção**;

LEVANTE COM TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA

O cuidador deve:

- Ter a **cadeira paralela** junto à cama, com **apoio de braços retirado**;
- **Inclinar** ou pedir ao utente para inclinar o **corpo para o lado oposto ao que se vai levantar**;
- Colocar uma **extremidade de tábua** por **baixo** da região **nadegueira** e apoiar **a outra extremidade** da tábua **no assento da cadeira**;
- **Deslizar** ou ajudar a deslizar o utente **sobre a tábua até ficar sentado na cadeira**. Remover tábua.

Capacitação do cuidador para técnica de transferência

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS [redacted]
ALUNA DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Mª INÊS HORTA COSTA - 103826

ANTES DE LEVANTAR

Preparar a cadeira de rodas / cadeirão:

- Paralelo à cama
- **Rodas travadas**, retirando ou elevando o braço de apoio mais próximo da cama, afastando os pedais;
- **Vestir calças ou calções** ao utente;
- Calçar **sapatos fechados** de preferência com sola anti-derrapante;
- **Retirar tapetes do chão**;
- Em caso de cama articulada, descer o plano da cama.

Caso o utente tenha falta de força de um dos lados do corpo, **levantar e deitar pelo lado são.**

DURANTE O LEVANTE

Com o utente na cama, o mesmo deve **dobrar ou ser ajudado a dobrar as pernas**;

Colocar uma **mão na zona das costas** do utente e **outra nos joelhos e rodar** a pessoa

Ajudar a levantar o tronco com uma mão e fazer pressão **nos membros inferiores na direção do chão**, ajudando-o a sentar-se com os pés bem assentes no chão

Esperar e verificar se o utente não apresenta mal-estar ou tontura

DURANTE O LEVANTE

Coloque-se de **frente para o utente**;

Trave com os seus joelhos os joelhos do utente e segure-o pelas calças;
Pedir à pessoa para **inclinar o tronco para a frente**;

Coloque as mãos nas costas, **segurando no elástico das calças** o peço, se possível, para o utente fazer força para ficar de pé;

Rode o utente sobre o pé são, caso tenha falta de força num dos lados do corpo, **sentando-o** na cadeira.

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

APÓS O LEVANTE

- Despistar sinais de mal-estar;
- Ver se o utente se encontra **confortável**, com o **corpo alinhado** e com a **região nadegueira e costas bem encostadas atrás na cadeira**;
- Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira;
- Em caso de alteração da força do tronco e/ou equilíbrio, colocar **superfície de trabalho para apoio dos braços ou cinta de proteção**;

LEVANTE COM TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA

O cuidador deve:

- Ter a **cadeira paralela** junto à cama, com **apoio de braços retirado**;
- **Inclinar** ou pedir ao utente para inclinar o **corpo para o lado oposto ao que se vai levantar**;
- Colocar uma **extremidade de tábua** por **baixo** da região **nadegueira** e apoiar **a outra extremidade** da tábua **no assento da cadeira**;
- **Deslizar** ou ajudar a deslizar o utente **sobre a tábua até ficar sentado na cadeira**. Remover tábua

Capacitação do cuidador para téonica de transferência

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS [redacted]
ALUNA DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Mª INÊS HORTA COSTA - 103826

ANTES DE LEVANTAR

Preparar a cadeira de rodas / cadeirão:

- Paralelo à cama.
- **Rodas travadas,** retirando ou elevando o braço de apoio mais próximo da cama, afastando os pedais;
- **Vestir calças ou calções** ao utente;
- Calçar **sapatos fechados** de preferência com sola anti-derrapante;
- **Retirar tapetes do chão**;
- Em caso de cama articulada, descer o plano da cama;

Caso o utente tenha falta de força de um dos lados do corpo, **levantar e deitar pelo lado são.**

DURANTE O LEVANTE

- Com o utente na cama, o mesmo deve **dobrar ou ser ajudado a dobrar as pernas** (foto 1);
- Colocar uma **mão na zona das costas** do utente e **outra nos joelhos e rodar** a pessoa (2);
- **Ajudar a levantar o tronco** com uma mão e fazer pressão nos **membros inferiores na direção do chão**, ajudando-a a sentar-se com os pés bem assentes no chão (3);
- **Esperar** e verificar se o utente não apresenta mal-estar ou tontura (4);

DURANTE O LEVANTE

- Coloque-se de **frente para o utente** (Foto 5);
- **Trave com os seus joelhos** os joelhos do doente e segure-o pelas calças (6);
- Pedir à pessoa para **inclinar o tronco para a frente** (6);
- Coloque as mãos nas costas, **segurando no elástico das calças** e peça, se possível, para o utente fazer força para ficar de pé;
- **Rode o utente sobre o pé são**, caso tenha falta de força num dos lados do corpo, **sentando-o** na cadeira (Foto 7).

APÊNDICE IX – FOLHETO DE EXERCÍCIOS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

2ª FASE (5-8 SEMANAS)
MOVIMENTOS PROIBIDOS
Ortostatismo
Exercícios pós colocação de Prótese Total ou Parcial da Anca
3ª FASE (9-12 SEMANAS)

1ª FASE (0-4 SEMANAS)
EXERCÍCIOS DEITADO
EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS
Quadricipedia
Glúteos
REPITA CADA MOVIMENTO 10 vezes. Caso seja muito difícil inicie com 5 repetições e aumente gradualmente. Realize os movimentos DEVAGAR e CONTROLADAMENTE.
EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS
Extensão / Flexão Tibiotársica
Flexão / Extensão do joelho
Abdução/ Adução coxofemoral
Abdução coxofemoral
EXERCÍCIOS SENTADO
Flexão do tornozelo e Flexão plantar
Extensão/ Flexão do joelho
EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO
Flexão do joelho
Mini agachamento
Flexão do tornozelo e Flexão plantar
Caminhada

APÊNDICE X – POSTER DE EXERCÍCIOS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

EXERCÍCIOS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

1ª FASE (0-4 SEMANAS)

EXERCÍCIOS DEITADO

EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS

Quadricipedes

Compressão dos glúteos

Manter/no) compressão durante 7 segundos

EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS

Flexão/ extensão tibiotársica

Abdução/ Adução coxofemoral (CF) (sem ultrapassar a linha média)

Flexão/ Extensão do joelho (deslizar calcanhar)

Abdução com banda elástica

EXERCÍCIOS SENTADO

Flexão do tornozelo e flexão plantar

Flexão/ Extensão do joelho

EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO

Flexão CF com flexão do joelho (inferior a 90º)

Mini agachamento

Flexão do tornozelo e flexão plantar

Caminhada com auxiliar de marcha

2ª FASE (5-8 SEMANAS)

EXERCÍCIOS DEITADO

Ponte

Flexão CF com extensão

EXERCÍCIOS SENTADO

Adução com Bola

Abdução com banda elástica/ toalha

EXERCÍCIOS EM ORTOSTATISMO

Flexão CF com flexão do joelho (não ultrapassar 90º)

Abdução/ adução CF (até linha média)

3ª FASE (9-12 SEMANAS)

Subir/ descer degraus

Lunges

Pedaleira/ Bicicleta estática (assento não muto baixo)

MOVIMENTOS PROIBIDOS

Rotação externa (Via Anterior)

Hiperextensão CF (Via Anterior)

Rotação interna (Via Posterior)

Cruzar pernas (Via Anterior/ Posterior)

Flexão superior a 90º (Anterior e Posterior)

EEER Maria Inês Costa e Soleride Marques

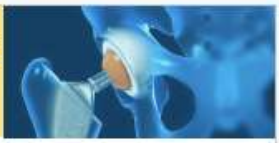
Professora Orientadora Noélia Ferreira e Dina Peças

APÊNDICE XI – FOLHETO DE TREINO DE MARCHA; SUBIR E DESCER ESCADAS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

APÊNDICE XII – POSTER DE TREINO DE MARCHA; SUBIR E DESCER ESCADAS PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA

RECOMENDAÇÕES PÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL DA ANCA



MARCHA PARA A FRENTE

1º Avance com o **ANDARILHO/ CANADIANAS**
2º Avance a perna **OPERADA**
3º Avance a perna **SÃ,** não ultrapassando a base do auxiliar de marcha

MARCHA PARA TRÁS

1º Avance a perna **SÃ**
2º Avance a perna **OPERADA**
3º Avance com o **ANDARILHO/ CANADIANAS**

SUBIR ESCADAS

1º Suba com a perna **SÃ**
2º Suba a perna **OPERADA**
3º Suba com as **CANADIANAS**

DESCER ESCADAS

1º Desça as **CANADIANAS**
2º Desça a perna **OPERADA**
3º Desça a perna **SÃ**

Para SENTAR, aproxime-se da cadeira, deve sentir as pernas a tocar no mesmo. Use as mãos e DESLIZE A PERNA OPERADA para a frente.

NÃO AFASTAR ou APROXIMAR demasiado o andarilho.

APÊNDICE XIII – PEDIDO DE PRORROGAÇÃO ENVIADO A EQUIPA COORDENADORA LOCAL DE PESSOA INTERNADA NA UNIDADE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

A Sra. M.C.L, pessoa de 84 anos admitida na UCCI _____, tipologia UMDR, proveniente do CHLO, local onde foi internada em Novembro de 2023, com o diagnóstico de Pneumonia a COVID-19 com sobreinfeção bacteriana, com necessidade de VNI por insuficiência respiratória.

Como antecedentes pessoais, a pessoa apresenta:

- ✓ ICC
- ✓ HTA
- ✓ Dislipidémia
- ✓ DM II por corticoterapia com necessidade de insulinoterapia
- ✓ EAM tipo II
- ✓ Patologia Osteoarticular
- ✓ Síndrome Vertigem periférica
- ✓ Espondilodiscite D7 a Serratia, com lesão medular completa, com paraparésia sequelar. Realizou laminectomia parcial de D6-8 e total de D7.

Pessoa, previamente autónoma, sendo que se encontrava a residir com a filha e marido, de quem era cuidadora, por condição de dependência.

Atualmente, apresenta um score neurológico de 15, porém, com períodos de lapsos de memória a curto prazo. Compromisso ao nível do risco de queda, segundo a escala de Morse.

A Sra. Mª _____, tem vindo a progredir favoravelmente relativamente à melhoria da funcionalidade global e na aquisição de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, inicialmente episódios de disestesias mais frequentes, atualmente mais controlados. Atualmente, a pessoa apresenta uma paraparésia de grau 2, segundo avaliação de força pela Escala MRC, com força mantida nos membros superiores.

Apresenta equilíbrio estático em sedestação comprometido, associado a síndrome vertiginoso. Pessoa foi capacitada para a consciencialização do controlo respiratório e postural, no leito, assim como, na aquisição de estratégias adaptativas na presença de desequilíbrio.

Realiza levante diário com recurso a tábua de transferência e auxílio de 1 pessoa, para cadeira-de-rodas.Foi definido em conferencia familiar que o projeto pós alta seria o regresso a casa com cuidador e apoio de SAD. Neste sentido, foram feitas diligencias para avaliação da situação pela equipa de apoio comunitário da SCML (pessoa reside em lisboa).

A filha encontra-se a reorganizar o domicílio para uma melhor adaptação à situação de dependência da pessoa. Solicitou, também, parecer do EEER relativamente à aquisição de produtos de apoio ao autocuidado, que foram disponibilizados.

Atendendo à situação clínica e social da pessoa, consideramos que a Sra. Mª Carmo Lamas, beneficiaria de prorrogação do internamento, para garantir a continuidade da capacitação para os autocuidados, nomeadamente, na técnica de transferência com apoio a tábua de transferência, de forma a aumentar a sua autonomia, assim como na

aquisição do equilíbrio estático e dinâmico, de forma a promover um regresso ao domicílio em segurança.

Importa igualmente reforçar que não estão reunidas as condições habitacionais e de apoio na comunidade – serviço de SAD e cuidadora para que se concretize a alta nas devidas condições.

APÊNDICE XIV – PEDIDO ENVIADO À SCM A SOLICITAR TALA DE URIAS

Boa Tarde Dra.,

Tal como solicitado envio a justificação relativa ao pedido de produto de apoio: Tala Margaret Johnson para a pessoa L.M.

A Dª L. M., de 55 anos, dependente nas AVD, a residir com o Filho – atualmente desempregado – tendo apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para a Higiene e apoio financeiro. Encontra-se integrada na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Rainha Dona Leonor, tipologia UMDR, desde o dia 18/5 após alta do Hospital dos Capuchos por Pielonefrite Aguda com isolamento de Klebsiella Pneumoniae e correção de Hiponatrémia, num contexto de síndrome de imobilidade.

Como Antecedentes Pessoais apresenta:

- AVC isquémica com transformação hemorragia da ACM direita em 2019 com necessidade de craniectomia descompressiva em janeiro/2019 com hemiparesia esquerda sequelar e, posterior, cranioplastia em novembro/2022;
- Miocardiopatia hipertrófica;
- FA sob anticoagulação
- Obesidade
- Bocio multonodular, não medicado;
- Síndrome depressivo;
- Menopausa em 2021 - hemorragia uterina importante com necessidade de 4U de CE - internamento na MAC

A pessoa apresenta score neurológico de 15 e hemiparesia esquerda de padrão espástico, com força de Grau 1 no MSE e força de Grau 2 no MIE. Força de Grau 5 no MSdireito e 4 do MIDireito – segundo avaliação de Escala de Força MRC. Relativamente à avaliação de espasticidade pela Escala de Aschwoth Modificada, a pessoa apresenta um grau 2 no MIEsquerdo e Hipertonia Moderada no Braço esquerdo e Hipertornia grave (grau 4) ao nível da mão esquerda.

Neste contexto, onde destacamos hipertonia grave ao nível da mão esquerda, com padrão álgico elevado, a equipa multidisciplinar da UCCI RDL considera que a pessoa beneficiaria da utilização de uma tala Margaret Johnson com intuito de inibir a espasticidade, bem como na otimização da dor que evidencia.

Gratos pela atenção dispensada.

APÊNDICE XV – GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (serviço de Ortotraumatologia)

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os registos de enfermagem fazem parte do processo de cuidados de enfermagem servindo desta forma, como justificativa e comprovação dos cuidados prestados aos pessoas.

Desta forma, segue este guia orientador com o intuito de uniformizar e agilizar os registos de enfermagem de reabilitação no serviço de ortotraumatologia.

As intervenções de enfermagem devem estar associadas e adequadas aos diagnósticos/focos, sendo que as intervenções disponíveis alteram de acordo com status do diagnóstico. O planeamento das atitudes terapêuticas deverá também ser adequado á situação da pessoa.

Existem intervenções que que se tornam generalistas no âmbito de enfermagem de reabilitação pelo que se torna fundamental o uso de especificações, para que desta forma se possa garantir uma individualidade e qualidade dos cuidados prestados.

DIAGNÓSTICOS/ FOCOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. *REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA*

1.1. Ventilação

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Comprometido
- ✓ Não comprometido

Intervenções
❖ Executar cinesiterapia respiratória *Especificações:* ○ Abertura costal global ○ Abertura costal seletiva à direita ○ Abertura costal seletiva à esquerda ○ Exercício de rotação da escapulo umeral ○ Expansibilidade torácica com bloqueio contra lateral com faixa ○ Técnica de drenagem postural clássica ○ Técnica de drenagem postural modificada ○ Técnica de percussão torácica ○ Técnica de vibração torácica ○ Técnica de compressão torácica ○ Técnica de vibrocompressão torácica ❖ Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios ❖ Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória *Especificações*: ○ Expansibilidade torácica com bloqueio contra lateral com faixa ○ Reeducação abdominodiafragmática posterior ○ Reeducação da hemicupula diafragmática direita ○ Reeducação da hemicupula diafragmática esquerda ○ Reeducação abdominodiafragmática anterior ○ Reeducação costal inferior direita ○ Reeducação costal inferior esquerda ❖ Executar técnica costal inferior bilateral ❖ Executar técnica costal inferior unilateral ❖ Executar técnica de reeducação diafragmática ❖ Incentivar a executar técnica respiratória *Especificações*: ○ Posicionar

- Posição de relaxamento e de descanso
- Correção Postural

- ❖ Avaliar Ventilação
- ❖ Elevar a cabeceira da cama
- ❖ Executar inaloterapia
- ❖ Gerir inaloterapia
- ❖ Incentivar o repouso
- ❖ Vigiar respiração
- ❖ Otimizar inaloterapia
- ❖ Posicionar

1.2. Limpeza das vias aéreas

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Sem limpeza das Vias Aéreas
- ✓ Limpeza das Vias Aéreas Comprometida em grau reduzido
- ✓ Limpeza das Vias Aéreas Comprometida em moderado
- ✓ Limpeza das Vias Aéreas Comprometida em grau elevado

Intervenções

- ❖ Avaliar limpeza das vias aéreas
- ❖ Auscultar o tórax
- ❖ Estimular a tossir
- ❖ Estimular o reflexo de tosse
- ❖ Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios
- ❖ Providenciar dispositivos
- ❖ Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória
- ❖ Executar cinesiterapia respiratória

Especificações:

- Abertura costal global
- Abertura costal seletiva à direita
- Abertura costal seletiva à esquerda
- Exercício de rotação escapulo umeral
- Expansibilidade torácica com bloqueio contra lateral com faixa
- Técnica de drenagem postural clássica
- Técnica de drenagem postural modificada

○ Técnica de percussão torácica ○ Técnica de vibração torácica ○ Técnica de compressão torácica ○ Técnica de vibrocompressão ❖ Executar técnica de drenagem postural

1.3. Expetorar

Foco de atenção /diagnostico

- ✓ Sem expetorar comprometido
- ✓ Expetorar comprometido

Intervenções
❖ Estimular o reflexo de tosse ❖ Executar cinesiterapia respiratória *Especificações*: ○ Abertura costal global ○ Abertura costal seletiva à direita ○ Abertura costal seletiva à esquerda ○ Exercício de rotação da escapulo umeral ○ Expansibilidade torácica com bloqueio contra lateral com faixa ○ Técnica de drenagem postural clássica ○ Técnica de drenagem postural modificada ○ Técnica de percussão torácica ○ Técnica de vibração torácica ○ Técnica de compressão torácica ○ Técnica de vibrocompressão torácica

2. *REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA*

2.1. Movimento muscular

Foco de atenção /diagnostico

- ✓ Sem movimento muscular comprometido
- ✓ Movimento muscular comprometido em grau reduzido
- ✓ Movimento muscular comprometido em moderado
- ✓ Movimento muscular comprometido em grau elevado

Especificações: Local do corpo/ topologia

Intervenções
❖ Executar exercícios musculares ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular através de dispositivos ❖ Executar técnica de exercitação musculoarticular ativa-assistida *Especificações*: o Ativo-resistido, passivo ou passivo com dispositivo auxiliar ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular com alongamento ❖ Executar técnica de massagem ❖ Incentivar exercícios musculares *Especificações*: o Automobilizações

2.2. Anquilose

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Risco de Anquilose
- ✓ Rigidez Articular

Intervenções
❖ Avaliar espasticidade
❖ Avaliar movimento muscular
❖ Avaliar risco de rigidez articular
❖ Executar técnica de exercitação musculo articular através de dispositivos
❖ Executar técnica de exercitação musculoarticular
❖ Incentivar a executar exercícios musculoarticulares
❖ Avaliar espasticidade
❖ Avaliar movimento muscular
❖ Executar técnica de exercitação musculoarticular
❖ Monitorizar amplitude articular

2.3. Equilibro

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Sem equilíbrio corporal comprometido
- ✓ Equilíbrio corporal comprometido em grau reduzido
- ✓ Equilíbrio corporal comprometido em grau moderado
- ✓ Equilíbrio corporal comprometido em grau elevado

Intervenções
❖ Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnica de posicionamento
❖ Avaliar equilíbrio corporal
❖ Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal
❖ Incentivar a treinar o equilíbrio corporal
❖ Planear treino do equilíbrio corporal
Especificações:

○ Alternância de carga nos membros superiores ○ Alternância de carga nos membros inferiores ○ Apoio Unipodal ○ Contorno de obstáculos ○ Exercícios de coordenação de movimentos ○ Facilitação cruzada

2.4. Levantar-se

Foco de atenção /diagnostico

- ✓ Sem levantar-se comprometido
- ✓ Levantar-se comprometido
- ✓ Levantar-se dependente em grau reduzido
- ✓ Levantar-se dependente em grau moderado
- ✓ Levantar-se dependente em grau elevado

Intervenções
❖ Avaliar o levantar-se ❖ Assistir no levantar-se ❖ Ensinar sobre dispositivos para levantar-se ❖ Incentivar o levantar-se ❖ Instruir o levantar-se com dispositivo ❖ Levantar a pessoa ❖ Providenciar dispositivos para levantar-se ❖ Treinar o levantar-se

2.5. Andar

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Independente no andar
- ✓ Andar dependente, em grau reduzido
- ✓ Andar dependente, em grau moderado
- ✓ Andar dependente, em grau elevado

Intervenções
❖ Avaliar o andar ❖ Assistir no andar ❖ Incentivar a andar ❖ Instruir a andar

2.6. Andar com auxiliar de marcha

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Sem andar com auxiliar de marcha comprometido
- ✓ Andar com auxiliar de marcha comprometido
- ✓ Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha
- ✓ Sem potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha

Especificações: Canadianas; andarilho; tripé; bengala

Intervenções
❖ Instruir a andar com auxiliar de marcha ❖ Avaliar o andar com auxiliar de marcha ❖ Assistir no andar com auxiliar de marcha ❖ Incentivar o andar com auxiliar de marcha

2.7. Transferir-se

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Independente no transferir-se
- ✓ Sem transferir comprometido
- ✓ Transferir-se dependente em grau reduzido
- ✓ Transferir-se dependente em grau moderado
- ✓ Transferir-se dependente em grau elevado

Intervenções
❖ Assistir no transferir-se ❖ Avaliar o transferir-se ❖ Incentivar o transferir-se ❖ Instruir a transferir-se ❖ Instruir a transferir-se com dispositivo ❖ Transferir ❖ Transferir para a cadeira ❖ Transferir para a cama

2.8. Posicionar

Foco de atenção /diagnóstico

- ✓ Sem posicionar-se comprometido
- ✓ Posicionar-se comprometido em grau reduzido
- ✓ Posicionar-se comprometido em grau moderado
- ✓ Posicionar-se comprometido em grau elevado

Intervenções
❖ Avaliar o posicionar-se ❖ Assistir no posicionar-se ❖ Incentivar a posicionar-se ❖ Instruir a posicionar-se com dispositivo ❖ Posicionar ❖ Posicionar para a refeição ❖ Providenciar dispositivos para posicionar-se ❖ Treinar a posicionar-se

AITUDES TERAPÈUTICAS

1. *Reabilitação respiratória*

Intervenções
❖ Executar cinesiterapia respiratória

2. *Reabilitação funcional*

Intervenções
❖ Executar exercícios ❖ Executar exercícios de buerger allen ❖ Executar exercícios musculares ❖ Executar movimento articular passivo ❖ Executar técnica costal inferior bilateral ❖ Executar técnica costal inferior unilateral ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular através de dispositivos ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular ativa-assistida ❖ Executar técnica de exercitação musculo-articular ativa-resistida ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular com alongamento ❖ Executar técnica de exercitação musculo articular passiva ❖ Executar técnica de posicionamento de controlo da espasticidade ❖ Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal ❖ Executar técnica de relaxamento ❖ Executar técnica de rolamento

3. *Treino de marcha*

Intervenções
❖ Executar técnica de marcha

APÊNDICE XVI – PLANIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 1

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMGEM DE REABILITAÇÃO

Maria Inês Horta Costa

103826

Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

1. Dados Pessoais

Nome: J.

Género: Feminino

Data de Nascimento: 06/11/1935

Idade: 87 anos

Etnia: Caucasiana

Profissão: Reformada, ex-empregada doméstica.

Agregado familiar: Viúva com 3 filhas

Residência: Reside sozinha no Feijó, num apartamento no R/C com WC com poliban. Refere que previamente era autónoma nas atividades de vida diárias, apesar de ficar mais em casa e ter apoio para as refeições.

Centro de Saúde: Via Verde de Almada

Médico de Família: Sem médico de família

Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial e diabetes melitus tipo II

Medicação de Ambulatório: glicazida 30mg 1 cp ao pequeno almoço; lisinopril + hidroclorotiazida 20mg+12.5ng 1 comprimido ao pequeno-almoço; escitalopram 10mg ao pequeno-almoço.

Alergias: Desconhecem

2. Diagnóstico

Fratura intertrocantérica desalinhada do fémur esquerdo.

3. História de doença atual

Pessoa trazida ao serviço de urgência geral, no dia 08.09.2023, por traumatismo cranioencefálico sem perda de conhecimento na sequência de uma queda da própria altura, da qual resultou Fratura Intertrocantérica desalinhada do fémur esquerdo, pelo

que foi colocada tração cutânea de 3kg para controlo sintomático, ficando a aguardar cirurgia.

4. Tratamento cirúrgico

Pessoa submetida, no dia 16/09/2023, sob raquianestesia, a redução incruenta e encavilhamento cefalomedular do fémur com cavilha.

5. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

- ***Radiografia Pré-operatória – 8/09/2023***

- ***Radiografia pós-operatória – 16/09/2023***

6. Observação pela Fisiatria

18/09/2023 – Rx de controlo bem. Inicia reeducação funcional + treino de equilíbrio e marcha com andarilho COM carga no membro operado.

7. Programa de Enfermagem de Reabilitação

- Reeducação funcional respiratória
  - Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;
  - Respiração abdominodiafragmática;
  - Exercícios de reeducação costal seletiva e global com recurso a bastão (canadiana) e controlo da respiração no esforço;

- ❖ Capacitação da pessoa para a realização do Autocuidado e para a realização de auto-mobilizações, através de ensino, instrução e treino;
- ❖ Fortalecimento muscular ao nível dos membros superiores e inferiores, com recurso a exercícios isométricos e isotónicos, podendo recorrer à utilização de bandas elásticas (banda cor verde – *light*, progredindo para a cor azul - *medium*) - e utilização de bola.
    - Exercícios Isométricos
        - Contrações isométricas dos glúteos
        - Contrações isométricas do quadricípite
    - Exercícios Isotónicos
        - Realização de movimento de elevação da bacia – exercendo maior pressão no membro inferior não intervencionado (lado direito).
        - Flexão/Extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/ flexão do joelho;
        - Mobilizações ativo assistidas de Abdução da articulação Coxofemoral;
        - Extensão/ flexão do joelho;
        - Dorsiflexão / flexão plantar da tibiotársica;
- ❖ Capacitação da pessoa relativamente à técnica de transferência e deambulação com recurso a auxiliar de marcha – andarilho, através de ensino, instrução e treino.
- ❖ Capacitação da pessoa para técnica de sentar em segurança, colocando o membro operado esticado para a frente, através de ensino, instrução e treino;
- ❖ Treino de equilíbrio dinâmico em sedestação, podendo recorrer à utilização de bola;
- ❖ Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, podendo recorrer ao parapeito da janela ou beira da cama;
    - Alternância de carga nos membros superiores;
    - Apoio unipodal (perna não operada);

- Facilitação cruzada;
- Exercícios de coordenação de movimentos;
- Elevação dos membros superiores em frente, na diagonal para a direita e na diagonal para a esquerda, segurando na bola, mantendo o alinhamento corporal;

❖ Treino de levante do leito, com pés bem assentes no chão e membro superiores assentes no andarilho. Objetivo – que a força que a pessoa exerça para levantar seja cada vez menor, ao nível dos membros superiores e maior ao nível dos membros inferiores e glúteos;

❖ Exercícios de elevação de um dos membros inferiores alternadamente, com apoio dos braços no andarilho/ pés da cama/ cadeira;

❖ Melhoria da amplitude articular, através de mobilizações ativas livres e assistidas;

❖ Realizar treino de marcha, com recurso a andarilho, com treino para a frente, trás e mudança de direção em segurança, aumentando gradualmente a distância percorrida.

- No primeiro dia a pessoa fez transferência com recurso a tábua de transferência;
- Segundo dia, foi assistida na técnica de levante e treino de marcha, tendo percorrido um total de 2.5metros (ida e volta);
- Terceiro dia, a pessoa realizadou treino de marcha com andarilho tendo percorrido uma distância de 5 metros (ida e volta).

❖ Desalgaliação e treino de uso de sanitário.

❖ Capacitação do cuidador e preparação para um regresso a casa em segurança, consciencializando para a manutenção de um ambiente seguro de forma a diminuir o risco de queda, nomeadamente, da consciencialização para remoção de tapetes;

❖ Treino com ciclo ergómetro (ex.pedaleira) iniciando com um período de 5 minutos, aumentando gradualmente o tempo ao longo dos dias e a carga aplicada;

❖ Treino de Subir e descer escadas, com utilização de canadiana.

8. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

8.1. Escala de Força segundo Escala Medical Research Council (MRC)

	20/09/23		22/09/2023		26/09/2023		2/10/2023	
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Articulação escapulo-umeral	5	5	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	5	5	5	5	5	5	5	5
Punho	5	5	5	5	5	5	5	5
Dedos	5	5	5	5	5	5	5	5
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Articulação Coxo-femoral	5	3	5	3+	5	4	5	4+
Joelho	5	4	5	4	5	4	5	4+
Articulação Tibio-társico	5	3	5	4	5	5	5	5
Dedos	5	5	5	5	5	5	5	5

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	Força normal

8.2. Escala de Barthel

	20/09	22/09	25/09	26/09
ALIMENTAÇÃO 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (p.e. cortar os alimentos) 0 – Dependente	**10**	**10**	**10**	**10**
TRANSFERÊNCIA 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	**10**	**10**	**10**	**10**
TOALETE 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 – Dependente, precisa de alguma ajuda	**5**	**5**	**5**	**5**
UTILIZAÇÃO DO WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	**0**	**5**	**5**	**5**
BANHO 5 – Toma banho só (entra e saí do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	**0**	**0**	**0**	**0**
MOBILIDADE 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com alguma ajuda 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel	**0**	**0**	**10**	**10**
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	**0**	**0**	**5**	**5**

5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente				
VESTIR 10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	**5**	**5**	**5**	**5**
CONTROLO URINÁRIO 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho 5 – Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	**0**	**0**	**10**	**10**
CONTROLO INTESTINAL 10 – Controla perfeitamente mesmo sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	**10**	**10**	**10**	**10**
TOTAL	**40**	**45**	**70**	**70**

Score	Graus de Dependências
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> ou = 60	Leve
100	Independente

8.3. Escala de Berg

	Pontuação (0-4)			
	20/09	**22/09**	**26/09**	**02/09**
❖ Sentado para em pé **0 -** Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se. **1 -** Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se **2 -** Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas. **3 -** Capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente **4 -** Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	0	0	1	2
❖ Em pé sem apoio (ficar em pé por 2 minutos sem se apoiar) **0 -** Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **1 -** Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **2 -** Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **3 –** Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão. **4 -** Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	0	0	0	2
❖ Sentado sem apoio com os pés apoiados no chão (ficar sentada sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos). **0 -** Incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos. **1 -** Capaz de permanecer sentado por 10 segundos. **2 -** Capaz de permanecer sentado por 30 segundos. **3 –** Capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão. **4-** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	3	4	4	4
❖ Em pé para sentado	0	0	1	2

0 - Necessita de ajuda para sentar-se. **1 -** Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle. **2 -** Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida. **3 –** Controla a descida utilizando as mãos. **4-** Senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.				
❖ <u>Transferências</u> **0 -** Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança. **1 -** Necessita de uma pessoa para ajudar. **2 -** Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão. **3 –** Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos. **4-** Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	1	1	1
❖ <u>Em pé com os olhos fechados</u> (10 seundos) **0 -** Necessita de ajuda para não cair. **1 -** Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé. **2 -** Capaz de permanecer em pé por 3 segundos. **3 –** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão. **4-** **C**apaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	0	1	2	2
❖ <u>Em pé com os pés juntos</u> (sem se apoiar) **0 -** Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos. **1 -** Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos. **2 -** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **3 –** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão. **4-** **C**apaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	1	1	1

❖ <u>Reclinar à frente com os braços estendidos</u> (permanecendo em pé) **0 -** Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo. **1 -** Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão. **2 -** Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança. **3 –** Pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança. **4-** Pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.	0	0	2	2
❖ <u>Apanhar objetos do chão</u> (a partir da posição de pé) **0 -** Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair. **1 -** Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando. **2 -** Incapaz de pegá-lo, mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente. **3 –** Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão. **4-** Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.	0	0	1	2
❖ <u>Virando-se para olhar para trás</u> **0 -** Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair. **1 -** Necessita de supervisão para virar. **2 -** Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio. **3 –** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso. **4-** Olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.	0	1	2	2
❖ <u>Girando 360 graus</u> **0 -** Necessita de ajuda enquanto gira. **1 -** Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais **2 -** Capaz de girar 360º com segurança, mas lentamente. **3 –** Capaz de girar 360º com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos. **4-** Capaz de girar 360º com segurança em 4 segundos ou menos.	0	0	0	1

❖ <u>Colocar os pés alternadamente sobre um banco</u> **0 -** Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair. **1 -** Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda. **2 -** Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda. **3 –** Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos. **4-** Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	0	0	1	1
❖ <u>Em pé com um pé em frente ao outro</u> **0 -** Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé. **1 -** Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos. **2 -** Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **3 –** Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **4-** Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos	0	0	0	1
❖ <u>Em pé apoiado em um dos pés</u> **0 -** Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair. **1 -** Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente. **2 -** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou4 segundos. **3 –** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos. **4-** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.	0	1	1	2
TOTAL	3	9	17	25

9. Registos de Enfermagem de Reabilitação

22.09.2023 - EEER (aluna de reabilitação Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados. Eupneica em ar ambiente com respiração mista com saturações 97%.

~~Pessoa~~ capacitada para higienizar e secar face e metade superior do corpo, sendo auxiliada na metade inferior do corpo.

Realizado ensino relativamente à consciencialização e dissociação dos tempos respiratória. Realizado treino de respiração abdominodiafragmática.

Apresenta força de grau 4 no MIE e força mantida no MIDireito, segundo escalas de força MRC.

Capacitada para técnica de transferência com recurso a andarilho. Realizou treino de marcha com andarilho para o cadeirão, tendo percorrido cerca de 10 passos.

Assistida na técnica de transferência para o leito, no final do turno.

26.09.2023 - EEER (aluna de Enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados.

Realizada RFR com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e reeducação adbominodiafragmática e reeducação respiratória global com recurso a canadiana.

FM de grau 5 MID e 4 MIE.

No leito, foi realizada reeducação funcional motora, com cerca de 10 ciclos de exercicios isométricos dos glúteos, quadricipedes, isquiotibiais, gémeos.Realizou exercícios isotónicos dos membros inferiores, através de mobilização ativoresistidas no membro inferior direito e ativo-assistidas no membro inferior esquerdo, com exercícios de flexão e extensão coxofemoral, dos joelhos e tibiotársica. 10ciclos de exercícios de abdução com recurso a banda elástica e adutores com recurso a almofada. Realizou 5 ciclos de exercícios de ponte.

Assistida na técnica de transferência e treino de marcha com recurso a andarilho, percorrendo cerca de 5metros com tolerância. Foi ao wc, urinar e evacuar em cadeira sanitária.

02.10.2023EER – EEER (aluna de Enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados.

Realizada reeducação respiratória, com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e reeducação costal global com recurso a canadiana.

Apresenta força de grau 5 no MID e Força 4+ no MIEsquerdo, segundo a escala de forças MRC.

Realizou 7 repetições de mobilizações ativo livres/ resistidas com o membro inferior direito e mobilizações assistidas com o membro intervencionado - flexão/ extensão TT; flexão/extensão do joelho/ Flexão/ extensão CF; abdução CF. 5 repetições do exercício da ponte. Assistida na técnica de transferência para cadeira sanitária onde foi ao wc evacuar.

Posteriormente, assistida no deambular com andarilho até ao cadeirão, percorrendo cerca de 5 metros.

10. Conclusões

O presente trabalho contribuiu para a realização de um plano personalizado de cuidados de reabilitação, ajustado às necessidades da pessoa e às limitações inerentes à intervenção cirúrgica a que foi submetida. Através do mesmo, realizei primeiramente uma avaliação das necessidades da pessoa sendo, posteriormente, traçado um plano de reabilitação e reavaliadas as intervenções aplicadas, de forma a permitir uma melhor perceção dos ganhos da pessoa e o benefício que as mesmas intervenções tiveram.

Considero, que as intervenções aplicadas tiveram um impacto favorável para a pessoa, notando-se uma evolução gradual das suas capacidades, nomeadamente ao nível do autocuidado, do fortalecimento muscular, amplitude articular e no controlo do equilíbrio estático e dinâmico em sedestação e em ortostatismo.

Relativamente ao autocuidado, a pessoa foi capacitada para higienizar a metade superior do corpo e assistida na higienização da metade inferior. Foi também capacitada para a técnica de rolar na cama e a realizar a ponte, de forma a auxiliar os cuidados e a auto posicionar-se.

Antes da reabilitação funcional motora, era realizado ensino de consciencializada para a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática e reeducação costal global com recurso a canadianas. Verificou-se melhoria ao nível da dissociação dos tempos respiratórios e do controlo dos mesmos, assim como, na respiração abdominodiafragmática e costal global, onde inicialmente foi realizada sem canadiana e, posteriormente, conseguiu-se incrementar o exercício através da utilização da mesma e aumentando o número de repetições para 10.

Quando realizado o primeiro levante, verificou-se que a pessoa apresentou maior necessidade de controlo para adquirir equilíbrio estático na posição sentada, não possuindo, obviamente, equilíbrio dinâmico. Através de técnicas de controlo postural, controlo respiratório, alinhamento corporal, foi ganhando controlo sob o mesmo. Nesta fase, a força que apresentava ao nível do membro operado era de grau 3+, nomeadamente ao nível da articulação coxofemoral e do joelho e a amplitude articular apresentada nestas articulações era menor. Nesta fase, foram apenas realizadas cerca de 5 repetições de cada mobilização ativo-assistida, também pela dor apresentada à realização dos mesmos. A~~a~~ pessoa foi assistida na realização de técnica de transferência

com recurso a tábua, de forma a capacitá-la para a utilização da mesma. Neste dia, quando foi assistida na técnica de transferência para o leito, foi com recurso a andarilho, tendo apenas dado cerca de 5 passos (primeiro dia).

Ao nível do equilíbrio dinâmico, foi notada uma elevada melhoria, quer na posição de sentada, tendo sido realizados exercícios de controlo de movimentos, implicada força de desequilíbrio de forma a manter o mesmo. Também foi verificada uma melhoria ao nível do controlo e alinhamento postural, na posição de sentada e em ortostatismo sendo que, inicialmente, a pessoa tinha de ser corrigida frequentemente e, nos últimos dias, essa correção era dada com menor frequência notando-se que a mesma, muitas vezes, fazia a sua correção e alinhamento corporal de forma autónoma.

Relativamente à força muscular, verificou-se, conforme é demonstrado na avaliação das escalas, uma melhoria da mesma. O treino estabelecido, foi incrementado ao longo dos dias e ajustado à tolerância da pessoa, sendo possível aumentar o número de repetições até 10 e o tipo de exercícios aplicados, tais como: flexão/extensão tibiotársica; flexão/ extensão do joelho; flexão/ extensão coxofemoral; abdução/ adução coxofemoral, sendo utilizada banda elástica, inicialmente verde e, posteriormente, azul (nível 2). Adução foi realizada com recurso a almofada. Notou-se maior controlo na realização do exercício de ponte, conseguindo uma maior elevação da bacia/ glúteos e conseguindo fazer 5 repetições, sendo que inicialmente, apenas conseguia fazer 2-3.

Quanto ao autocuidado, a pessoa foi capacitada na utilização de cadeira sanitária para a eliminação. A mesma, encontrava-se obstipada, porém, apenas com o plano de exercícios musculares aplicado, conseguiu evacuar nos dois dias seguintes à realização do treino.

Foi evidente uma melhoria ao nível do treino de marcha sendo que, inicialmente, a pessoa apenas conseguia dar pequenos passos, para se sentar no cadeirão e, ao longo dos dias, a mesma conseguiu percorrer uma maior distância, 5 metros.

Não foi possível durante o estágio, realizar o treino de subir/ descer escadas e a utilizar cicloergómetro, conforme planeado tendo em conta que, inicialmente, a pessoa ficava visivelmente cansada após o treino e, no período da tarde, quando a tentava abordar nesse sentido, ou se encontrava a comer ou a descansar.

No geral, considero que os cuidados especializados de reabilitação aplicados trouxeram benefícios para a pessoa e contribuíram para a sua recuperação funcional de forma a,

gradualmente, ir readquirindo a autonomia prévia à intervenção cirúrgica. A pessoa encontrava-se a aguardar admissão numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, tendo em conta que, previamente à cirurgia, se encontrava a residir sozinha.

APÊNDICE XVII – PLANIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Maria Inês Horta Costa

103826

Professora Orientadora

Noélia Ferreira

Almada

2023

1. Dados Pessoais

Nome: M. A.

Género: Feminino

Data de Nascimento: 26/06/1933

Idade: 90 anos

Etnia: Caucasiana

Residência: Charneca de Caparica. Reside com o filho.

Centro de Saúde: USF Charneca do Sol

Médico de Família: Sem médico de família

Antecedentes Pessoais: Pacemaker, doença do esófago

Medicação de Ambulatório: Pantoprazol 1 comprimido em jejum, sertralina 1 comprimdo ao pequeno-almoço, sucralfato antes das refeições

Alergias: Desconhecem

2. Diagnóstico

Fratura da Diáfise femoral peri-protésica à esquerda

3. História de doença atual

Pessoa recorreu ao serviço de urgência geral do hospital X a 05/09/2023 por queda da própria altura com traumatismo da anca esquerda. Clínica e radiograficamente diagnóstico compatível com fratura periprotésica da anca à esquerda, sem compromisso neuro circulatório. Foi realizada tração cutânea para controlo álgico e assinado consentimento ~~assinado~~ para cirurgia, pela família.

4. Tratamento cirúrgico

Pessoa submetida, no dia 16 de setembro de 2023, a redução aberta e osteossíntese com placa e aplicação de 3 cabos proximais, sob raquianestesia, por via coxofemoral lateral.

5. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

- ***Radiografia Pré-operatória – 05/09/2023***

- ***Radiografia pós-operatória -16/09/2023***

6. Observação pela Fisiatria

18/09/2023 – Rx de controlo bem. Indicação para iniciar reeducação funcional e Treino de equilíbrio/ marcha com andarilho SEM carga no membro operado.

7. Programa de Enfermagem de Reabilitação

- Reeducação funcional respiratória
  - Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;
  - Respiração abdominodiafragmática;
  - Exercícios de reeducação costal seletiva e global com recurso a bastão e controlo respiratório, por consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios durante o esforço, com sincronização do tempo expiratório durante o momento de realização de força, de forma a promover a conservação de energia;

- Capacitação do pessoa para a realização do Autocuidado e para a realização de auto-mobilizações, através de ensino, instrução e treino;
- Fortalecimento muscular ao nível dos membros superiores e inferiores, com recurso a exercícios isométricos e isotónicos, podendo recorrer à utilização de bandas elásticas (banda cor verde – *light*) - e utilização de bola.
    - Exercícios Isométricos
        - Contrações isométricas dos glúteos
        - Contrações isométricas do quadricípite
    - Exercícios Isotónicos
        - Realização de movimento de elevação da bacia – exercendo maior pressão no membro inferior não intervencionado (lado direito).
        - Flexão/Extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/ flexão do joelho;
        - Mobilizações ativo assistidas de Abdução da articulação Coxofemoral;
        - Extensão/ flexão do joelho;
        - Dorsiflexão / flexão plantar da tibiotársica;

Nota: Evitar movimentos de rotação interna; Flexão coxofemoral acima de 90º, adução da coxofemoral para além da linha média do corpo.

- Capacitação da pessoa relativamente à técnica de transferência e deambulação com recurso a auxiliar de marcha - andarilho – com descarga no membro operado, através de ensino, instrução, treino.
- Capacitação da pessoa para técnica de sentar, colocando o membro operado esticado para a frente, através de ensino, instrução e treino;
- Treino de equilíbrio estático e dinâmico em sedestação e na posição ortostática
    - Movimentos de coordenação de movimentos;
    - Facilitação cruzada.

- ❖ Capacitação do pessoa para realização de Auto-mobilizações, através de ensinar, instruir e treinar;
- ❖ Melhoria da amplitude articular, através de mobilizações ativas livres e assistidas;
- ❖ Capacitação do cuidador e preparação para um regresso a casa em segurança, consciencializando para a manutenção de um ambiente seguro de forma a diminuir o risco de queda, através de ensino, instrução e treino.

8. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

8.1. Escala de Força segundo Escala Medical Research Council (MRC)

MEMBROS SUPERIORES								
	20/09/23		**22/09/2023**		**25/09/2023**		**26/09/2023**	
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Articulação escapulo-umeral	5	5	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	5	5	5	5	5	5	5	5
Punho	5	5	5	5	5	5	5	5
Dedos	5	5	5	5	5	5	5	5
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
Articulação Coxo-femoral	5	3	5	3	5	3	5	3+
Joelho	5	4	5	4	5	4	5	4
Articulação Tibio-társico	5	3	5	4	5	4	5	4
Dedos	5	5	5	5	5	5	5	5

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	Força normal

8.2. Escala de Barthel

	20/09	22/09	25/09	26/09
ALIMENTAÇÃO 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda (p.e. cortar os alimentos) 0 – Dependente	**5**	**5**	**10**	**10**
TRANSFERÊNCIA 15 – Independente 10 – Precisa de alguma ajuda 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	**0**	**5**	**10**	**10**
TOALETE 5 – Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 – Dependente, precisa de alguma ajuda	**0**	**0**	**0**	**5**
UTILIZAÇÃO DO WC 10 – Independente 5 – Precisa de alguma ajuda 0 – Dependente	**0**	**0**	**0**	**5**
BANHO 5 – Toma banho só (entra e saí do duche ou banheira sem ajuda) 0 – Dependente, necessita de alguma ajuda	**0**	**0**	**0**	**0**
MOBILIDADE 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 – Caminha menos de 50 metros, com alguma ajuda	**0**	**0**	**5**	**0**

5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 – Imóvel				
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 – Precisa de ajuda 0 – Dependente	**0**	**0**	**0**	**0**
VESTIR 10 – Independente 5 – Com ajuda 0 – Impossível	**5**	**5**	**5**	**5**
CONTROLO URINÁRIO 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho 5 – Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) 0 – Incontinente ou algaliado, sendo incapaz de manusear a algália sozinho	**0**	**0**	**0**	**0**
CONTROLO INTESTINAL 10 – Controla perfeitamente mesmo sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 – Acidente Ocasional 0 – Incontinente ou precisa de uso de clisteres	**5**	**5**	**5**	**10**
TOTAL	**15**	**20**	**30**	**45**

Score	Graus de Dependências
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> ou = 60	Leve
100	Independente

8.3. Escala de Berg

	PONTUAÇÃO (0-4)			
	20/09	**22/09**	**25/09**	**26/09**
❖ Sentado para em pé **0** - Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se. **1 -** Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se **2 -** Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas. **3 -** Capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente **4 -** Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	0	0	0	1
❖ Em pé sem apoio (ficar em pé por 2 minutos sem se apoiar) **0 -** Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **1 -** Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **2 -** Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio. **3 –** Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão. **4 -** Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	0	0	0	0
❖ Sentado sem apoio com os pés apoiados no chão (ficar sentada sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos). **0 -** Incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos. **1 -** Capaz de permanecer sentado por 10 segundos. **2 -** Capaz de permanecer sentado por 30 segundos. **3 –** Capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão. **4-** Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	1	2	3	4
❖ Em pé para sentado **0 -** Necessita de ajuda para sentar-se.	0	0	0	0

1 - Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle. **2 -** Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida. **3 –** Controla a descida utilizando as mãos. **4-** Senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.				
❖ <u>Transferências</u> **0 -** Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança. **1 -** Necessita de uma pessoa para ajudar. **2 -** Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão. **3 –** Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos. **4-** Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	0	0	1
❖ <u>Em pé com os olhos fechados</u> (10 seundos) **0 -** Necessita de ajuda para não cair. **1 -** Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé. **2 -** Capaz de permanecer em pé por 3 segundos. **3 –** Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão. **4-** **C**apaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	0	1	1	2
❖ <u>Em pé com os pés juntos</u> (sem se apoiar) **0 -** Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos. **1 -** Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos. **2 -** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **3 –** Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão. **4-** **C**apaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	0	0	1
❖ <u>Reclinar à frente com os braços estendidos</u>	0	0	0	1

(permanecendo em pé) **0 -** Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo. **1 -** Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão. **2 -** Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança. **3 –** Pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança. **4-** Pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.				
❖ <u>Apanhar objetos do chão</u> (a partir da posição de pé) **0 -** Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair. **1 -** Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando. **2 -** Incapaz de pegá-lo, mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente. **3 –** Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão. **4-** Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.	0	0	1	1
❖ <u>Virando-se para olhar para trás</u> **0 -** Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair. **1 -** Necessita de supervisão para virar. **2 -** Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio. **3 –** Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso. **4-** Olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.	0	0	1	1
❖ <u>Girando 360 graus</u> **0 -** Necessita de ajuda enquanto gira. **1 -** Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais **2 -** Capaz de girar 360º com segurança, mas lentamente. **3 –** Capaz de girar 360º com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos. **4-** Capaz de girar 360º com segurança em 4 segundos ou menos.	0	0	0	0
❖ <u>Colocar os pés alternadamente sobre um banco</u>	0	0	1	1

0 - Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair. **1 -** Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda. **2 -** Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda. **3 –** Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos. **4-** Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.				
❖ <u>Em pé com um pé em frente ao outro</u> **0 -** Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé. **1 -** Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos. **2 -** Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **3 –** Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos. **4-** Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos	0	0	1	1
❖ <u>Em pé apoiado em um dos pés</u> **0 -** Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair. **1 -** Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente. **2 -** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou4 segundos. **3 –** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos. **4-** Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.	0	0	2	2
TOTAL	1	3	10	16

9. Registos de enfermagem de reabilitação

20.09.2023 - EEER (aluna de enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados. Membro inferior esquerdo sem sinais de compromisso neurocirculatório. Hemodinamicamente estável (136/64mmHg; Fc 87bpmin; Sat. 96%).

Pessoa apresenta força de grau 5 no membro inferior direito e força de grau 4 proximal e 3 distal no membro inferior esquerdo segundo Escala de Forças MRC.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico em sedestação. Foi capacitada para realização de técnica de transferência para o cadeirão com recurso a auxiliar de marcha - andarilho - e enfermeiro, sem realização de carga no membro operado.

Ficou sentada no cadeirão.

15horas: EEER (aluna de enfermagem Inês)

Pessoa assistida na transferência para a cadeira sanitária, tendo ido ao wc evacuar.

Assistida na transferência para o leito, com recurso a andarilho e sem carga no membro inferior operado.

22.09.2023 – EEER (aluna de enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados. MIE sem sinais de compromisso neurocirculatório.

Força de grau 5 no MID e força de grau 3 distal e 4 proximal no MIE segundo as escalas de forças MRC.

Equilibrio estático e dinâmico mantido sentada no leito. A pessoa conseguiu manter-se na posição ortostática com apoio de auxiliar de marcha (andarilho), com descarga no MIE. Capacitada para a técnica de transferência para o cadeirão com descarga no membro operado, com recurso a andarilho e auxílio de enfermeiro. No final do turno, a pessoa pediu para permanecer no cadeirão, tendo em conta que o levante foi realizado mais tarde. Será assistida na técnica de transferência, durante o turno da tarde.

25.09.2023 - EEER (aluna de Enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados. Membro sem sinais de compromisso neurocirculatório.

Realizado ensino acerca da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.

Apresenta força de grau 5 no membro inferior direito e força de grau 3+ distal e 4+ proximal no membro esquerdo.

Capacitada para técnica de transferência, colocando-se em posição ortostática com recurso a andarilho, com descarga no membro operado.

No final do turno foi assistida na técnica de transferência para o leito.

26.09.2023 - EEER (aluna de enfermagem Inês)

Pessoa consciente, orientada e colaborante nos cuidados.

Eupneia em AA, com respiração toracoabdominal de média amplitude.

Incentivada à realização de dissociação dos tempos respiratórios. Reeducação abdominodiafragmática e costal global com recurso a canadiana.

Equilíbrio estático e dinâmico em sedestação mantido, tendo realizado exercícios de coordenação de movimentos.

Realizado RFM, com exercícios isométricos e isotónicos dos glúteos, quadricipedes, isquiotibiais e gémeos, mobilização ativo resistidas no membro inferior direito e ativo-assistidas no membro intervencionado. Membro operado sem sinais de compromisso neurocirculatório.

Pessoa capacitada para a realização de técnica de transferência e treino de marcha, com recurso a andarilho, SEM carga no membro intervencionado, percorreu cerca de 1metro. Foi assistida na transferência para a cadeira de higiene, tendo ido ao wc evacuar.

10. Conclusões

O presente trabalho contribuiu para a realização de um plano personalizado de cuidados de reabilitação, ajustado às necessidades da pessoa e às limitações inerentes à intervenção cirúrgica a que foi submetida. Através do mesmo, realizou-se primeiramente uma avaliação das necessidades da pessoa sendo, posteriormente, traçado um plano de reabilitação e reavaliadas as intervenções aplicadas, de forma a permitir uma melhor perceção dos ganhos da pessoa e o benefício que as mesmas intervenções tiveram.

Considero, que as intervenções aplicadas tiveram um impacto favorável para a pessoa, notando-se uma evolução gradual das suas capacidades, nomeadamente ao nível do autocuidado, do fortalecimento muscular, amplitude articular e no controlo do equilíbrio estático e dinâmico em sedestação e em ortostatismo.

Relativamente ao autocuidado, a pessoa foi capacitada para higienizar a metade superior do corpo e assistida na higienização da metade inferior. Durante a prestação de cuidados especializados, a pessoa foi capacitada para a técnica de rolar na cama e a realizar a ponte, de forma a auxiliar os cuidados e a auto posicionar-se.

Durante o início do internamento, houve a necessidade de colocação de oxigenoterapia, por apresentar saturações de 88%. Por este motivo, houve a necessidade de realização de reabilitação funcional respiratória antes de incidir na reabilitação funcional motora. A pessoa era, então, consciencializada para a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática e reeducação costal global com recurso a canadiana. Foi verificado uma melhoria ao nível da dissociação dos tempos respiratórios e do controlo dos mesmos, assim como, na respiração abdominodiafragmática e costal global, conseguindo incrementar o número de repetições para 10.

Previamente à realização de levante, houve a necessidade de treinar o equilíbrio dinâmico na posição de sentado e ortostática, através de técnicas de controlo postural, controlo respiratório, alinhamento corporal, foi ganhando controlo sob o mesmo. Nesta fase, a força que apresentava ao nível do membro operado era de grau 3, nomeadamente ao nível da articulação coxofemoral e do joelho e a amplitude articular apresentada nestas articulações era menor. Nesta fase, foram apenas realizadas cerca de 5 repetições de cada mobilização ativo-assistida, sendo possível ir aumentando o número de repetições no decorrer dos dias. Tendo em conta que a pessoa não poderia realizar

carga no membro intervencionado, foram também realizadas mobilizações ativo resistidas no membro inferior são e ensinados exercícios para os membros superiores para promover o fortalecimento muscular suficiente para permitir a posição ortostática e treino de marcha sem carga no membro operado. Foi também treinado o exercício da ponte, fundamental para o permitir o levante e a posição ortostática. Notou-se que a pessoa, ao longo dos dias, foi apresentando maior facilidade de transferência com andarilho, apesar das restrições inerentes.

Relativamente à força muscular, verificou-se, conforme é demonstrado na avaliação das escalas, uma melhoria da mesma. O treino estabelecido, foi incrementado ao longo dos dias e ajustado à tolerância da pessoa, sendo possível aumentar o número de repetições até 10 e o tipo de exercícios aplicados, tais como: flexão/extensão tibiotársica; flexão/ extensão do joelho; flexão/ extensão coxofemoral; abdução/ adução coxofemoral.

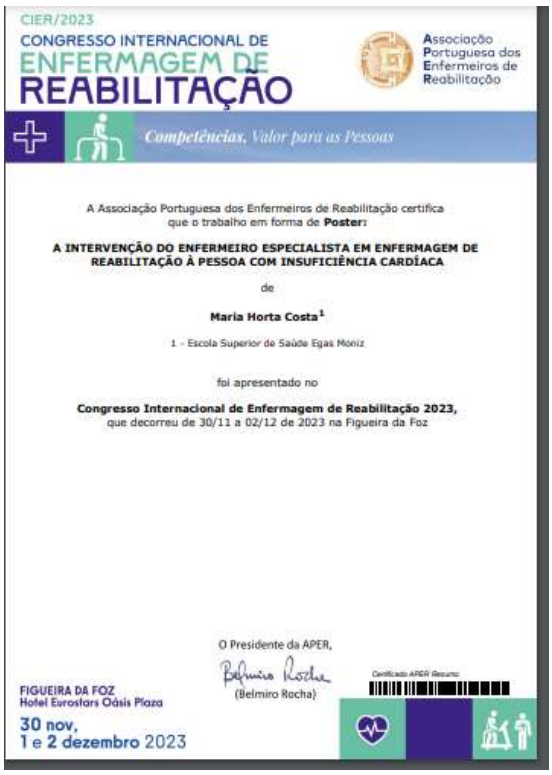
Quanto ao autocuidado, a pessoa foi capacitada na utilização de cadeira sanitária para a eliminação. A mesma, encontrava-se obstipada, porém, apenas com o plano de exercícios musculares aplicado, conseguiu evacuar num dos dias após a realização do treino.

No geral, considero que os cuidados especializados de reabilitação aplicados trouxeram benefícios para a pessoa, consciencializando e capacitando a mesma para a importância de auto-mobilizações, correção postural, controlo respiratório e fortalecimento muscular.

A pessoa encontrava-se a aguardar admissão numa Unidade de Média Duração e Reabilitação.

APÊNDICE XVIII – CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO 2023 – PÓSTER E IMAGEM

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 o trabalho em forma de **Poster:**

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

de

Maria Horta Costa[1]

1 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

foi apresentado no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023,
que decorreu de 30/11 a 02/12 de 2023 na Figueira da Foz

O Presidente da APER,

(Belmiro Rocha)

FIGUEIRA DA FOZ
Hotel Eurostars Oásis Plaza

30 nov,
1 e 2 dezembro 2023

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 o trabalho em forma de **Fotografia:**

Todos os lados contam

de

Maria Inês Horta Costa[1]

1 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

foi apresentado no

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2023,
que decorreu de 30/11 a 02/12 de 2023 na Figueira da Foz

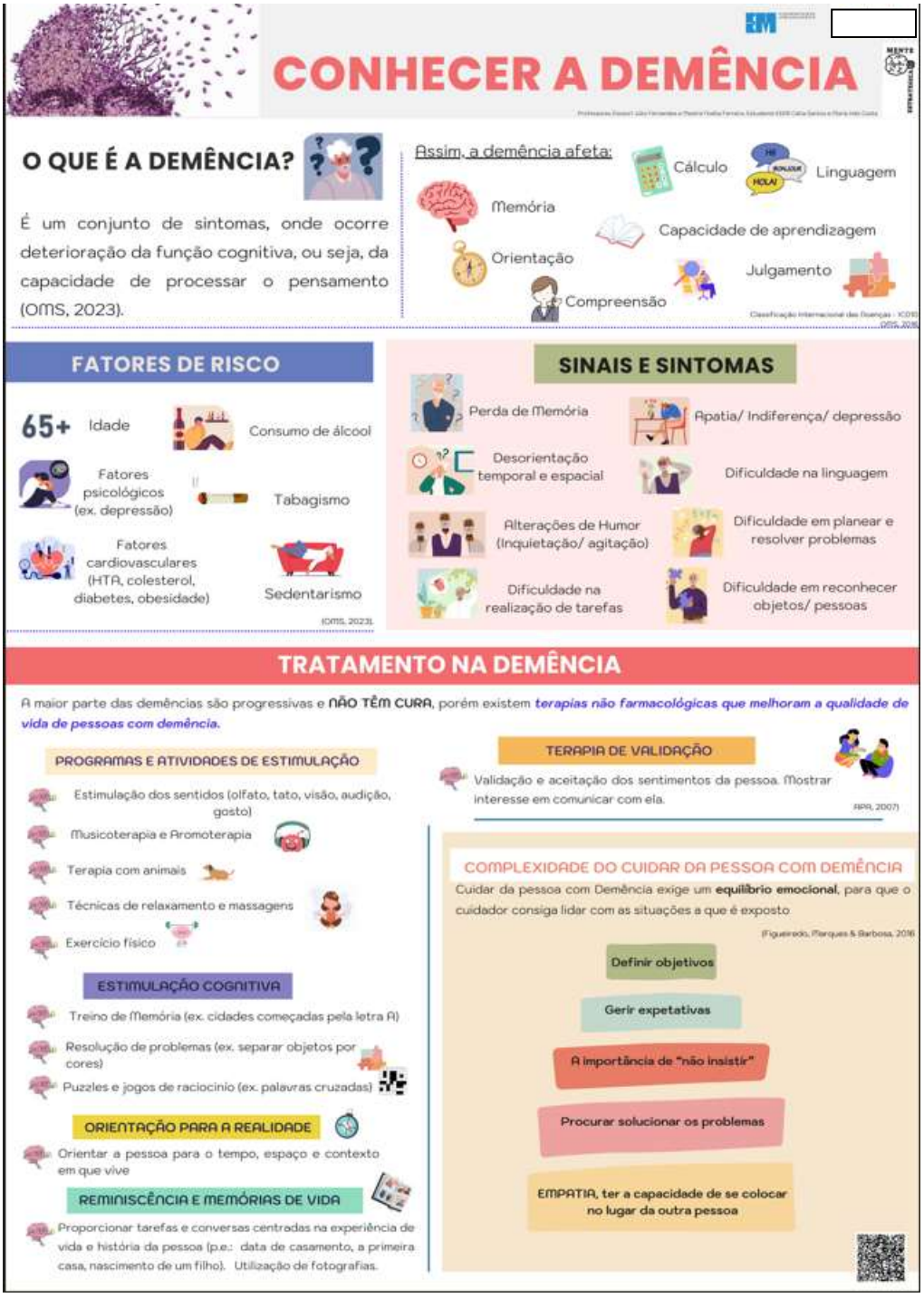
O Presidente da APER,

(Belmiro Rocha)

FIGUEIRA DA FOZ
Hotel Eurostars Oásis Plaza

30 nov,
1 e 2 dezembro 2023

APÊNDICE XVIX – POSTER CONHECER A DEMÊNCIA E MINI-GUIA


CONHECER A DEMÊNCIA
O QUE É A DEMÊNCIA?
É um conjunto de sintomas, onde ocorre deterioração da função cognitiva, ou seja, da capacidade de processar o pensamento (OMS, 2023).
Assim, a demência afeta:
Cálculo
Linguagem
Memória
Capacidade de aprendizagem
Orientação
Julgamento
Compreensão
Classificação Internacional das Doenças - ICD11 OMS 2018
FATORES DE RISCO
65+ Idade
Consumo de álcool
Fatores psicológicos (ex. depressão)
Tabagismo
Fatores cardiovasculares (HTA, colesterol, diabetes, obesidade)
Sedentarismo
(OMS, 2023).
SINAIS E SINTOMAS
Perda de Memória
Apatia/ Indiferença/ depressão
Desorientação temporal e espacial
Dificuldade na linguagem
Alterações de Humor (Inquietação/ agitação)
Dificuldade em planear e resolver problemas
Dificuldade na realização de tarefas
Dificuldade em reconhecer objetos/ pessoas
TRATAMENTO NA DEMÊNCIA
A maior parte das demências são progressivas e NÃO TÊM CURA, porém existem terapias não farmacológicas que melhoram a qualidade de vida de pessoas com demência.
PROGRAMAS E ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO
Estimulação dos sentidos (olfato, tato, visão, audição, gosto)
Musicoterapia e Aromoterapia
Terapia com animais
Técnicas de relaxamento e massagens
Exercício físico
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA
Treino de Memória (ex. cidades começadas pela letra A)
Resolução de problemas (ex. separar objetos por cores)
Puzzles e jogos de raciocínio (ex. palavras cruzadas)
ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE
Orientar a pessoa para o tempo, espaço e contexto em que vive
REMINISCÊNCIA E MEMÓRIAS DE VIDA
Proporcionar tarefas e conversas centradas na experiência de vida e história da pessoa (p.e.: data de casamento, a primeira casa, nascimento de um filho). Utilização de fotografias.
TERAPIA DE VALIDAÇÃO
Validação e aceitação dos sentimentos da pessoa. Mostrar interesse em comunicar com ela.
(APA, 2007)
COMPLEXIDADE DO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA
Cuidar da pessoa com Demência exige um equilíbrio emocional, para que o cuidador consiga lidar com as situações a que é exposto
(Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016)
Definir objetivos
Gerir expetativas
A importância de "não insistir"
Procurar solucionar os problemas
EMPATIA, ter a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa

Cuidar em Casa a Pessoa com Demência

Conhecer a Demência

O QUE É A DEMÊNCIA?

É um conjunto de sintomas, onde ocorre deterioração da função cognitiva, ou seja, da capacidade de processar o pensamento, afetando assim:

- Memória
- Cálculo
- Linguagem
- Orientação
- Capacidade de aprendizagem
- Compreensão
- Julgamento

TIPOS DE DEMÊNCIA

- Doença de Alzheimer
  - Principal causa de demência
- Demência Vascular
- Demência de Corpos de Lewy
- Demência Fronto-temporal

FATORES DE RISCO

- 65+ Idade
- Fatores psicológicos (ex. depressão)
- Fatores cardiovasculares (HTA, colesterol, diabetes, obesidade)
- Consumo de álcool
- Tabagismo
- Sedentarismo

SINAIS E SINTOMAS

- Perda de Memória
- Desorientação temporal e espacial
- Alterações de Humor (Inquietação/ agitação, agressão física)
- Dificuldade na realização de tarefas
- Apatia/ Indiferença/ depressão
- Dificuldade com palavras, linguagem, construção de frases
- Dificuldade em planear e resolver problemas
- Dificuldade em reconhecer objetos/ pessoas

TRATAMENTO NA DEMÊNCIA

A maior parte das demências são progressivas e **NÃO TÊM CURA**, contudo existem *terapias não farmacológicas que melhoram a qualidade de vida de pessoas com demência*.

PROGRAMAS E ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO

Estimulação dos sentidos (olfato, tato, visão, audição, gosto)

- Musicoterapia
- Aromoterapia
- Terapia e atividades com animais
- Técnicas de relaxamento/ massagens
- Exercício físico
- Nomear cidades, objetos...

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

TRATAMENTO NA DEMÊNCIA

Estimulação cognitiva

Treino de Memória (ex. cidades começadas pela letra A)

Resolução de problemas (ex. separar objetos por cores)

Puzzles e jogos de raciocínio (ex. palavras cruzadas)

Orientação para a realidade

Orientar a pessoa para o tempo, espaço e contexto em que vive

Reminiscência e memórias de vida

Proporcionar tarefas e conversas centradas na experiência de vida e história da pessoa. Utilização da fotografia.

Terapia de validação

Validação e aceitação dos sentimentos da pessoa. Mostrar interesse em comunicar com ela.

COMPLEXIDADE DO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Cuidar da pessoa com Demência exige um **equilíbrio emocional**, para que o cuidador consiga lidar com as situações a que é exposto com calma e discernimento

- **Definir objetivos**
- **Gerir expetativas**
- **A importância de "não insistir"**
- **Procurar solucionar os problemas**
- **EMPATIA, ter a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa**

Associações de apoio ao cuidador da pessoa com demência

ESTRATEGICA MENTE

UCC SEIXAL

Cátia Santos, Aluna 1º Mestrado Enfermagem de Reabilitação
Inês Costa, Aluna 1º Mestrado Enfermagem de Reabilitação
Júlio Belo Fernandes, Docente ESSEM
Gonçalo Rosa, Docente ESSEM
Dina Peças, Docente ESSEM
Nadília Ferreira, Docente ESSEM
Ana Chambel, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Publica, ULS Almada-Seixal

APÊNDICE XVX – FOLHETOS CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ANDAR

PLANEIE PREVIAMENTE O TRAJETO (caminhos mais curtos e planos);

ANDE DEVAGAR e controle a respiração. INSPIRE primeiro e dê alguns passos enquanto EXPIRA.

Em caso de limitações osteoarticulares, utilize um **andarilho com assento** ou cadeira-de-rodas.

Faça **pausas regulares** para descansar.

SUBIR/ DESCER ESCADAS

Antes de subir/descer as escadas, **INSPIRE.** Depois, suba ou desça as escadas **ENQUANTO EXPIRA.**

Faça pausas a meio do trajeto, com os dois pés em cada degrau.

Use o **corrimão como apoio,** não faça força nele.

COMPREENDA a sua doença;

AJUSTE as atividades à sua condição atual;

EQUILIBRE a atividade e o repouso;

REDUZA o ritmo de trabalho;

PLANEIE, PRIORIZE e **REJEITE** atividades;

TRABALHE ergonomicamente;

ADAPTE o ambiente;

FORTALEÇA o corpo.

TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

Aluna EEER Maria Inês Costa

Serviço de Medicina II

Professora Orientadora Noélia Ferreira

TÉCNICA RESPIRATÓRIA

Expiração com os lábios semi-cerrados

Inspiração lenta pelo **nariz** (contando até **3**). "Cheire a flor". Sustenha 2-3 segundos.

Expiração lenta pela **boca** com os lábios semi-cerrados (contando até **4**). "Sopre a vela, sem a apagar".

Respiração diafragmática

Inspiração
Coloque a mão no abdómen e, durante a inspiração, coloque a **BARRIGA PARA FORA**.

Expiração
Coloque a mão no abdómen e, durante a expiração, coloque a **BARRIGA PARA DENTRO**.

Posições de Descanso e Relaxamento

Na posição de sentado ou de pé, **incline o tronco para a frente** e apoie os cotovelos numa superfície ou nos joelhos.

Respiração durante o Esforço

INSPIRE ANTES de realizar o movimento e **EXPIRE DURANTE** o movimento.

INSPIRAÇÃO na fase excêntrica e repouso.
EXPIRAÇÃO na fase concêntrica.

Inspiração **Expiração** **Inspiração**

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

COZINHAR

Prepare todos os alimentos e utensílios e coloque-os na bancada.

Cozinhe **sentado**.

Congele refeições para utilizar nos dias de maior cansaço.

Organize o seu frigorífico, colocando os alimentos mais usados numa prateleira mais próxima.

CUIDAR DA ROUPA

Estenda a roupa com o cesto à altura da cintura tendo o estendal abaixo dos ombros.

Passe a ferro sentado, com a roupa ao alcance das mãos.

TRANSPORTAR OBJETOS

Carregue apenas objetos com peso ao seu alcance.

Utilize um carrinho de apoio.

Transporte junto ao corpo e distribua o peso pelas duas mãos.

Eleve os objetos, próximos ao corpo, com os joelhos fletidos;

Prefira deslizar os objetos em vez de levantar

TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA NO DOMICÍLIO

Aluna EEGM Maria Inês Costa
Professora Orientadora Noélia Ferreira

ESTRATÉGIAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Por vezes, os utentes apercebem-se que não conseguem acompanhar o estilo de vida a que estavam habituados previamente à doença.

Tarefas simples passam a exigir um **esforço físico maior** podendo demorar o **dobro do tempo** a ser realizadas, devido ao cansaço e sensação de falta de ar,

PLANIFICAÇÃO DE TAREFAS E DOS **PERÍODOS DE DESCANSO**

REORGANIZAÇÃO DA CASA

ELIMINAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÓNIAS

PLANEAR ATIVIDADES

Organize as tarefas por ordem de importância.

Estabeleça **metas realistas.**

Guarde as tarefas mais dificeis para quando tiver **mais energia.**

Intercale atividades mais longas/ pesadas com atividades curtas/ leves.

PARE se estiver cansado e finalize mais tarde.

REORGANIZE O ESPAÇO

Disponha os objetos necessários em locais de **fácil acesso**, à altura entre os ombros e a cintura.

Arrume o material usado, perto da tarefa onde é realizada.

READAPTE AS ATIVIDADES DIÁRIAS

HIGIENE

Organize o material e coloque-o perto de si.

Tome banho **sentado.**

Use uma **esponja de cabo longo** para lavar costas e pés.

Lave os dentes, faça a barba, penteie-se **sentado** com os **cotovelos apoiados** na bancada.

VESTUÁRIO

Disponha a roupa pela ordem que vai vestir.

Prefira roupas largas e fáceis de vestir.

Vista-se e dispa-se **sentado**.

Vista **primeiro a metade inferior do corpo** e depois a metade superior.

Calce-se com o pé apoiado na perna oposta.

APÊNDICE XVXI – 3ºCONGRESSO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ