



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

**Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação no cuidado da pessoa com Insuficiência
Cardíaca**

Marisa Daniela Português Nunes

**Lisboa
2023**



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

**Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação no cuidado da pessoa com Insuficiência
Cardíaca**

Orientador: José Carlos Pinto Magalhães

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É possível voar sem motor
mas não sem conhecimentos e capacidades.”

(Wilbur Wright)

Às minhas filhas Pilar e Constança,

Ao meu marido Luís,

Aos meus Pais, Fátima e Fernando.

A minha coragem, força e persistência para superar este desafio,
renasceu todas as vezes em que o meu pensamento,
apenas, se concentrou em todos vós.

À minha tia Casimira,

Pela sua constante valorização, por acreditar,
mesmo que agora, fisicamente, não lhe possa dizer,
que cheguei ao fim.

AGRADECIMENTOS

“o que não te desafia, não te transforma”

(José Roberto Marques)

Agradeço à Enfermeira Susana Graúdo pelo incentivo (a inscrição no curso) pelo apoio (na gestão do horário, pelo positivismo transmitido permanente e inabalável) e pela gentileza constante das suas palavras e gestos.

Agradeço à Enfermeira Maria João Morais e à Enfermeira Lina Aleixo pela transmissão de conhecimentos, de habilidades, pela amabilidade e pelos seus excelentes exemplos de prática clínica enquanto Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Agradeço ao professor José Carlos Pinto Magalhães pela orientação deste percurso final, pela sua objetividade, pela crítica construtiva e pela disponibilidade.

SIGLAS

AC - Autocuidado

AVD - Atividades de Vida Diária

AVQ - Atividades Quotidianas de Vida

bpm - batimentos por minuto

CDI - Cardioversor- Desfibrilhador Implantável

DCV - Doença Cardiovascular

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Eletrocardiograma

EEAIC - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC- Frequência Cardíaca

FITT- Frequência/ Intensidade/Tempo/Tipo de exercício

FRCV - Fatores de Risco Cardiovascular

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HTA - Hipertensão Arterial

IC - Insuficiência cardíaca

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - Mini Mental State Examination

MRC - Medical Research Council

NT-proBNP - Terminal do Péptido Natriurético tipo B

RC - Reabilitação Cardíaca

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

USF - Unidade Saúde Familiar

RESUMO

A aquisição e o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, na área de especialidade de enfermagem de reabilitação, é o resultado de um percurso de formação avançada que considerou a aquisição, o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos em contextos clínicos, intercedidos por uma prática reflexiva. Nestes contextos foram concebidos e implementados planos de intervenção, de forma a dar resposta às alterações da funcionalidade, com especial enfoque na função cardíaca, resultado do meu interesse pessoal e profissional, enquadrado nas áreas de investigação prioritárias da especialidade (Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015), definindo o tema do papel do EEER no cuidado à pessoa com IC.

Considerando que a ação do EEER se desenvolve em torno dos conceitos de independência e funcionalidade, o AC surge como foco de ação central. O referencial teórico de Dorothea Orem possibilitou o suporte teórico da prática clínica, na medida em que face às limitações da pessoa a considera apta a aprender novas formas de desempenhar o AC.

A IC é uma pandemia global com elevada prevalência, morbidade e mortalidade e com custos económicos e sociais expressivos. As limitações físicas, impostas pela IC, condicionam a realização, de forma independente, das AVD. Os comportamentos desajustados no AC relacionados com a promoção da saúde e controlo da IC, condicionam a reconstrução da autonomia e o bem-estar. A RC emerge como um conjunto de intervenções capazes de modificar favoravelmente as repercussões da IC na pessoa, por meio da melhoria funcional através da estabilização da sua função cardíaca. Em contexto hospitalar identificou-se, a partir das vivências práticas, o papel preponderante do EEER no sentido da readaptação funcional e da capacitação da pessoa à sua nova condição de saúde, através de intervenções de avaliação, maximização da capacidade funcional, por meio de um plano de exercícios individualizado com incorporação das AVD, da capacitação para a autogestão da doença e do planeamento da alta.

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

ABSTRACT

The acquisition and development of competences, both common and specific in the specialty area of rehabilitation nursing, is the result of an advanced training course that considered the acquisition, development and application of knowledge in clinical contexts, interspersed with reflective practice. In these contexts, intervention plans were designed and implemented, in order to respond to changes in functionality, with special focus on cardiac function, the result of my personal and professional interest, framed in the priority areas of investigation of the specialty (Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015), defining the theme of the role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the care of people with Heart Failure.

Considering that the action of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing develops around the concepts of independence and functionality of the patient, the self-care emerges as the main action. Dorothea Orem's theoretical references provides the assistance and support of clinical practice, according to the patients' limitations, it considers them capable of learning new ways of performing self-care.

Heart Failure is a global pandemic with high prevalence, morbidity and mortality and with significant economic and social costs. The physical limitations imposed by Heart Failure condition the performance, regardless of the activities of daily living. The maladaptive behaviors in the self-care related to health promotion and Heart Failure control, has consequences on the condition, reconstruction and autonomy of the well-being of the patient. Cardiac Rehabilitation emerges as a set of interventions capable of favorably modifying the repercussions of Heart Failure on the patient, through functional improvement through the stabilization of their cardiac function. In a hospital context, based on practical experiences, the predominant role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing was identified in the sense of functional readaptation and empowerment of the patient to their new health condition, through evaluation interventions, maximizing the functional capacity, through an individualized exercise plan incorporating activities of daily living, training for self-management of the disease and discharge planning.

Key Words: Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, Heart Failure, Cardiac Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTOS DE ESTÁGIO PARA DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO EEER	19
2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	22
2.1. Competências Comuns do EEER.....	23
2.2 Competências Específicas do EEER.....	39
2.2.1. Contexto Comunitário: ECCI.....	40
2.2.2. Contexto Hospitalar: Serviço de Cardiologia.....	60
2.2.2.1 Cuidar da pessoa com EAM em programa de RC, fase I	62
2.2.2.2 Cuidar da pessoa com IC.....	71
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

APÊNDICES

Apêndice 1. Estudo de caso: Intervenção do EEER na Comunidade

Apêndice 2. Estudo de caso: A pessoa com IC em contexto hospitalar: Intervenção do EEER

Apêndice 3. Planeamento de formação - Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com Insuficiência cardíaca: Contributos para a Reabilitação Cardíaca

Apêndice 4. Avaliação dos pares cranianos

Apêndice 5. Mobilizações: Movimentos do corpo humano

Apêndice 6. Estudo de caso em contexto comunitário: áreas de intervenção sensoriomotora e atividades desenvolvidas

Apêndice 7. Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção sensoriomotora e atividades desenvolvidas

Apêndice 8. Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção cognitiva e atividades desenvolvidas

Apêndice 9. Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção respiratória e atividades desenvolvidas

Apêndice 10. Capacitação para o autocuidado (AVD e AVQ) em contexto comunitário: atividades desenvolvidas

Apêndice 11. Folheto educativo: Técnicas de Gestão de energia na Doença Respiratória

Apêndice 12. Treino de autocuidados a partir da utilização de figuras

Apêndice 13. Capacitação para a autogestão da doença em contexto comunitário: atividades desenvolvidas

Apêndice 14. Folheto educativo para a pessoa com doença respiratória: Exercícios de reabilitação para praticar no seu dia a dia

Apêndice 15. Prestação de cuidados à pessoa com EAM em programa de RC, fase I - Áreas de intervenção e atividades desenvolvidas

Apêndice 16. Folheto educativo para a pessoa com doença cardíaca: Exercícios de reabilitação para praticar no seu dia a dia

Apêndice 17. Observação do papel do EEER em programa de RC, fase II: em contexto de consulta de enfermagem e ginásio

Apêndice 18. Prestação de cuidados à pessoa com IC: intervenções e atividades desenvolvidas

Apêndice 19. Folha de registo: automonitorização diária no domicílio

Apêndice 20. Folheto educativo: viver com IC

Apêndice 21. Nota de alta para a continuidade de cuidados à pessoa com IC

ANEXOS

Anexo 1. Critérios para início e progressão do Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca Intra-hospitalar

Anexo 2. Folhetos educativos: “O que fazer depois de um enfarte” / “O que é um cateterismo, uma Angioplastia” / “O que deve saber sobre Reabilitação Cardíaca”

Anexo 3. Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem na sua génese conceitos como o autocuidado (AC) e a autonomia, “com Florence Nightingale a enfatizar a importância da pessoa doente fazer por si própria”, desde o princípio da profissão. (Gaspar, Loureiro, Novo, 2021, p. 12)

Em Portugal, em 1965, surgiu o primeiro curso de especialização em Enfermagem de Reabilitação cujos conteúdos inovadores já supunham a aquisição de conhecimentos orientados para o todo da pessoa cuidada, com o intuito da redução dos riscos de complicações decorrentes da situação clínica, desenvolvendo simultaneamente a busca pelo máximo potencial da pessoa. Com o foco no conceito de cuidar e a partir da valorização da funcionalidade da pessoa, foi, gradualmente, reconhecida a minuciosidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o seu contributo na qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como no desenvolvimento de uma sociedade mais inclusiva. (Gaspar et al, 2021)

Atualmente, em Portugal, a enfermagem regista uma distinta evolução formativa ao nível do ensino superior. O Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Lisboa, preconiza um processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências do domínio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que culmina com a redação do presente relatório, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório e que se enquadra no previsto para o preconizado para segundo ciclo de estudos (n.º1, alínea b) do Art. 20º do Dec. Lei n.º 74/2006 de 24 de março, estágio de natureza profissional objeto de relatório final.

O relatório final, aqui, apresentado reflete as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas, num percurso teórico e prático decorrido em 3 semestres, dando particular enfoque à operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio desenhado na unidade curricular opção II do 2º semestre.

O trabalho desenvolvido tem como alicerces a formação académica que se circunstanciou em experiências práticas, decorridas em diferentes contextos clínicos, que culmina com um exercício de reflexão minuciosa sobre o cuidar a pessoa em enfermagem de reabilitação, com qualidade e em segurança, considerando a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

Para este relatório, tal como previamente anunciado, foi “desenhado” um projeto para operacionalização em contexto prático intitulado de: “Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado da pessoa com Insuficiência Cardíaca”. Parte desta redação dará relevo à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEER neste âmbito, de forma a encontrar respostas para o tema em estudo.

Atendendo em primeiro lugar as áreas de investigação prioritárias para a especialidade de reabilitação enunciadas no documento produzido pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), surgiu o interesse pela área das intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cardíaca. Esta curiosidade pela área teve a intenção de dar resposta à proposta realizada no meu contexto profissional para o desenvolvimento da prestação de cuidados na área da pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC), em contexto de consulta e hospital de dia, em ambiente hospitalar. Assim sendo, deparei-me com a necessidade de enquadrar a formação de especialidade de enfermagem de reabilitação no cuidado da pessoa com IC, a partir da exploração do papel do EEER e considerando a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas. Não estando suficientemente desperta para o problema da IC senti a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área, de forma a delimitar os problemas reais e potenciais vivenciados pela pessoa com IC e para os quais o EEER seria detentor de intervenções autónomas capazes de melhorar a função cardíaca, a independência, a autonomia, e a qualidade de vida da pessoa.

De forma a encontrar respostas para as minhas inquietações e considerando que “a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas (...), baseados na evidência científica (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 7), procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura em manuais, revistas, relatórios de estágio, teses e em vários motores de busca, repositórios e editoras disponíveis *online* e através de pesquisa nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*.

A IC trata-se de uma síndrome com elevada prevalência, morbilidade e mortalidade o que constitui uma sobrecarga a nível económico e social de elevada proporção, sendo um problema pouco reconhecido junto dos cidadãos e decisores políticos. (Fonseca, Brito & Cernadas, 2016)

No mundo cerca de 26 milhões de adultos tem IC, comparativamente aos 32 milhões de pessoas com cancro e 34 milhões de pessoas com HIV/SIDA. Pelo que esta síndrome pode ser descrita como uma pandemia global, bem como um problema grave de saúde pública apesar dos avanços no tratamento farmacológico, não farmacológico, e na gestão da síndrome. (Ponikowski, Anker & AlHabib, 2014; Fonseca, Brás, Araújo, Ceia, 2018)

A prevalência da IC aumenta com a idade, poucas pessoas com mais de 50 anos de idade tem IC, mas mais de 80% têm 65 ou mais anos de idade. Os progressos no tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e de outras doenças cardiovasculares (DCV), permitem que mais pessoas sobrevivam atualmente, mas condicionam o normal funcionamento do coração, o que as coloca em alto risco de desenvolver IC. (Ponikowski et al,2014; Cowie, Anker & Cleland, 2014)

A maioria das pessoas com IC, apresenta episódios de descompensação aguda durante o curso da doença, o que desencadeia necessidade de recorrer ao serviço de urgência, com possibilidade de internamento hospitalar. O número de hospitalizações por IC é elevado o que constitui uma sobrecarga importante para os sistemas de saúde. Nos países desenvolvidos, a IC é a causa mais comum de hospitalização em pessoas com idade superior a 65 anos, variando a duração da hospitalização entre 5 a 10 dias. Este tempo de internamento tende a aumentar com a idade. No que concerne aos reinternamentos por IC, estudos europeus demonstram taxas de 24% em 12 semanas e 44% em 1 ano após alta hospitalar. Cada recidiva com necessidade de internamento revela um agravamento da IC, contribuindo para a declínio da condição clínica da pessoa. (Cowie et al, 2014; Fonseca et al, 2016)

No que respeita à mortalidade intra-hospitalar da IC na Europa representa cerca de 7-9% sendo nos dias de hoje superior à do EAM. Mais de 50% das pessoas com IC faleceram cinco anos após o diagnóstico, o que manifesta uma taxa de sobrevivência inferior à de alguns tipos de neoplasia. (Fonseca et al, 2016)

Em termos económicos a IC apresenta um custo elevado a nível mundial representando 1-3% do orçamento total da saúde na Europa e nos EUA, sendo o diagnóstico ao qual esta associado a maior sobrecarga económica dentro de todas as doenças. Os custos com os internamentos são consideráveis, representando 68% do total de verbas despendidas nestas duas regiões. (Fonseca et al, 2016)

Em Portugal, a IC, enquanto diagnóstico principal, evidencia-se como a segunda causa de internamento hospitalar, com uma duração média de internamento

de 9,8 dias em 2014. Ainda, em contexto de assistência hospitalar, sobre a morbilidade, atendendo aos dados provisórios de 2016, constata-se um aumento de 20,3% internamentos relativamente a 2011. No nosso país a IC detém a mais elevada taxa de mortalidade, 12,5% em 2014, intra-hospitalar, entre todas as doenças cérebro-cardiovasculares. (Direção-Geral da Saúde, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2015)

Em projeções realizadas sobre a IC, destaca-se o aumento, a ritmo crescente, relativamente aos dados de 2011, em 2018 de 7%, em 2035 de 30% e em 2060 de 33% o que corresponde a um universo estimado de 494 191 pessoas com IC em Portugal. É, ainda, apontado que a maioria destas pessoas terá idades superiores a 60 anos (Fonseca et al, 2018). Face ao exposto e considerando o envelhecimento da população portuguesa torna-se previsível um aumento importante do número de hospitalizações e dos custos clínicos com o tratamento da IC (Fonseca et al, 2018).

Após a constatação do problema crescente dos números da IC e das suas consequências em termos de morbilidade, mortalidade, custos sociais e económicos no Mundo, na Europa e em Portugal, importa agora perceber as implicações para a pessoa que padece de IC e a sua família.

As pessoas com IC apresentam, na sua maioria, queixas de falta de ar, perda de energia e fadiga, o que predispõe a limitações físicas que conduzem à redução da independência e da capacidade de realizar determinadas Atividades de Vida Diárias (AVD). Estas pessoas sofrem, em consequência destas limitações, de problemas de isolamento social, manifestando incapacidade para viver o dia a dia, trabalhar, viajar, socializar e/ou participar em atividades recreativas. Na sequência deste isolamento advém efeitos psicológicos como o medo, a ansiedade e a depressão. As alterações nos relacionamentos pessoais, desencadeadas pela dependência de outras pessoas, promovem na pessoa com IC, sentimentos de frustração e culpa. Outro aspeto relevante poderão ser os problemas financeiros decorrentes da progressão da doença. (Cowie et al, 2014)

Os problemas sexuais são frequentes nas pessoas de ambos os sexos com IC. Por um lado, a diminuição do interesse pela sexualidade, a diminuição da frequência da atividade sexual, as alterações negativas no desempenho sexual e a perda do prazer relacionado com o sexo, e por outro os medicamentos para a IC desencadeiam efeitos prejudiciais na sexualidade. (Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderma, Jaarsma, 2012)

A pessoa com IC percebe a sua qualidade de vida como sendo reduzida, sobretudo devido à limitação da funcionalidade. (Oliveira, Cunha, Nogueira, Nogueira, 2018)

Noutra perspetiva encontram-se os familiares que sentem a sobrecarga do cuidado à pessoa com IC, com consequências que podem ser de carácter físico, emocional e/ou financeiro. A família/cuidador informal sente que as suas atividades diárias estão centradas no cuidar do familiar com IC. O insuficiente apoio social está associado a experiências de cuidados menos gratificantes e com sentimentos de sobrecarga. O suporte emocional, de informação e de aconselhamento são referenciados pelos cuidadores como pouco disponíveis, sendo o período imediatamente após a alta hospitalar um momento altamente stressante para os cuidadores e com impacto significativo na sua saúde pelas necessidades de cuidados a realizar à pessoa com IC. (Hwang, Fleischmann, Esquivel, Stotts, Dracup, 2011; Cowie et al, 2014)

A Reabilitação Cardíaca (RC) surge como um conjunto de intervenções organizadas, sequenciais, estruturadas, com enfoque na prática de exercício físico, na adesão a estilos de vida saudáveis, no controlo de Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV), de intervenção em fatores psicológicos, de readaptação social, de educação para a saúde e de recuperação funcional, particularmente em pessoas idosas, após um evento cardíaco agudo ou no contexto de DCV crônicas, como a IC. Os benefícios da RC encontram-se demonstrados, sendo preponderantes na redução da mortalidade, morbidade, na melhoria da qualidade de vida e capacidade funcional em DCV. Apesar dos benefícios a RC mantém-se subaproveitada. Portugal encontra-se entre os 15 países com utilização da RC abaixo dos 15%. (Abreu, Mendes & Dores, 2018; Delgado, Mendes, Lopes, Preto, Loureiro, Novo, 2020a)

A RC inicia-se na ocasião em que a pessoa é admitida no hospital. Estes programas estão estruturados em três fases: fase I, intra-hospitalar, fase II, ambulatório e fase III, intervenção de longo prazo. Este é um processo que decorre ao longo da vida da pessoa, de forma à manutenção da qualidade de vida após um evento cardíaco, apesar das limitações que possam ocorrer. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Delgado et al, 2020a)

O exercício físico na RC é uma peça fundamental, trata-se do método melhor estudado para o tratamento de pessoas com IC. (Delgado et al, 2020a)

O estudo realizado por Arjunan e Trichur (2021), sustenta que o programa educacional de RC, conduzido por enfermeiros, cujo foco se centra na melhoria dos conhecimentos sobre a doença, exercício físico, medicamentos e hábitos de vida, proporciona melhorias na qualidade de vida da pessoa com IC, particularmente no que respeita à componente física. Este evidenciou, ainda, benefícios na componente da saúde mental, com melhoria da vitalidade, do funcionamento social, emocional e mental.

O EEER insere-se na equipa multidisciplinar de um programa de RC, com os objetivos de capacitação e de readaptação funcional da pessoa com IC à sua nova condição de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A prevenção das sequelas da imobilidade, o melhorar a capacidade funcional, o garantir a educação para a saúde sobre a atividade/ exercício físico recomendado, a gestão da doença, a otimização do regime farmacológico, o reconhecimento dos sinais de alarme para prevenção de complicações, o diminuir o tempo de internamento, o encorajar o contato e responsabilização partilhada e o promover a continuidade da reabilitação para a perceção de melhoria da qualidade de vida são objetivos a atingir no seguimento da implementação de um programa de enfermagem de RC em contexto hospitalar. (Vermelho, Pestana, 2021)

Assim sendo, o papel do EEER no cuidado da pessoa com IC em contexto hospitalar, fase I, no que respeita a intervenções específicas desenvolve-se em torno de cinco eixos principais: a avaliação inicial, a educação para a saúde, o plano de exercícios intra-hospitalar, o treino das AVD e a preparação para a alta. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Atualmente o envelhecimento demográfico e a crescente prevalência das doenças crónicas ditam a necessidade das políticas de saúde se redirecionarem para a responsabilização, envolvimento, e mestria dos cidadãos e das famílias para o AC, relacionado com as AVD, mas, também, na indagação de comportamentos de saúde, capazes de os fazer gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença (Petronilho, 2012).

Os EEER deparam-se diariamente com pessoas com altas exigências de AC e assumem-no como foco central dos cuidados de enfermagem de reabilitação e integram-no, em virtude da sua formação avançada, de forma fluída e intencional no planeamento dos cuidados, priorizando como resultados esperados das intervenções

a promoção do AC, a reconstrução da autonomia e o bem-estar da pessoa e família/cuidador. (Ribeiro, Moura, Ventura, 2021)

As evidências atuais demonstram a importância da promoção do AC nas pessoas com IC, dado que muitas pessoas com esta patologia apresentam comportamento desajustados de AC. A promoção do AC na IC é determinante para melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbidade, os internamentos hospitalares e a mortalidade da doença. As atividades de promoção da saúde e de controlo da IC, como são, a realização de exercício, a monitorização do peso corporal, a gestão do regime terapêutico e a interligação com o profissional de saúde quando existe agravamento de sintomas, são exemplos de comportamentos de AC aplicados à IC. (Sedlar, Lainscak, Martensson, Stromberg, Jaarsma, Farkas, 2017; Liljeroos, Kato & Wal, 2020)

De forma a sustentar a prática do EEER em ambos os contextos, selecionou-se o referencial teórico de Dorothea Orem, dado que o mesmo atribuí à pessoa particular relevância, na medida em que face às possíveis limitações, a considera apta a aprender novas formas de desempenhar o AC no sentido da aquisição da independência, a partir de assistência profissional sistematizada e intencional, com foco no AC. (Petronilho, Machado, 2016; Ribeiro et al, 2021)

O referencial teórico de Dorothea Orem tem um contributo importante na construção do cuidado de enfermagem de reabilitação, na medida em que a exploração do conceito de AC, se desenvolve a partir de um conjunto de atividades intencionais que as pessoas realizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar, através de três teorias. A Teoria do AC, caracteriza-se pela forma como as pessoas cuidam delas próprias, a Teoria do Défice do AC, justifica a razão pela qual podem ser assistidas pelos enfermeiros e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, o modo como os enfermeiros, as pessoas e a família fornecem respostas às necessidades de AC. A importância deste referencial para a prática do EEER evidencia-se no entendimento da pessoa e ambiente como unidade indissociável e no reconhecimento da capacidade da pessoa para se autocuidar ou para cuidar de outros familiares dependentes. (Orem 2001; Ribeiro et al, 2021)

A Teoria do AC de Orem desenvolve requisitos de AC que se dividem em universais, aqueles que são comuns a todas as pessoas em todas as etapas de vida e que permitem manter a estrutura e função humana, de desenvolvimento, que retratam processos, condições ou eventos que interferem no desenvolvimento

humano e de desvio de saúde, que existem em pessoas com algum tipo de doença, incapacidade ou limitação. (Orem, 1993)

Este referencial teórico evidencia a necessidade de envolvimento da família e da motivação da pessoa, na medida em que é fundamental a capacitação para a tomada de iniciativa, para a responsabilização, de forma ao funcionamento eficaz no desenvolvimento do seu potencial de saúde. (Petronilho, 2012)

O presente relatório de estágio integra as experiências ocorridas em contexto comunitário e em contexto hospitalar com o objetivo *major* da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, a partir da descrição de atividades particulares que espelham o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e a experiência prática adquirida e que consideram a pessoa, a sua capacidade de decisão sobre o seu projeto de saúde e o seu contexto de vida.

O EEER por ser detentor de um “corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, desenvolve a sua atuação com a missão de melhoria da funcionalidade, de forma a promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. (Regulamento n.º 392/2019, p. 1365)

Este relatório encontra-se organizado em 3 capítulos.

No primeiro capítulo são apresentados os contextos clínicos onde decorreu o estágio para o desenvolvimento das competências do EEER, enquadrando as especificidades de cada contexto, nomeadamente nas principais problemáticas encontradas e nas particularidades do desenvolvimento do papel do EEER. No segundo capítulo são apresentadas as atividades desenvolvidas e a sua análise crítica, em ambos os contextos, para o desenvolvimento das competências do EEER, comuns e específicas. No terceiro, e último, capítulo são apresentadas as considerações finais, onde se realiza uma síntese do relatório, a avaliação do percurso efetuado, tendo como referencial o padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. De forma a encerrar este ciclo de formação e a “abrir portas” para o meu percurso enquanto EEER, apresento as minhas projeções para o futuro na área de especialidade, perspetivando a partir dos “pilares”, aqui construídos erguer “edifícios e pontes” que permitam a valorização da enfermagem de reabilitação, enquanto disciplina e profissão, por meio da excelência dos cuidados prestados, contribuindo para dar voz à Enfermagem.

1. CONTEXTOS DE ESTÁGIO PARA DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO EEER

O estágio realizado para a aquisição e desenvolvimento das competências do EEER aconteceu sequencialmente em dois contextos distintos: primeiro na comunidade e por último no hospital.

Tendo em conta que o EEER “tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital”, a sua intervenção acontece, faz sentido e “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática” de cuidados em que a pessoa se encontra. (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 5)

Em contexto comunitário experienciei a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), cuja responsabilidade se insere nas unidades de cuidados na comunidade dos agrupamentos de centros de saúde. A ECCI configura um dos quatro tipos de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cuja missão é a prestação de cuidados de saúde e sociais, a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência. Sendo os objetivos da RNCCI: obter ganhos em saúde; melhorar e reforçar a articulação entre os serviços de saúde e de apoio social; manter as pessoas no domicílio; reduzir o número de internamentos, de reinternamentos e de demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos; apoiar os familiares ou os prestadores informais na prestação de cuidados e melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência. (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2022)

A minha intervenção na ECCI foi desenvolvida no seio de uma equipa multidisciplinar que dispunha, a tempo inteiro, da intervenção de EEER, de enfermeiros de cuidados gerais, de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e de fisioterapeuta. A tempo parcial a equipa dispunha de médico especialista em medicina geral e familiar, com conhecimentos diferenciados na área dos cuidados paliativos. A equipa articulava-se, ainda com, a assistente social, psicólogo e médico de família dos vários centros de saúde de abrangência da ECCI.

As pessoas alvo dos cuidados desta equipa no geral, e em particular do EEER, apresentavam situações de dependência funcional relacionadas com a sua condição de saúde atual, muitas vezes severamente agravada pela imobilidade frequentemente associada aos longos períodos de internamento. Tratavam-se fundamentalmente de

pessoas adultas, maioritariamente idosas. O suporte familiar ou de prestador de cuidados “encontrado” na comunidade, um requisito fundamental para este tipo de resposta, padece de evidentes necessidades no âmbito da capacitação para o cuidado da pessoa/familiar no domicílio. Acrescentando-se a dificuldade da existência frequente de familiares idosos cuidadores de idosos, também os primeiros com limitações decorrentes do seu próprio processo de envelhecimento que influenciam a sua capacidade para cuidar.

O contexto comunitário permite ao EEER o diagnóstico efetivo das necessidades da pessoa, permitindo adaptações que promovam a independência, a autonomia e a qualidade de vida, assim como a transmissão de conhecimentos e a aquisição e desenvolvimento de capacidades que preparam os familiares/cuidadores para a gestão da condição de saúde do seu familiar no domicílio. (Oliveira et al, 2021)

Em contexto hospitalar o estágio decorreu num serviço de cardiologia. A opção deste contexto tem o seu fundamento no tema do projeto realizado, onde pretendo desenvolver as intervenções realizadas pelo EEER no cuidado da pessoa com IC. No serviço de cardiologia pude observar o desempenho do EEER no seio da equipa de enfermagem, mas também em equipa multidisciplinar. O conceito de reabilitação RC encontra-se enraizado na cultura do serviço, assumindo o EEER o papel de “pivot” na implementação de intervenções que visam ajudar a pessoa a recuperar e melhorar a sua condição de saúde física, psicológica e social, após a ocorrência de doença cardíaca súbita ou em contexto de doença cardíaca crónica. Ao lado do serviço de cardiologia existe a unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC), que dispõe de uma equipa de reabilitação focada na intervenção precoce junto da pessoa com doença cardíaca aguda ou agudizada e na continuidade de cuidados de reabilitação na transição para a enfermaria, dando-se início ao programa de RC, fase I. A equipa de EEER da UCIC desempenha, paralelamente ao trabalho desenvolvido na unidade, funções na consulta de RC e no ginásio concretizando, deste modo, a fase II do programa. Durante a minha permanência no contexto tive a oportunidade de acompanhar o EEER e observar o trabalho desenvolvido no âmbito da RC, quer na UCIC, quer na consulta, assim como no ginásio. De notar, que toda a intervenção do EEER nas várias fases do processo de RC se desenvolveu em articulação e parceria com uma equipa multidisciplinar constituída por cardiologista, fisiatra, fisioterapeuta, técnico cardiopneumologista, nutricionista e psicólogo.

No serviço de cardiologia a população alvo foram as pessoas adultas e idosas, com doença das artérias coronárias, perturbações do ritmo cardíaco, cardiomiopatia, IC crónica, doença valvular e defeitos cardíacos congénitos. Em sobreposição com a doença cardíaca foi evidente a presença de múltiplas doenças crónicas, com maior expressão para o foro respiratório e cerebrovascular sobretudo na população mais idosa. A presença de FRCV modificáveis foi um achado constante, na recolha da história de saúde das pessoas internadas no serviço. Do papel do EEER desempenhado no serviço destaque, numa vertente mais abrangente, a capacidade de gestão dos problemas de saúde da pessoa no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar, manifestada pela capacidade de articulação com os demais profissionais envolvidos no processo de reabilitação. De salientar, o trabalho desenvolvido em parceria com a assistente social, que permitia salvaguardar as necessidades de continuidade de cuidados sociais, dando-se especial ênfase à vertente de reabilitação, iniciada e desenvolvida na enfermaria. Por outro lado, numa vertente mais específica do papel desempenhado pelo EEER destaque a importância da educação para a saúde na pessoa com patologia cardíaca, a capacitação da pessoa/familiar para a gestão da doença, a promoção da independência no AC e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, dando-se um particular enfoque à necessidade imperativa de atividade/exercício físico.

A presença de doença cardíaca aguda ou crónica conduz a internamentos e reinternamentos em serviços hospitalares especializados, sendo necessária a implementação de ações específicas para que a pessoa possa recuperar ou pelo menos retardar a progressão da sua doença. A RC surge como um meio terapêutico capaz de proporcionar uma recuperação global da pessoa com doença cardíaca, por meio de intervenção de uma equipa multidisciplinar que desempenha funções complementares e que intervém na dimensão física, psicológica e social (Abreu et al, 2018; Delgado et al, 2020a).

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Partindo da descrição e análise dos contextos, onde se considerou o papel preponderante do EEER, importa agora descrever e analisar as atividades realizadas que evidenciam o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER.

Na Enfermagem e para o Enfermeiro a palavra competência encontra-se intimamente relacionada com o exercício profissional e com o contexto. Assim sendo, o desenvolvimento de competências do enfermeiro é determinado pelos atores, os saberes e o contexto. Os atores, os enfermeiros, são os intervenientes no processo de cuidar e encontram-se em interação dinâmica consigo próprios e com os outros, dentro de um contexto e de uma organização, sendo que manifestam o desenvolvimento de competências através da capacidade de reflexão no processo de cuidar. Os saberes são produzidos pela aplicação do conhecimento a situações práticas que se identificam no contexto de prestação de cuidados e são intercedidos pela prática reflexiva. O contexto é detentor de significados coletivos partilhados por rotinas integradas que permitem a assimilação e adaptação de esquemas de ação e que possibilitam a atuação com distinção em situações novas e complexas. (Serrano, Costa, Costa, 2011)

Sobre as competências do enfermeiro especialista há a referir que resultam “(...) do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas (...)”. A definição de um “perfil de competências comuns e específicas visa um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados”. A certificação das competências especializadas garante que o enfermeiro especialista apresenta “conhecimentos, capacidades e habilidades que ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”. (Regulamento nº 140/2019, p. 4745)

2.1. Competências Comuns do EEER

As competências comuns são competências universais para todos os enfermeiros especialistas sendo caracterizadas por uma elevada capacidade de “conceção, gestão e supervisão de cuidados”, “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança”, acrescentando a responsabilidade pela “descodificação e disseminação da informação”, através da investigação, de forma a permitir a melhoria contínua da prática de enfermagem e o avanço da enfermagem enquanto disciplina. (Regulamento nº 140/2019, p. 4744-4745)

As competências comuns do EEER são constituídas por quatro domínios de competências, nomeadamente: A - Responsabilidade profissional, ética e legal; B - Melhoria contínua da qualidade; C - Gestão de cuidados; e D - Desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (Regulamento nº 140/2019)

Neste ponto, proponho descrever as atividades desenvolvidas em ambos os contextos, para cada um dos quatro domínios com a respetiva análise, de forma a documentar a aquisição e desenvolvimento destas competências.

A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar basilar da enfermagem enquanto profissão e disciplina, pelo que poderei afirmar que esta será uma competência básica a adquirir pelo enfermeiro desde o início da sua formação. A ação do enfermeiro deve ser regida por uma conduta que respeita as normas legais, a ética e a deontologia. Na transição para enfermeiro especialista, acresce a responsabilidade de demonstrar aos nossos pares, aos clientes e equipa multidisciplinar, por meio de atitudes e comportamentos, a capacidade de decisão diferenciada e baseada em conhecimentos e sobretudo em experiência.

Considero que em ambos os contextos demonstrei o respeito pelo código deontológico do enfermeiro, uma tomada de decisão ética e o cumprimento das normas legais vigentes.

Sobre a tomada de decisão assente nos princípios éticos e deontológicos, competência A1, unidade de competência A1.1, importa salientar que a pessoa e a família, em ambos os contextos, foram o foco central dos cuidados de enfermagem

de reabilitação. Assim sendo a tomada de decisão desenvolveu-se a partir da construção de estratégias em parceria com a pessoa/família. O respeito pela singularidade e existência da pessoa, foram fundamentais para a conceção de planos de cuidados personalizados e capazes de promover o desenvolvimento de processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde. Nas situações práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação foi necessário, numa primeira fase, escutar ativamente as pessoas e famílias, no que concerne às suas perceções sobre o seu estado de saúde para, numa segunda fase, as guiar para as mudanças, e educar para a sua nova condição de saúde. Em todas as situações foi respeitada a vontade da pessoa/família, no que respeita ao caminho a seguir, depois de devidamente informadas e esclarecidas. A função de educação carece de destaque dado que em todas as situações de cuidados de enfermagem de reabilitação foi importante perceber o momento em que a pessoa/família estava apta para a aprendizagem, foi necessário ajudar a pessoa a interiorizar as implicações da sua condição de saúde no seu estilo de vida, compreender a sua interpretação da doença e disponibilizar informações sobre a sua condição de saúde, tratamentos possíveis e resultados esperados.

No que concerne à tomada de decisão assente no conhecimento, na experiência e no trabalho em equipa, foi fundamental, numa primeira instância, o processo de integração nos contextos através da observação da organização dos cuidados, assim como do papel assumido pelos diferentes profissionais dentro da equipa multidisciplinar. O recurso a entrevistas, organizadas por meio da elaboração de guiões, foi uma forma de complementar a necessidade de informação e de compreensão das dinâmicas de funcionamento e organização dos contextos. Estas atividades de integração possibilitaram o contato com a intervenção do EEER e com a intervenção dos demais profissionais da equipa, constituindo-se como o ponto de partida para o desenvolvimento desta competência.

A participação em reuniões de equipa onde eram debatidas todas as situações de cuidados e as possibilidades de intervenção, os momentos informais e formais de transmissão de informação entre a equipa, a realização de registos diários informáticos que integravam o processo de enfermagem, a utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem, como enfermeiro gestor de caso ou enfermeiro de referência, constituíram-se como fatores facilitadores da tomada de decisão ética, deontológica, e de acordo com as normas vigentes. Estas atividades

proporcionavam a reflexão conjunta sobre os problemas reais e potenciais da pessoa/família, as suas preferências, os recursos disponíveis e adequados às situações, os limites da atuação profissional, o estabelecimento de objetivos de reabilitação atingíveis centrados na promoção da autonomia, a maximização da funcionalidade, o acompanhamento da pessoa/família a ultrapassar e a aceitação das dificuldades inerentes à sua condição de saúde.

A conceção de planos de cuidados individualizados em parceria com a pessoa/família, a salvaguarda da transição de cuidados através do planeamento da alta hospitalar e do planeamento de continuidade de cuidados, são exemplos de atividades desenvolvidas e que suportam a tomada de decisão.

Sobre o papel de consultor, unidade de competência A1.2, quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à área de especialidade, posso descrever uma situação concreta, em que foi solicitado o parecer do EEER para a avaliação do reflexo de deglutição. Após a devida avaliação verificou-se a presença de reflexo de deglutição ineficaz, com necessidade de adaptações alimentares sobretudo em termos da consistência alimentar, tendo sido a pessoa e o familiar instruídos para as adaptações alimentares a adotar, para a identificação de sinais de alarme de aspiração e para o posicionamento preventivo para minimizar o risco de aspiração.

Sobre a competência A2, que visa garantir a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, saliento a solicitação de consentimento à pessoa/família para todas as intervenções implementadas. O direito ao acesso à informação sobre a condição de saúde foi salvaguardado e adequado à capacidade de compreensão da pessoa, fornecido de forma faseada e validando o seu entendimento. A família teve acesso à informação sobre a condição de saúde da pessoa, quando consentido pela mesma ou nas situações de incapacidade para a tomada de decisão.

Todos os cuidados de enfermagem de reabilitação foram prestados considerando o respeito pela privacidade da pessoa através de atividades como correr a cortina e conversar em locais sem outros doentes ou profissionais. A confidencialidade das informações escritas e orais foram garantidas quer na realização de trabalhos escritos, quer em apresentações orais, quer na redação deste relatório, não existindo referências que possam expor a identidade das pessoas ou das instituições envolvidas.

Após a descrição das atividades desenvolvidas importa, agora, enquadrar as mesmas no código deontológico do enfermeiro, na tomada de decisão ética e no cumprimento das normas legais vigentes.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal emerge como o “fio condutor” para a prática de enfermagem. A profissão de enfermagem exige a detenção de conhecimentos e a aquisição e desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros, tendo como eixo principal de atuação, sempre, a pessoa. (Vasconcelos, 2021)

Assim sendo, a deontologia profissional manifesta-se pelo agir por dever, são regras e princípios que atribuem à ação um valor moral, sobre a forma de cuidar as pessoas. As normas deontológicas encontram-se em estreito vínculo com o respeito pelos valores, princípios éticos e as normas legais vigentes, fundamentando o agir profissional dos enfermeiros. (Vasconcelos, 2021)

O código deontológico dos Enfermeiros Portugueses constitui o pilar para a prática dos enfermeiros, sendo constituído por deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e comunidades a quem se destinam os cuidados de enfermagem e nas responsabilidades assumidas pela profissão. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

A ética surge associada ao agir humano, à gestão que cada pessoa traça para a sua vida, no sentido do seu próprio bem, estando sedimentada em princípios, nomeadamente da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. A ética quando aliada aos padrões do agir profissional manifesta-se pela preocupação com o bem-estar dos outros seres humanos. Assim sendo, os padrões de ética profissional superam a qualidade científica e técnica, para se susterem na qualidade humana e humanizadora. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

As normas legais vigentes, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde, determina os direitos e deveres dos cidadãos em matéria de saúde concretizando-se na salvaguarda do direito de proteção da saúde, pelo respeito de princípios (igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade), direito ao acesso aos cuidados de saúde adequados e à escolha dentro dos recursos disponíveis, direito à informação, direito à decisão entre outros. (Lei nº 95/2019, p. 56-57)

Assim sendo, o exercício profissional do EEER tem como foco a pessoa, as suas necessidades de cuidados, através da promoção dos projetos de saúde que a pessoa vivência e anseia seguir. Esta afirmação considera o respeito pelas reais

necessidades da pessoa, considerando para a tomada de decisão, as suas crenças, os seus valores, os seus projetos de vida, revelando um respeito absoluto pela mesma. (Vasconcelos, 2021)

A atitude de respeito pela pessoa, pela sua vontade, traduz-se pelo princípio ético de autonomia, que se encontra intimamente relacionado com o direito à tomada de decisão livre e esclarecida em matéria de cuidados de saúde, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde, salvo casos excecionais previstos pela lei. (Lei nº 95/2019, p. 56) O princípio da autonomia encontra-se considerado no artigo 99º, princípios gerais, do código deontológico do enfermeiro onde vem expresso que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana (...).” (Lei nº156/2015, p. 8078)

As atividades de participação em reuniões de equipa, refletem o dever de o enfermeiro, consagrado no artigo 112º do código deontológico, de integrar a equipa de saúde, atuar responsabilmente dentro da sua área de competência, reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde e de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde. (...).” (Lei nº156/2015, p. 8080)

As atividades de transmissão de informação formal ou informal, a conceção de planos de cuidados, a utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem, encontram-se implícitas no artigo 104º do código deontológico, do direito ao cuidado, onde o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. (Lei nº156/2015, p. 8070)

A necessidade do consentimento informado para qualquer intervenção de enfermagem, surge do respeito, da promoção e da proteção da autonomia da pessoa, encontra-se relacionado com a autodeterminação, com a liberdade individual, com a formação de uma vontade esclarecida e com a escolha pessoal. O artigo 105º do código deontológico do enfermeiro, salvaguarda o dever de informação, por parte do enfermeiro. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Também, as normas vigentes salvaguardam o direito da pessoa a ser informada de “forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das

intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados”. (Lei nº 95/2019, p. 56)

O respeito pela privacidade da pessoa e pela confidencialidade da informação encontram-se previstos no código deontológico do enfermeiro respetivamente no artigo 107º e 106º respetivamente. No artigo 107º o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e da sua família, na vertente física e psicológica. Assim como o respeito pelo pudor individual, a proteção e salvaguarda da privacidade. No artigo 106º sobre o dever de sigilo é expressa a confidencialidade da informação, o que se relaciona com o direito à privacidade, ficando expressa a noção de que a pessoa é constituída por uma acessibilidade limitada sobre a qual deve existir reserva de informação, anonimato e isolamento. A partilha de informação só deve acontecer “com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social, do individuo e família, assim como os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 79).

No direito da pessoa à confidencialidade sobressai a noção de que o próprio deve decidir sobre a informação partilhada, sendo que na ausência de poder de decisão deve ser considerado o seu melhor interesse. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No campo da melhoria contínua da qualidade, domínio de competência B, foram desenvolvidas competências nas áreas: de mobilização de conhecimentos e habilidades, de desenvolvimento de práticas de qualidade através da avaliação e do planeamento de práticas de melhoria contínua; e da garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

Quer no contexto comunitário, quer em contexto hospitalar, houve a necessidade de mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria da qualidade de cuidados. Durante o decorrer teórico do curso de mestrado de especialização em enfermagem de reabilitação foram desenvolvidos conhecimentos avançados na área de especialidade, tendo-se como referência teórica de excelência nos trabalhos académicos desenvolvidos o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, de forma a obter na prática clínica a melhoria contínua da qualidade. A observação, a consulta de informação disponível em registos, as experiências vivenciadas e os

ensinamentos proporcionados pelo EEER orientador de estágio, a par do trabalho de pesquisa desenvolvido individualmente para a realização dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação tiveram sempre como finalidade a obtenção de qualidade nos cuidados prestados.

No que concerne ao desenvolvimento de práticas de qualidade através da avaliação e do planeamento de práticas de melhoria continua da qualidade, serão descritas atividades desenvolvidas do âmbito da satisfação do cliente, da promoção da saúde e da prevenção de complicações, que se definem como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EEER. Importa salientar que os demais enunciados descritivos de qualidade serão enunciados e analisados ao longo deste relatório, mais concretamente no desenvolvimento das competências específicas do EEER.

A estratégia Nacional para a qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, p. 13551, define a qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e a satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” Esta atual versão estratégica de qualidade na Saúde impõe o desafio aos serviços prestadores de cuidados da melhoria das áreas de promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco. Do mesmo modo que incluem os cuidados curativos, de reabilitação e paliativos (despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio). Em primeiro lugar, destaco a satisfação do cliente, neste domínio, dado que a qualidade dos cuidados é fortemente caracterizada pelas apreciações e pelas vivências reportadas pela pessoa/família alvo dos cuidados, sendo as suas referências fundamentais para a melhoria dos cuidados. A satisfação do cliente, concretizou-se pelo *feedback* muito positivo que fui recebendo por parte das pessoas/ família a meu cuidado, as mesmas manifestavam envolvimento no plano de cuidados elaborado, identificavam e expressavam a necessidade da intervenção do EEER e com a avaliação de resultados foi possível demonstrar as alterações na condição de saúde e ganhos nas habilidades para gestão da doença. Sendo de referenciar como fator decisivo para este desígnio o enunciado no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que se concretizou com o desenvolvimento de atividades, que consideraram o envolvimento da pessoa desde a

conceção do plano de cuidados até à avaliação dos resultados e pelo respeito pela sua decisão em todo o processo.

Sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações, destaco desenvolvimento de atividades, na área da prevenção de quedas, que contribuíram para uma prática de qualidade e para proporcionar um ambiente terapêutico seguro.

A segurança nos cuidados de saúde é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, embora a qualidade não se resuma à garantia da segurança. O conceito de qualidade em saúde assenta em dimensões como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade, e a sua prestação no momento adequado. A continuidade dos cuidados, a sua eficiência e a sua efetividade são, também, dimensões da qualidade em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015).

O problema das quedas está na origem de uma significativa morbilidade e mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. Em todas as faixas etárias ocorrem quedas, no entanto, é nas pessoas idosas onde se verificam maiores danos, nomeadamente estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia a dia, com impacto familiar, social, e financeiros para os serviços de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015).

O conhecimento de que as quedas ocorrem devido a múltiplos fatores de risco, tais como: biológicos (idade e condições de saúde), comportamentais, socioeconómicos (isolamento, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos), e ambientais (inexistência de estruturas de apoio à mobilidade, barreiras à mobilidade, no espaço físico), possibilita a intervenção sobre os que podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados. (Despacho n.º 1400-A/2015)

A avaliação do risco de queda foi realizada, em ambos os contextos, no primeiro momento de contato com a pessoa, quando existiram alterações na sua condição de saúde e no momento de avaliação dos resultados das intervenções planeadas. A avaliação do risco de queda foi implementada através da utilização de instrumentos de medida apropriados à condição da pessoa e ao seu contexto para quantificar o risco, nomeadamente índice de Tinetti, contexto comunitário, e Escala de Morse, em contexto hospitalar. A avaliação neurológica nas vertentes da avaliação da motricidade, do equilíbrio e da marcha foram atividades fundamentais implementadas que forneceram dados, quantitativos e/ou qualitativos, sobre a força muscular, o tónus

muscular, a coordenação motora, o equilíbrio ou a incapacidade em o recuperar, assim com as características da marcha. Os estudos caso apresentados em apêndice 1 e 2, respeitantes ao contexto comunitário e hospitalar são demonstrativos da implementação dos instrumentos de medida supracitados e da avaliação neurológica nas vertentes enunciadas.

A avaliação e identificação dos fatores de risco ambientais concretizou-se por intervenções dirigidas: à remoção de obstáculos, à adequação do calçado, ao treino com auxiliar de marcha, à utilização de barras de apoio, à avaliação das características dos pavimentos de circulação e à realização das AVD na posição de sentado. Nas situações em que se verificou alterações do estado de orientação houve a necessidade de implementar intervenções tais como: a necessidade de utilização de grades na cama durante a permanência da pessoa no leito, o posicionamento da cama elétrica na posição mais próxima ao chão, e vigilância para com o comportamento da pessoa.

No que concerne aos fatores, de risco de queda, intrínsecos, as atividades desenvolvidas foram, no âmbito da avaliação abrangente da pessoa, no que respeita à sua funcionalidade, capacidade mental e condição de saúde atual. Sobre a condição de saúde atual foram desenvolvidas atividades, no âmbito da educação para a saúde, com o intuito de consciencializar a pessoa/família, para a relação entre a sua condição de saúde e o risco de queda, o aconselhamento da pessoa e do familiar sobre alterações ambientais em casa, a necessidade de andar com auxiliares de marcha e/ou com assistência, incentivando o familiar a participar no treino de marcha, o aconselhamento sobre produtos de apoio, como por exemplo a aquisição de tripé e utilização de protetor de anca. Outras intervenções como o treino de equilíbrio, de fortalecimento muscular e de andar com auxiliar de marcha foram medidas terapêuticas eficazes na minimização do risco de queda. As atividades que concretizam as intervenções mencionadas serão apresentadas em pormenor ao longo do relatório durante a abordagem das competências específicas do EEER.

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, a prevenção de quedas deve abranger a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de queda, a implementação de ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas. (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882)

A avaliação do risco de queda deve ser considerada no momento de admissão da pessoa nos serviços prestadores de cuidados, sempre que se justifique, após alteração dos fatores de risco e após uma queda. Os resultados da avaliação devem ser transmitidos à pessoa, à família e à equipa de cuidados de saúde e as estratégias preventivas devem ser comunicadas sempre que a pessoa é transferida, seja para outro serviço, instituição ou domicílio. (Despacho n.º 1400-A/2015)

As estratégias de prevenção do risco de queda contribuem para a qualidade dos cuidados, na medida em que permitem maximizar as capacidades funcionais da pessoa, melhoram a acessibilidade, a participação social, promovem o ambiente seguro e previnem as alterações da funcionalidade.

Importa, referir que o desenvolvimento da qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar, mas o esforço para obter qualidade em saúde tem uma contribuição importante dos enfermeiros. A definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados enfermagem de reabilitação constitui-se como um instrumento com potencial de promoção da melhoria contínua da qualidade. (Ribeiro, Martins, Tronchin, 2017)

Assim a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem indubitavelmente para a redução de riscos evitáveis e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. (Despacho n.º 5613/2015)

C- Domínio da Gestão dos Cuidados

O domínio da gestão dos cuidados encontra-se intimamente relacionado com o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados, e com a sua segurança, através da otimização da resposta de enfermagem e da equipa de saúde. Este domínio reveste-se de competências cuja aquisição é de elevada complexidade, sendo que muitas delas requerem a perícia associada à experiência prática de um exercício a longo prazo na área de especialidade. Pelo que, considerando o meu estágio de desenvolvimento de iniciado na área da especialidade, a aquisição e o desenvolvimento de competências nesta área encontrar-se-á em “construção” ao longo do meu “crescimento” enquanto especialista.

No entanto, nos contextos, foi possível o desenvolvimento das competências, C1 e C2, atuando no âmbito da colaboração nas decisões de equipa, da “referenciação para” outros prestadores de cuidados, da decisão relativa às tarefas a delegar, da utilização de técnicas de instrução e demonstração prática das tarefas a delegar, da avaliação das tarefas delegadas, da utilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade, e do reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, e fomentar um ambiente positivo e favorável à prática. (Regulamento nº 140/2019)

Nos diferentes contextos da prática clínica verifiquei a instituição de distintos modelos de organização da prestação de cuidados. Em contexto comunitário o método de “gestão de caso” e em contexto hospitalar o método de “enfermeiro de referência”. A implementação de métodos de organização de trabalho, permitem a otimização do trabalho em equipa, a adequação dos recursos às necessidades de cuidados, o que contribui para a qualidade dos cuidados. (Regulamento nº 140/2019)

Relativamente ao processo de colaboração da tomada de decisão em equipa, as atividades desenvolvidas nesta área foram descritas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Sobre a delegação de tarefas, em contexto domiciliário, o EEER prestou cuidados de enfermagem de reabilitação sem o apoio de outros profissionais funcionalmente dependentes do enfermeiro. No domicílio a pessoa tinha o suporte da família/ prestador de cuidados e o EEER desenvolveu a sua intervenção no sentido de capacitar a pessoa e a família para o AC. A transferência do cuidado para um cuidador informal não constituí um ato de delegação.

Em contexto hospitalar a delegação teve como alvo principal os enfermeiros de cuidados gerais. Exemplificando, após a avaliação do reflexo de deglutição, foi concebido um plano de intervenção com o objetivo de melhorar a deglutição de uma pessoa, através da minimização do risco de aspiração, da adaptação da dieta, da implementação de estratégias compensatórias e ensinios para a promoção da deglutição.

Sobre a delegação de cuidados no artigo 10º, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) encontra-se expresso que: “Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar (...).” (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2959)

Acrescenta-se, ainda, que o enfermeiro tem a responsabilidade e a obrigação de justificar a prestação e gestão dos cuidados que realiza. É seu dever consagrado, no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 100.º alínea b) “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, assim como no artigo 109.º, alínea e) “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”. (Lei n.º 156/2015, p.8078, p. 8080)

A situação de cuidados, anteriormente, descrita careceu, ainda, do desenvolvimento de outras atividades nomeadamente, abordagem da equipa médica para pedido de colaboração ao serviço de otorrinolaringologia, para avaliação do reflexo de deglutição através de videofluroscopia, no sentido de garantir que as medidas e adaptações implementadas eram suficientes para evitar a aspiração e, ainda, referenciação para a terapeuta da fala. Estas atividades enquadram-se na aquisição e no desenvolvimento das competências C1 e C2, na medida em que houve o reconhecimento de quando se deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados, assim como existiu o reconhecimento de distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, o que fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.

Sobre a adequação de recursos de forma eficiente para promover a qualidade, reporto-me a uma situação de cuidados em que existiu a articulação com um recurso da comunidade. Durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a uma pessoa e respetivo familiar de nacionalidade russa, e que não dominavam a língua portuguesa, chegado o momento de preparação da alta surgiu a necessidade de conceção de um folheto de forma a dar continuidade ao plano de cuidados implementado com informações sobre: exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular, técnicas de higiene brônquica e informações para a gestão da sua doença. A partir desta necessidade foi contactada a linha de tradução disponível na comunidade, por contato telefónico, e foi realizada a tradução do folheto educativo para a língua russa.

Sobre a utilização de recursos de forma adequada, invoco o artigo 105.º do dever de informação, do código deontológico do enfermeiro, alínea d) onde o enfermeiro assume o dever de: “Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter”. Esta alínea determina a necessidade dos enfermeiros saberem da existência dos recursos, no contexto da organização de

saúde ou na comunidade, de forma a mobilizarem esse conhecimento sobre os recursos em prol da pessoa e família. A mobilização do conhecimento sobre recursos implica informar sobre como os obter, de forma completa e isenta. Ao abrigo do artigo 101.º do código deontológico do enfermeiro, do dever para com a comunidade, o enfermeiro assume o dever de ser conhecedor dos recursos existentes, capazes de responder às necessidades das pessoas na continuidade dos cuidados, na interdisciplinaridade, na articulação de cuidados e no desenvolvimento de programas que promovam a saúde da comunidade. Dentro da comunidade existem recursos humanos e materiais que apoiam e fornecem suporte social. (Lei n.º 156/2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015)

O domínio em análise evidencia as habilidades dos enfermeiros especialistas na gestão dos cuidados de saúde, agilizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, salvaguardando a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, assim como detém capacidades de liderança e de gestão de recursos que se ajustam às situações e ao contexto, ambicionando sempre a qualidade dos cuidados. (Regulamento nº 140/2019)

Dentro do universo da gestão de cuidados, Zander corrobora em afirmar que os enfermeiros são os candidatos mais adequados para gerir os cuidados de saúde, na medida em procuram o equilíbrio entre as necessidades da pessoa e os recursos de saúde e sociais, minimizando a fragmentação, a descontinuidade e a duplicação desses mesmos cuidados, sendo o elo de ligação entre o sistema de saúde e a pessoa. (Guterres, Gonçalves, Afonso, Domingues, Carvalho, 2013, p. 44)

Neste âmbito o EEER deve assumir o papel de enfermeiro de referência das pessoas com necessidades significativas no âmbito do AC, como gestor dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação e, sobretudo, de formador sobre técnicas e atividades que proporcionem a continuidade e qualidade dos cuidados. (Santos, 2021)

Em ambos os contextos ficou demonstrado, independente do método implementado, que o EEER assume um papel de liderança dentro da equipa de saúde, comportando-se como um “pivot” altamente competente na organização dos cuidados de enfermagem em particular e de saúde em geral.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Endente-se por desenvolvimento profissional:

um processo individual e coletivo (...) que contribui para o desenvolvimento das suas competências profissionais, através de experiências de índole diferente, tanto formais, como informais (...) um processo a longo prazo, no qual se integram diferentes tipos de oportunidades e experiências, planificadas sistematicamente para promover o crescimento e desenvolvimento (...). (Marcelo, 2009, p.7).

A aprendizagem, segundo Kolb (1984), é um processo cíclico, que ocorre ao longo do tempo, existindo quatro formas de aprender: pelo pensamento (conceitualização abstrata), pela realização (experimentação ativa), pelo experimentar (experiência concreta) e pela reflexão (observação reflexiva). (Monteiro, Mourão, 2017, p. 40)

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais foram desenvolvidas habilidades em torno das competências D1 e D2.

Sobre a competência D1 foram aprimoradas competências de capacidades de autoconhecimento e de assertividade ao longo do processo formativo. Para a competência D2 foram alicerçados os processos de tomada de decisão e as intervenções em evidência científica para o desenvolvimento da praxis clínica. No que respeita, à competência D2 foram realizadas atividades no âmbito da atuação como formador em contexto de trabalho, através do diagnóstico de necessidades formativas, no sentido de favorecer a aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências nos enfermeiros, e por fim foram rentabilizadas as oportunidades de aprendizagem, através da análise de situações críticas. (Regulamento n. 0140/2019)

Durante o meu percurso formativo e concretamente em contexto de estágio, foi necessária uma reflexão contínua sobre as minhas características individuais (valores, crenças, atitudes, formas de pensar e agir, postura, motivação, criatividade, entre outros). O conhecimento sobre nós próprios, a compreensão sobre o modo como funcionamos, é necessário para podermos ajudar o outro. Muitas vezes, foi difícil gerir internamente o facto das pessoas, terem decisões dispares daquelas que eu tomaria se tivesse no seu lugar. Muitas vezes a minha filosofia de vida diferiu da filosofia de vida de quem cuidei, e torna-se uma aprendizagem, gerir internamente essas

idiosincrasias para a construção de um processo de ajuda eficaz. Muitas vezes foi necessário refletir após as jornadas de trabalho, para que a minha comunicação futura com a pessoa não demonstrasse as minhas diferentes perspetivas. A reflexão permitiu-me a consciencialização sobre os meus recursos, limites pessoais e profissionais, o que possibilitou o autoconhecimento e a assertividade.

As habilidades interpessoais em enfermagem são os conhecimentos, as habilidades, atitudes e valores que os enfermeiros podem manifestar de forma integral durante as relações interpessoais que estabelecem com os outros (destinatários de cuidados, familiares, comunidades, colegas ou outros profissionais). Estas habilidades são determinadas pelo respeito, abertura às experiências dos outros, gestão das emoções, compromisso com os outros, empatia, tomada de decisão negociada e compartilhada, trabalho em equipa e aplicação dos princípios bioéticos. A finalidade é desenvolver uma prática de enfermagem humanizada. (Reis, Álvarez, 2021)

Relativamente às atividades implementadas com vista ao desenvolvimento da competência D2, reporto-me ao contexto comunitário, para exemplificar as atividades específicas neste âmbito. A atuação como formador neste contexto surgiu da identificação da necessidade de evidenciar o contributo do papel do enfermeiro no domicílio na prestação de cuidados à pessoa com IC. A partir de conversas com a equipa de enfermagem e com o EEER sobre o tema do meu projeto de formação, pude recolher a informação de que era frequente em contexto domiciliário o cuidado à pessoa com IC, apesar de naquele momento não existirem pessoas com esta problemática. Perante as circunstâncias considerei oportuna a partilha de conhecimentos adquiridos com o projeto de formação, tendo sido necessário enquadrar o tema no contexto domiciliário, pelo que foi necessário desenvolver novas pesquisas. Dado que a população-alvo da formação seriam maioritariamente enfermeiros de cuidados gerais, os conteúdos foram ajustados às competências dos mesmos. No entanto, o contributo do EEER e da reabilitação cardíaca foi evidenciado através do desenvolvimento de intervenções individuais e de intervenções no seio de uma equipa multidisciplinar. Os conteúdos da formação foram disponibilizados em formato *PowerPoint*, tendo sido intitulada a formação de: Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com Insuficiência Cardíaca: contributos para a Reabilitação Cardíaca (apêndice 3). Contudo, dado ter ocorrido um

agravamento da pandemia, com redução significativa da equipa de enfermagem por situações de isolamento profilático, a formação não chegou a ser efetuada.

No que concerne, à rentabilização das oportunidades de aprendizagem, pela tomada de iniciativa na análise de situações clínicas, em ambos os contextos foram realizados estudos de caso (apêndice 1 e 2). A realização dos estudos de caso são exemplos, de atividades, que permitem a mobilização de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas.

A importância deste domínio afirma-se no enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação sobre a organização dos cuidados de enfermagem onde se refere que a existência de uma política de formação contínua do EEER é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2018a)

2.2 Competências Específicas do EEER

A enfermagem de reabilitação encontra-se assente em sólidos fundamentos teóricos e científicos, conduzindo a sua ação para: potenciar na pessoa níveis máximos de independência funcional e na realização de AVD; promover o AC, prevenir complicações e minimizar a deficiência; fomentar comportamentos de adaptação positiva; garantir a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; defender a qualidade de vida; melhorar os resultados expectáveis; e contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados de saúde. (Hoeman, 2000)

Em Portugal, os EEER têm especificadas as suas competências no regulamento n.º 392/2019, distribuídas por três competências principais. A competência J1, que integra o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo ciclo de vida, em todos os contextos, através da identificação de necessidades de intervenção do âmbito da funcionalidade da pessoa e conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados especializados, com a finalidade de obtenção de qualidade de vida, reintegração e participação social. A competência J2, que possibilita a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, a partir do estabelecimento de programas de treino de AVD, adaptados às limitações da mobilidade com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida, e promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social. A competência J3, que permite a maximização da funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa, através da conceção, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

O desenvolvimento da competência J1, J2 e J3 concretiza a implementação do processo de enfermagem, na especificidade do processo de reabilitação, na medida em que se perspetiva o desenvolvimento de um conjunto de etapas tais como: a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e a avaliação final. Considerando a especificidade do exercício profissional do EEER, os dados colhidos e os diagnósticos formulados dizem respeito a alterações da funcionalidade, que desencadeiam respostas humanas desadequadas. O AC surge como um foco de atenção relevante no planeamento dos cuidados de reabilitação e a teoria de Dorothea Orem, como um contributo importante na construção desse mesmo cuidado, na medida em que perante as limitações da pessoa/família, as considera aptas para aprender novas formas de desempenho do AC. (Ribeiro et al, 2021)

Neste item serão descritas as intervenções e atividades implementadas nos dois contextos de estágio para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEER.

2.2.1. Contexto comunitário: ECCI

O domicílio é um local de eleição para o EEER efetuar o diagnóstico das necessidades da pessoa, dado que o confronto com a realidade do quotidiano, possibilita que o processo de reabilitação ocorra em adaptação a essa mesma realidade. A compreensão das alterações funcionais da pessoa e das necessidades da família/cuidador, decorrentes da doença, são pontos-chaves de atuação do EEER, no sentido da promoção da adaptação e reinserção na comunidade. (Oliveira et al, 2021)

Considerando a competência J1, especificamente a unidade de competência J1.1 serão descritas as intervenções e atividades implementadas, neste contexto, que permitiram: a avaliação de alterações da funcionalidade, a avaliação da capacidade para a realização das AVD e a avaliação dos aspetos psicossociais que interferiram nos processos adaptativos, de transição saúde/doença e ou incapacidade, através da recolha de informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida. Ainda, no cerne desta unidade de competência, e a partir da avaliação da funcionalidade, foram estabelecidos os diagnósticos para as respostas humanas desadequadas, o que permitiu a identificação de necessidades de intervenção, de forma a otimizar e a reeducar as funções alteradas. (Regulamento n.º 392/2019)

A partir da aplicação do processo de enfermagem, foi efetuada a avaliação inicial.

A colheita de dados foi implementada para recolher as informações pertinentes nas particularidades de cada situação. Numa primeira fase, foram recolhidas informações sobre a identificação da pessoa e história de saúde pregressa: antecedentes pessoais, situação de saúde prévia ao internamento, no que respeita à situação dependência/independência e autonomia, hábitos de vida, medicação habitual, suporte familiar, recursos internos e externos para gerir a atual condição de saúde. Esta informação foi recolhida no processo informático da pessoa, na nota de alta de enfermagem e médica, em entrevista à pessoa no domicílio e familiar/cuidador,

sobretudo nas situações das pessoas que apresentavam estados de desorientação autopsíquica e/ou alopsíquica.

Outras informações tais como: o motivo de encaminhamento para a UCCL, onde constavam os objetivos propostos para a continuidade de cuidados no domicílio; a história de saúde atual, com a informação sobre o percurso de doença, possíveis complicações, repercussões físicas e/ou mentais e a identificação de potenciais problemas sociais ao longo do internamento; o esquema terapêutico; e a avaliação da situação familiar, social, habitacional e económica, constituíram-se como informações relevantes para a identificação de problemas e o planeamento de cuidados.

Para a avaliação da família considerou-se a aplicação do Modelo de Calgary, que permitiu o conhecimento da estrutura, do desenvolvimento e da funcionalidade das famílias encontradas (Wright, Leahey, 2012). O conhecimento da família e o seu entendimento como cliente dotado de funções sociais, facilitam os processos de transição ajustados entre saúde e doença e permitem a reconstrução da vida familiar no processo de reabilitação. (Martins, Martins, Martins, 2016)

No que respeita à avaliação social, habitacional e económica para além da colheita de dados por meio de entrevista foi útil o recurso ao genograma, ao ecomapa e à escala de Graffar, dado que permitem obter informação relevante sobre condições socioeconómicas, recursos disponíveis, condições de risco, alterações de comportamento de saúde e de desenvolvimento psicossocial, constituindo-se como ferramentas de síntese de informação e registos de forma a esquematizar as informações pertinentes recolhidas (Wright, Leahey, 2012; Figueiredo, 2009).

A avaliação da pessoa, surgiu após a colheita de dados, e neste sentido foi considerada a realização do exame físico com a recolha de dados objetivos e subjetivos. Em termos de dados objetivos, “sinais”, foram realizadas avaliações dos parâmetros vitais, glicémia capilar, avaliação das características da respiração e auscultação pulmonar. Em termos de dados subjetivos, “sintomas”, foram consideradas as verbalizações das pessoas sobre o que estavam a viver, sentir, ver, ouvir e pensar. Concretamente no exame físico foram detalhados registos sobre a aparência geral, incluindo o peso, a altura, o estado nutricional, capacidades auditivas e visuais e condição da pele e mucosas.

A avaliação neurológica da pessoa foi realizada em todas as situações de cuidados, tendo sido adaptado o grau de pormenor à situação específica que se apresentava.

O exame neurológico integra o exame físico, a anamnese e deve contemplar informações transmitidas pela família, sendo constituído pela avaliação: do estado mental, dos pares cranianos, da motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha. (Menoita, Sousa, Alvo, Vieira, 2012)

Para a avaliação do estado mental foi utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE). No entanto em algumas situações apenas foi aplicável a avaliação do estado de orientação na dimensão: autopsíquica e alopsíquica.

O MMSE permite determinar a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio de distúrbios cognitivos. Os resultados da aplicabilidade do MMSE permitem uma avaliação básica e breve do funcionamento intelectual, o que fornece fundamento para uma avaliação neuropsicológica posterior. A pontuação do teste é influenciada pela idade e pela escolaridade. (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, Martins, 2009; Apóstolo, 2012)

A avaliação dos pares cranianos, foi considerada, tendo sido elaborada uma tabela *standard* em apêndice 4, que compreende a identificação dos pares cranianos, a sua função, métodos para avaliação e material necessário, constituindo-se um guia para a descrição das observações e interpretação de resultados obtidos, com a finalidade de identificar problemas reais e potenciais do sistema nervoso central com repercussões na função motora e/ou sensorial.

A avaliação dos pares cranianos é parte integrante de um exame neurológico completo, permitindo o diagnóstico de lesões específicas, ao nível do sistema nervoso central. Para a avaliação dos pares cranianos importa o conhecimento das suas funções e componentes e a aplicação de técnicas específicas. (Menoita et al, 2012; Damodaran, Rizk, Rodriguez, Lee, 2014)

Sobre a avaliação da motricidade Menoita et al (2012) refere que pode ser dividido em exame da força, tónus muscular e coordenação dos movimentos.

A avaliação da motricidade compreendeu a avaliação da força muscular com recurso à utilização da Medical Research Council Muscle Scale (MRC), a avaliação teve em consideração os vários segmentos corporais em todos os movimentos e bilateralmente. Como suporte à implementação da MRC na prática clínica foi elaborado um documento de orientação denominado de mobilizações: movimentos do corpo humano, apêndice 5. A implementação deste instrumento de avaliação permitiu

verificar o grau de força muscular inicial, tendo sido útil para monitorizar e avaliar as intervenções no âmbito do movimento corporal comprometido.

A MRC é um instrumento de colheita de dados amplamente utilizado na prática do EEER, que permite a avaliação da força muscular, em cada músculo separadamente no movimento de cada articulação. Esta escala gradua os níveis de força entre 0-5. A graduação considera o máximo esperado para determinado músculo, através de resistência à mobilização ativa. (Medical Research Council, 1943; Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Ainda, no âmbito da motricidade sobre a avaliação do tônus muscular, foi aplicada a escala Modificada de Ashworth. O tônus muscular é um reflexo propriocetivo responsável por manter a postura corporal, através de contração permanente e regulada dos músculos (Menoita et al, 2012). A Escala Modificada de Ashworth, encontra-se recomendada para avaliação do tônus muscular, nomeadamente da espasticidade, através da mobilização passiva dos membros para avaliação da resistência. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Neste contexto de cuidados foram verificadas alterações do tônus muscular como sequelas de AVC anteriores. A implementação desta escala considerou os princípios enunciados para a avaliação da MRC, mas com recurso a mobilizações passivas dos vários segmentos corporais. A partir desta avaliação foi possível perceber as consequências do aumento do tônus muscular na mobilidade, com limitações da amplitude articular e dor intensa na mobilização. A avaliação da coordenação motora constitui-se como, outro, parâmetro da avaliação da motricidade.

A coordenação motora é determinada pela sensibilidade profunda ou postural e regulada pelo cerebelo e sistema vestibular. Para a avaliação da coordenação motora considera-se a simetria, o ritmo, a alternância e a rapidez do movimento. Esta é avaliada por meio de provas dirigidas aos membros superiores e inferiores (Menoita et al, 2012). Nesta área foram realizadas avaliações nos membros superiores através da prova Índice-nariz¹ e prova calcanhar joelho², para os membros inferiores.

¹ Segundo Albernaz et al (1997) e Menon et al (2000) esta prova avalia o equilíbrio estático de pé. Solicita-se à pessoa para colocar um pé em frente do outro, em linha reta, utiliza-se quando o teste de Romberg suscita dúvidas. (Menoita et al, 2012)

² Segundo Albernaz et al (1997) e Menon et al (2000) este teste avalia o equilíbrio dinâmico. A pessoa deve andar para a frente e para trás de olhos fechados num percurso de 1,5 metros. (Menoita et al, 2012)

Esta prova foi útil para avaliar a presença de coordenação, taxia, e de descoordenação motora, ataxia.

Por último, na motricidade, foi considerada, ainda a avaliação da sensibilidade superficial e profunda, em todos os segmentos corporais, iniciando-se do distal para o proximal, bilateralmente e de olhos fechados.

A sensibilidade tátil foi testada através da utilização de algodão. Relativamente à sensibilidade térmica, foram utilizados objetos frios e aquecidos. Para testar a sensibilidade dolorosa foi utilizada uma caneta, para testar a sensibilidade profunda foi utilizada pressão manual sobre as massas musculares e para testar a sensibilidade postural foi posicionado passivamente um membro e de olhos fechados solicitou-se que a pessoa descrevesse a posição desse membro.

A sensibilidade é uma importante função do sistema nervoso que permite a interpretação consciente dos estímulos sensoriais do meio ambiente e a sua perda ou alteração acarreta danos a nível funcional (Menoita et al, 2012).

A avaliação do equilíbrio e da marcha, foi ainda considerada, na avaliação neurológica. O equilíbrio foi explorado aquando da avaliação do VIII par craniano (estado-acústico). No entanto, em contexto de prestação de cuidados foram, também, utilizados instrumentos tais como: a escala de Equilíbrio de Berg e o índice de Tinetti, que permitem avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, e predizer o risco de queda em adultos e idosos (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A marcha foi, também, avaliada em todas as situações de prestação de cuidados. Sendo relevante a sua caracterização quanto à forma como era iniciada, largura do passo, altura do passo, simetria do passo, continuidade do passo, estabilidade do tronco, base de sustentação durante a marcha, andar sobre um percurso delineado para avaliação de desvio e utilização ou não de auxiliares de marcha.

O equilíbrio é um processo automático e inconsciente que permite reagir aos efeitos desestabilizadores da gravidade, sendo que a sua preservação requer informações visuais, sensoriais, proprioceptivas e vestibulares, a integração central no cérebro e a resposta motora. Este pode ser repartido em estático e dinâmico. O estático com manutenção do centro de gravidade dentro da base de sustentação, na posição de sentado ou ortostática e o dinâmico na posição ortostática enquanto o centro de gravidade e a base de sustentação se encontram em movimento (Garcia, Cunha, Novo, 2021).

A marcha, o andar, o deambular ou o caminhar é uma atividade complexa, coordenada pelo sistema nervoso central, é um movimento que se baseia na simetria corporal, no equilíbrio, na estabilidade postural, do qual resulta a interação entre o sistema nervoso e osteomuscular. A importância da avaliação do andar é demonstrada pelo fato deste refletir o funcionamento de múltiplos órgãos, sendo um componente básico da funcionalidade/independência da pessoa. (Lenardt, Grden, Betiolli, Carneiro, Ribeiro, 2015)

Existem inúmeros fatores que presentes na condição de saúde da pessoa que são preditivos de andar comprometido, nomeadamente: alterações da condição física, alterações do equilíbrio, medo de cair, alterações da condição cognitiva/compromisso neurológico, obesidade, alterações da força muscular, fadiga, idade avançada e apoios de marcha (Marques-Vieira, Caldas, 2016).

A avaliação do sistema respiratório foi uma etapa, também, implementada em contexto comunitário. Esta avaliação foi indissociável da avaliação das demais funções já enunciadas, já que pressupõe a abrangência, não só da função respiratória, mas, também, da avaliação da capacidade funcional, da função muscular, do estado nutricional, da componente psicológica, da qualidade de vida, da adaptação da pessoa ao processo de saúde e do contexto social e económico. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

Destacou-se na avaliação da capacidade funcional, na pessoa com doença respiratória o compromisso da capacidade para a atividade/exercício físico, devido à presença de dispneia para o esforço. Para esta avaliação recorreu-se à escala de Borg modificada. A escala de Borg modificada é um instrumento utilizado na prescrição e no ajuste da atividade/exercício físico, dado que permite a monitorização da sensação de esforço com a atividade de 0 a 10 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Ainda, sobre a avaliação da capacidade funcional verificou-se situações de fraqueza muscular predominantemente nos membros inferiores nas pessoas com doença respiratória, mas, também ao nível dos membros superiores o que compromete a realização das AVD. Na doença respiratória os quadricípites são dos músculos mais comprometidos pela evolução da doença, assim como os músculos dos membros superiores se encontram afetados (Spruit, Singh & Garvey, 2013).

Concretamente, sobre a avaliação do sistema respiratório foram recolhidos dados, através de entrevista e de consulta do processo clínico sobre: a história pregressa, história familiar e história clínica atual. Sobre a história pregressa foi

importante compreender os sintomas presentes (doenças respiratórias diagnosticadas, ou de infância), os fatores de risco que conduziram a doença respiratória (por exemplo hábitos tabágicos), as comorbilidades que poderiam interferir no plano de reabilitação, os hábitos, crenças e valores que interferem na adesão ao plano terapêutico. Para a concretização da história familiar importou identificar fatores de risco genético e ocupacional (por exemplo exposição a poeira, sílica, asbesto...) para o desenvolvimento de doença respiratória. Na história de doença atual foi necessário identificar o motivo pelo qual a pessoa recorreu ao profissional de saúde, dados biográficos e a análise de sintomas atuais (dispneia, tosse, secreções, dor torácica, hemoptises), sendo necessário perceber quando surgiram, a frequência com que ocorrem, a duração, o que agrava ou alivia, assim como outros sintomas associados.

A avaliação clínica compreendeu o exame físico, que teve em consideração a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação.

Para a realização da inspeção foi solicitado à pessoa a adoção da posição de sentado e foi observado o tórax, as características da respiração (frequência, amplitude e ritmo dos movimentos respiratórios) a postura e a pele sobretudo quanto à coloração. A inspeção permite detetar alterações da normalidade observáveis na pessoa que podem indicar alterações a nível pulmonar (Ferreira, Santos, 2016).

A palpação concretizou-se através da procura de áreas dolorosas e caracterização de anomalias previamente identificadas. Esta técnica envolve a utilização das mãos e dos dedos para obter informação através do tato (Menoita et al, 2012).

A percussão foi uma técnica utilizada como forma de treino, com intuito de avaliar estruturas numa profundidade de sete a oito centímetros para determinar se os pulmões se encontram preenchidos de ar, líquido ou material sólido (Menoita et al, 2012).

Sobre a auscultação foi treinada em pessoas com e sem patologia pulmonar com a audição dos ruídos traqueobrônquicos, “murmúrios vesiculares”, roncos e sibilos. A presença de patologia pulmonar pode provocar a alteração da transmissão dos sons respiratórios e conduzir à produção de sons denominados de ruídos adventícios (crepitações, sibilos, roncos, atrito pleural) (Ferreira, Santos, 2016).

No que respeita aos exames de diagnóstico foi muito utilizada a oximetria de pulso para acompanhar a monitorização dos valores de oxigénio, em situações de

repouso, de exercício, de necessidade de oxigenoterapia, de ventiloterapia ou inaloterapia. A observação da telerradiografia de tórax permitiu o treino dos parâmetros a avaliar de forma organizada, nomeadamente o diafragma, pleura, pulmões e mediastino. Esta observação permite avaliar sobre a existência ou não de patologia respiratória, avaliar a evolução da doença, e as respostas à intervenção terapêutica (Menoita et al, 2012).

Sobre a avaliação nutricional na pessoa com doença respiratória considerou-se a avaliação do peso, da altura, da idade e avaliação da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos. Na pessoa com doença respiratória é frequente a depleção nutricional, o que afeta a força muscular respiratória e periférica e assim a capacidade para a atividade e exercício. Deste modo, torna-se essencial potenciar e manter um estado nutricional adequado para restabelecer o bem-estar físico e funcionalidade da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

Sobre a componente psicológica verificou-se numa situação de cuidados manifestação de ansiedade relacionada com o processo patológico respiratório. A ansiedade e a depressão são muito frequentes na pessoa com doença respiratória, relacionado com as alterações fisiopatológicas, como a dispneia. A ansiedade tem um impacto negativo na tolerância ao exercício, na qualidade de vida, o que justifica a necessidade de uma identificação precoce. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

No que respeita, ao processo de adaptação destas pessoas ao processo de doença, verificou-se por meio, sobretudo, de entrevista à pessoa e familiar/cuidador, falta de conhecimentos sobre a doença e incapacidade para a gestão do regime terapêutico, nomeadamente, incapacidade para a gestão do regime medicamentoso e necessidade de adoção de comportamentos favoráveis à saúde. Neste ponto, foi necessário identificar e compreender o regime terapêutico instituído, particularmente sobre a utilização de oxigenoterapia, de ventiloterapia, de inaloterapia e de outras terapêuticas instituídas. A patologia respiratória provoca incapacidade na pessoa devido a alterações fisiopatológicas, muitas vezes, irreversíveis, e que carecem de longos períodos de supervisão, observação ou cuidados e uma adaptação da pessoa ao processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p.82).

Sobre o processo social e económico, foram utilizados: o modelo de Calgary, o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar, já referidos anteriormente para compreender a estrutura familiar, a rede de suporte disponível, de forma a reconhecer

os recursos que podem ser mobilizados para ajudar as pessoas com limitações decorrentes da doença.

A avaliação da independência na realização das AVD foi outro item fundamental para prática do EEER. Como instrumento de avaliação foi amplamente utilizado o Índice de Barthel que permitiu a avaliação do nível de independência da pessoa para a realização de AVD nas áreas: da alimentação; da higiene pessoal; do uso do sanitário; do tomar banho; do vestir-se e despir-se; do controlo de esfíncteres; do deambular; da transferência; e do subir e descer escadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.12)

A Escala de Medida de Independência funcional (MIF) foi utilizada, complementarmente, na avaliação da independência da pessoa, por abranger outras áreas tais como: a comunicação e consciência do mundo exterior. Esta escala visa diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A avaliação do impacto no AC, a partir do referencial teórico de Dorothea de Orem, permitiu a avaliação dos requisitos universais que vão ao encontro das atividades de cuidado pessoal, acrescentando-se a avaliação dos requisitos desenvolvimento, que correspondem ao entendimento dos fatores que promovem e regulam o desenvolvimento, e os de desvio da saúde, em que existe a necessidade de uma gestão eficaz da doença por parte da pessoa/família. (Petronilho, 2012)

O estudo de caso apresentado, em apêndice 1, demonstra a concretização do processo de enfermagem de reabilitação, na etapa da avaliação inicial, numa situação particular de cuidados.

A partir da avaliação, foram identificados problemas que foram traduzidos em diagnósticos, para os quais foram concebidos planos de cuidados com a finalidade de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e AC, nos processos de transição entre saúde e doença ou incapacidade (unidade de competência J 1.2), e implementadas intervenções com o objetivo de otimizar e reeducar as funções alteradas (unidade de competência J 1.3), e avaliados os resultados das intervenções planeadas (unidade de competência J 1.4). (Regulamento n.º 392/2019)

Com base nas avaliações supracitadas foi possível identificar respostas humanas desadequadas, no contexto comunitário, a nível sensoriomotor, cognitivo, respiratório, e da realização das AVD.

Há que referir que a descrição de atividades que se segue foi organizada a partir de diagnósticos de enfermagem assentes na nomenclatura CIPE versão 2.

Em todas as situações de cuidados a pessoa, o cuidador e/ou a família foram considerados elementos ativos e centrais no processo de enfermagem, atendendo-se à sua individualidade, à necessidade de validação com a pessoa e de estabelecimento de parcerias com os familiares. (Santos, 2016)

Em termos sensoriomotores foram identificados problemas que se traduziram nos seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: movimento corporal comprometido (por fraqueza muscular, por diminuição da força muscular); Espasticidade (alteração do tônus muscular); equilíbrio (estático e/ou dinâmico) comprometido; transferir-se comprometido; e andar comprometido.

A intervenção do EEER para reeducação desta função é centrada em exercícios e técnicas, tais como: mobilizações, atividades terapêuticas no leito (ponte, rolamento); treino de equilíbrio; exercícios com bola terapêutica; plano inclinado; mesa de verticalização; treino de levante; tipos de marcha com auxiliares; e exercícios em cadeira de rodas. (Coelho, Barros, Sousa, 2016)

O plano de cuidados concebido no âmbito do estudo de caso, apêndice1, compreendeu diagnósticos da área sensoriomotora como o movimento corporal comprometido (por fraqueza muscular no membro inferior à direita), equilíbrio dinâmico comprometido e andar comprometido (com auxiliar de marcha). Tendo sido estabelecidos como objetivos de intervenção: reforçar a musculatura dos membros inferiores, melhorar o equilíbrio dinâmico e otimizar a marcha. Face à presença de risco moderado de queda, obtido a partir da implementação do Índice de Tinetti, em consequência da instabilidade da marcha, estabeleceu-se, ainda, como objetivo manter o ambiente seguro.

As intervenções/atividades desenvolvidas para dar respostas aos objetivos enunciados foram do âmbito: da avaliação, da consciencialização para o risco de queda, do treino de equilíbrio adaptado às necessidades da pessoa, do treino de exercícios de fortalecimento muscular, e de ensino sobre a utilização de tripé.

Em apêndice 6 apresento um quadro síntese onde se encontram esquematizadas as áreas, intervenções e atividades desenvolvidas, de forma a atingir os objetivos previamente delineados.

Considerando as áreas, as intervenções e as atividades desenvolvidas há que enfatizar o envolvimento do cuidador nas mesmas, dado que permitiu a sua consciencialização para as necessidades do seu familiar na área sensoriomotora, desenvolvendo-se a capacitação do cuidador, de forma a dar continuidade ao processo de reabilitação no dia a dia da pessoa, ficando o mesmo desperto para as intervenções e atividades que permitem melhorar e minimizar as limitações existentes decorrentes da condição de saúde, seja esta, transitória ou permanente.

As intervenções implementadas delineadas envolveram o método de ensinar e o sistema de enfermagem de apoio/educação tendo por base a aplicabilidade da Teoria do AC de Orem. Como resultados das intervenções desenvolvidas verificou-se equilíbrio melhorado, essencialmente traduzido na passagem de moderado risco de queda para reduzido risco de queda (aplicação da escala de Tinetti). Relativamente à otimização da marcha e à manutenção de um ambiente seguro, foram desenvolvidas capacidades relativas ao andar com tripé, a pessoa adquiriu um tripé e demonstrou aprendizagem da técnica instruída, reconhecendo a necessidade da utilização do mesmo para as deslocações ao exterior, com a finalidade de melhorar o equilíbrio e minimizar o risco de queda.

No âmbito sensoriomotor foram, ainda, identificados os diagnósticos de enfermagem: de movimento corporal comprometido, relacionado com situações de diminuição da força muscular, paresia, e alteração do tónus muscular, espasticidade; de equilíbrio estático e dinâmico comprometido, e de transferir-se e andar comprometido. Estes diagnósticos de enfermagem foram identificados em pessoas dependentes para a realização das AVD, devido à doença aguda (maioritariamente cerebrovascular) e/ou consequência da imobilidade. Nestas situações de cuidados as alterações da força muscular e do tónus muscular condicionavam a realização das AVD, o equilíbrio estático e dinâmico e a capacidade para o transferir-se e andar, pelo que foi necessário traçar um plano de intervenção nas áreas alteradas considerando as particularidades de cada pessoa e cuidador/ familiar.

Nas situações de cuidados enunciadas perspetivou-se como objetivos, da intervenção do EEER, melhorar o movimento corporal do lado afetado, minimizar o

desenvolvimento da espasticidade, melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, melhorar a capacidade da pessoa para a transferência e andar.

Em apêndice 7 segue-se a apresentação e esquematização das áreas, intervenções e atividades desenvolvidas para concretização dos objetivos anteriormente delineados.

Como resultados das intervenções apresentadas em apêndice 7 verificou-se: movimento corporal melhorado, aumento do conhecimento e capacidade para executar as mobilizações por parte das pessoas e familiar/cuidador, a partir do assistir, instruir, treinar e incentivar sobre mobilizações passivas e ativas-assistidas, e exercícios específicos para segmentos corporais com paresia. No que concerne, ao equilíbrio, verificou-se equilíbrio estático e dinâmico melhorado, através da implementação de treinos de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e ortostática. A capacidade para o transferir-se e andar melhorada, com diminuição do score no Índice de Barthel, foi desenvolvida a partir da implementação de técnicas de levantar, transferência e de treino de marcha controlada, adaptadas aos défices e necessidades da pessoa.

A mobilização, pressupõe o movimento corporal, sendo esta necessária o mais precocemente possível. A reabilitação inicia-se com a mobilização passiva, devendo progredir para a ativa-assistida e ativa-resistida, devendo ser consideradas as características da pessoa e a sua evolução ao longo do processo de reabilitação. A mobilização precoce permite conservar a elasticidade dos ligamentos, dos músculos, evitando as contraturas, retrações e deformidades. (Araújo, Soares, Ribeiro, Martins, 2021)

As atividades terapêuticas como o rolamento, a ponte, e as automobilizações permitem: a inibição do padrão antiespástico, o aumento da força, sensibilidade e tónus muscular, evitar complicações e a integração do hemicorpo afetado nas situações de compromisso neurológico³. Menoita et al (2012), citando Johnstone (1987), afirma que o rolamento contribui para o alinhamento corporal e para a postura adequada e a ponte é um exercício de suporte precoce de peso, que prepara para o sentar, levantar e andar proporcionando uma marcha mais estável e rítmica.

Na área do equilíbrio, embora as reações do equilíbrio sejam respostas automáticas, o equilíbrio pode ser sujeito a treino de forma a ser possível o comando

³ UNIDADE CURRICULAR DE REABILITAÇÃO II. (Apresentação Power Point – A pessoa com alterações Neurológicas). Prof. Maria do Céu Sá. ESEL, 2021

e a modificação voluntária dessas respostas. O treino do equilíbrio deve considerar em primeiro lugar a posição de sentado, através do treino de correção de postura, para seguidamente treinar, na mesma posição, as transferências de peso (Araújo et al, 2021; Coelho et al, 2016).

A manutenção do equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado é um indicador de que a pessoa pode iniciar o programa de marcha. No que concerne ao treino do equilíbrio na posição ortostática são úteis exercícios de fortalecimento muscular, com apoio fixo, sendo estes exercícios de: flexão plantar; flexão do joelho; flexão e extensão coxofemoral; abdução do membro inferior; levantar e sentar sem apoio de mãos. (Coelho et al, 2016)

Sobre o levantar e a transferência importa, salientar, que o mesmo deve ser realizado precocemente, salvaguardando as condições de segurança clínica, o estado físico da pessoa e a sua capacidade de participação. Contudo, carece de preparação devendo esta considerar a elevação progressiva da cabeceira, a realização de atividades terapêuticas no leito e o treino de equilíbrio na posição de sentado. (Menor, Ricarte, Sanches, Gomes, Barrancos, 2016)

Por último, relativamente ao andar, importa referir que deve iniciar-se quando a pessoa consegue ficar na posição ortostática, com equilíbrio e consegue evitar posturas incorretas. Numa fase inicial a marcha deve ser assistida pelo enfermeiro. Um treino de marcha de curta duração e repetido em vários momentos longo do dia confere mais benefícios para a pessoa, dado que os grandes objetivos do treino de marcha são: readquirir o padrão automático e promover a independência e segurança com um dispêndio de energia aceitável para a pessoa. O treino da marcha possibilita a prevenção de quedas, sendo importante considerar fatores extrínsecos que se constituem como barreiras ao treino de marcha e que contribuem para o risco de queda (tapetes, móveis, piso molhado, calçado inadequado, pisos escorregadios). (Menoita et al, 2012)

Ainda, sobre o treino de marcha, devem ser considerados os auxiliares de marcha para as situações de alteração do equilíbrio, de fraqueza muscular, de instabilidade articular, de período pós-operatório e de necessidade de descarga sobre um dos membros inferiores. Existem diversos auxiliares de marcha a sua seleção deve ter em consideração as necessidades da pessoa. (Coelho et al, 2016)

No que respeita às respostas humanas desadequadas a nível cognitivo, foram identificados problemas, especificamente na situação documentada no estudo de

caso (apêndice 1), onde através da aplicação do MMSE foi identificada a situação de defeito cognitivo, com alterações ao nível do estado de orientação nas dimensões temporais e espaciais, na atenção e na memória a curto prazo. Particularmente no que respeita à atenção, a partir da observação e entrevista foi muito evidente um estado de hipervigilância constante dado que a pessoa alvo de cuidados apresentava muita dificuldade em manter a atenção nas tarefas propostas e em atividades mentais.

Os problemas identificados foram traduzidos nos seguintes diagnósticos de enfermagem: desorientação temporal e espacial, memória a curto prazo comprometida, e atenção comprometida. Os objetivos delineados para as intervenções e atividades planeadas foram: melhorar a orientação temporal e espacial e a memória a curto prazo, através de estratégias adaptativas e melhorar a atenção nas componentes da vigilância, tenacidade e concentração.

Todas estas alterações constituíram-se como fatores dificultadores para ação autónoma e independente da pessoa no seu contexto de vida, influenciando o processo de reabilitação na medida em que comprometia as diversas dimensões do AC.

A reeducação cognitiva requer a avaliação do potencial cognitivo e de aprendizagem da pessoa, de forma a serem estabelecidos objetivos e estratégias para reabilitar a função cognitiva, mas também para aferir sobre como as alterações nesta área podem influenciar o programa de reabilitação, existindo a necessidade de adaptação do programa às limitações da pessoa. A avaliação cognitiva pode ser executada a partir de consulta do processo clínico, entrevista, observação do comportamento, procedimentos específicos e recurso a instrumentos de avaliação, sendo a família/cuidador fulcrais no fornecimento de informação. A utilização de instrumentos de medida permite obter dados objetivos sobre a evolução da pessoa, o impacto do programa de reabilitação cognitivo instituído e possibilitando, ainda, a elaboração de estudos. (Varanda, Rodrigues, 2016)

Em apêndice 8 são apresentadas as intervenções e atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos anteriormente referidos.

As intervenções/atividades desenvolvidas refletem, segundo a Teoria do AC de Orem, a aplicabilidade do sistema de enfermagem de apoio-educação, por meio do método de ensino, por forma a dar resposta às necessidades de AC e ao desenvolvimento de capacidades por parte da pessoa.

A implementação das intervenções/atividades conduziu a melhoria do score do MMSE no que respeita sobretudo à área da orientação. A pessoa alvo de cuidados demonstrou motivação e envolvimento no plano de reabilitação cognitivo implementado, reconhecendo ganhos na autonomia e na qualidade de vida. O reforço positivo, o envolvimento e participação do familiar/ cuidador, a criatividade das atividades instituídas (personalizadas ao contexto de vida da pessoa) foram estratégias fulcrais no desenvolvimento do plano de reabilitação cognitivo traçado.

As atividades como identificação de objetos, utilização de calendário, utilização de relógio, relacionamentos com pessoas, reconhecimento de ambientes, crochê, tricô, leitura de livros e revistas, atividades de lazer, exercícios de memória, informações diárias e leitura em voz alta, identificação de figuras e imagens, discussão de temas de eventos atuais, atividades de orientação e de recordação, são atividades desenvolvidas por enfermeiros que integram programas de estimulação cognitiva. A seleção da técnica a implementar deve considerar os objetivos delineados, as preferências e origens socioculturais da pessoa, assim como atender ao déficit cognitivo manifestado pela mesma. Os estudos analisados demonstraram que a maioria dos programas de estimulação cognitiva foram positivos à diminuição da deterioração cognitiva. (Nóbrega, Freitas, Jesus, Santos, Silva, 2022)

Em contexto de estágio foi desenvolvida a técnica de orientação para a realidade indicada para fases iniciais do processo demencial. Esta técnica responde à necessidade da pessoa readquirir dados sobre si própria e sobre o meio em que se insere. O pressuposto desta técnica fundamenta-se no facto de que se a informação de orientação (horas, dia da semana, data, tempo, nomes, etc.) for insuficiente, o funcionamento normal da pessoa é afetado negativamente. (Garcia, 2011)

A nível respiratório foram, também, identificadas respostas humanas desadequadas, que se traduziram em diagnósticos de enfermagem. Nestas situações a avaliação inicial foi dirigida com pormenor para a avaliação do sistema respiratório.

A prestação de cuidados na área de intervenção respiratória resulta da análise de duas situações de prestação de cuidados. A primeira (situação 1) relacionada com as sequelas de uma situação de doença aguda, Pneumonia a SARS-COV2. A segunda (situação 2) relacionada com doença respiratória crónica, enfisema/fibrose pulmonar de origem tabágica, com história de vários episódios de descompensação da doença.

Na situação 1 e 2 de cuidados a partir de entrevista foram recolhidos dados de sintomas respiratórios. Em ambas as situações foram identificadas sintomas respiratórios com a dispneia para o esforço, com necessidade de suporte de oxigenoterapia. Na situação 1 à auscultação verificou-se diminuição do murmúrio vesicular ao nível das bases pulmonares, tendo a auscultação sido dificultada pela obesidade. Na situação 2 a dispneia em repouso foi identificada em períodos de exacerbação da doença respiratória, a tosse foi descrita como ineficaz comprometendo a eliminação da expetoração. Da avaliação objetiva desta situação destacou-se a cianose dos leitos ungueais, o hipocratismo digital, à auscultação pulmonar o murmúrio vesicular diminuído e abolido nas bases.

Nas situações de cuidados foram considerados os seguintes diagnósticos: dispneia em repouso atual, ventilação comprometida, intolerância à atividade atual, limpeza da via área comprometida (situação 2). A partir dos diagnósticos enumerados foram definidos objetivos tais como: melhorar a dispneia ao esforço através da adoção de medidas de controlo da mesma, melhorar a ventilação, através da implementação de técnicas respiratórias, melhorar a intolerância à atividade, através da introdução faseada de exercícios aeróbios e de implementação de técnicas de conservação de energia. Por último, melhorar a limpeza das vias áreas através da execução de técnicas de limpeza das vias aéreas.

A reabilitação respiratória é um processo de diagnóstico e terapêutico, que deve ser adaptado ao contexto, à pessoa, à família e aos recursos existentes. Cujos objetivos são antecipar e tratar alterações respiratórias como: obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da dinâmica de ventilação/perfusão, dispneia e melhorar o desempenho para a atividade/exercício. (Cordeiro, Menoita, 2012)

Em apêndice 9 encontram-se identificadas as áreas de intervenção a nível da função respiratória, com as respetivas intervenções e atividades implementadas para cada área definida.

A implementação das intervenções e atividades mencionadas em apêndice possibilitaram a promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e AC, através da conceção de um plano de cuidados que visou a reeducação respiratória. As atividades desenvolvidas permitiram às pessoas a aprendizagem sobre: a adoção de posições de descanso para controlo da dispneia; a realização de técnicas para melhorar o padrão respiratório, a dispneia e a limpeza da via área; e a

necessidade de introdução de exercícios musculoesqueléticos (mobilizações ativas-assistidas e ativas dos vários segmentos corporais dos membros superiores e inferiores), de forma faseada, considerando a utilização da escala de Borg modificada, a utilização de estratégias de conservação de energia, de forma a melhorar a tolerância à atividade.

Na situação de dispneia em repouso foi implementada a técnica descanso e relaxamento. Esta técnica consiste na diminuição da sobrecarga muscular, através da adoção de posicionamentos que permitem o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço, membros superiores e pela otimização da excursão diafragmática. (Cordeiro et al, 2012)

No que concerne à ventilação, esta depende dos músculos respiratórios e das propriedades elásticas do pulmão para ser eficaz. As técnicas de reeducação funcional como: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com expiração com os lábios semi-cerrados, reeducação diafragmática e reeducação costal, diminuem a hipoventilação, melhoram a capacidade pulmonar, aumenta a *compliance* pulmonar, melhoram o desempenho dos músculos inspiratórios e reduz o trabalho respiratório da pessoa com doença respiratória. (Couto, Silva, Mar, Gomes, 2021)

A presença de inflamação e/ou infeção no sistema respiratório conduz à produção de secreções e, por sua vez, obstrução e deterioração da permeabilidade da via aérea, com aumento do trabalho respiratório. As técnicas de limpeza permitem prevenir a retenção de secreções e a remoção das mesmas. O ciclo ativo das técnicas respiratórias consiste na implementação de um conjunto de técnicas com o objetivo de mobilizar e eliminar as secreções. A combinação de técnicas permite prevenir a fadiga e o broncoespasmo, aumentar o volume pulmonar e facilitar a ventilação colateral (o que permite expandir vias aéreas colapsadas) e por último com o “*huff*” descolar as secreções em direção aos brônquios principais. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Cordeiro et al, 2012)

Nas situações de doença respiratória a intolerância ao esforço é frequente com repercussões nas AVD, a tentativa de evitar a dispneia ao esforço gera condicionamento físico, o que resulta em incapacidade e perda de independência funcional. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

Os exercícios musculoesqueléticos melhoram a capacidade aeróbica e a força muscular periférica. A coordenação dos exercícios musculoesqueléticos com os

movimentos respiratórios é uma estratégia de conservação de energia, no sentido de minimizar o cansaço. (Couto et al, 2021)

No que concerne à aquisição e desenvolvimento da competência J2 estas têm na sua génese diagnósticos de enfermagem de reabilitação cujos focos de atenção envolvem o conhecimento e a aprendizagem de capacidades. Estas competências habilitam o EEER para o desenvolvimento e implementação de ações autónomas ao nível do ensino, instrução e treino de forma a capacitar a pessoa para as AVD, melhorar os processos de transição e a qualidade de vida. (Sousa, Martins, Novo, 2020)

Em contexto comunitário foram desenvolvidas atividades que permitiram a capacitação da pessoa para as AVD recorrendo a adaptações no AC com recurso a produtos a apoio e a técnicas de conservação de energia. Por outro lado, foram, ainda, ministrados ensinamentos à pessoa e familiar/cuidador sobre técnicas e tecnologias específicas de AC, no âmbito da capacitação para a gestão da doença. As atividades mencionadas enquadram-se nos critérios de avaliação respeitantes à competência J2, unidade de competência J2.1. (Regulamento n.º 392/2019)

Na situação de cuidados 1, em que a pessoa apresentava alteração da função respiratória, foram identificadas necessidades de intervenção no AC, no âmbito das AVD e atividades quotidianas de vida (AVQ), relacionadas com diagnósticos de enfermagem de: potencial para melhorar a consciencialização da relação entre as técnicas de conservação de energia e a autonomia no AC; e potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade sobre as estratégias adaptativas e técnicas de gestão de energia para o AC.

O processo de capacitação foi desenvolvido tendo como foco a pessoa e o familiar/ cuidador, dado que se identificou que o prestador de cuidados necessitava de desenvolver conhecimentos e capacidades para promover a independência no AC da pessoa, pelo que se considerou, também, o diagnóstico de papel de prestador de cuidados diminuído.

Em contexto domiciliário foi complexo assistir e desenvolver o treino com a pessoa e familiar/cuidador no momento da realização das AVD (sobretudo para o AC higiene, arranjo pessoal, vestir-se/despir-se), presencialmente, devido à gestão imprevisível do transporte, e às dinâmicas instituídas pelo familiar/cuidador na realização das AVD. O facto da pessoa viver previamente sozinha e ser desejável o retorno ao seu domicílio gerou, a necessidade premente de capacitar a mesma para

a realização das AVD e AVQ. Deste modo, foram concebidas intervenções/atividades adaptadas à realidade existente, que são apresentadas em apêndice 10 e que tiveram como finalidade a capacitação para o AC, AVD e AVQ. A partir da observação e entrevista verificaram-se problemas relacionados com particularidades da habitação nomeadamente casa de banho com banheira e acesso à habitação através de escadas, assim como se verificou a substituição da pessoa no desempenho das AVD e AVQ por parte do familiar/cuidador devido a presença de dispneia de esforço aquando da realização destas atividades.

Deste modo, tornou-se necessário consciencializar a pessoa e familiar/cuidador para a necessidade de implementar técnicas de conservação de energia e estratégias adaptativas para a promoção da independência no AC, tendo sido desenvolvidos materiais de suporte, nomeadamente folheto educativo sobre: técnicas de gestão de energia na doença respiratória (apêndice 11). A partir da identificação da necessidade de treino das AVD e AVQ, com a limitação de não ser possível a realização de parte dos mesmos no domicílio em situações reais, foram concebidos treinos através da utilização de figuras que teriam que ser dispostas pela pessoa e familiar/cuidador de acordo com as instruções recebidas sobre técnicas e estratégias de gestão de energia (apêndice 12).

As situações de imobilidade desencadeada por doença respiratória provocam dispneia e cansaço, o que compromete o desempenho das AVD e AVQ. O fornecimento de informações sobre as estratégias e adaptações que a pessoa pode integrar no dia a dia, para a gestão eficaz da energia, contribuem para a independência para o AC. (Couto et al, 2021)

O desenvolvimento das intervenções e atividades permitiram à pessoa aquisição de independência para a higiene, arranjo pessoal e vestir-se/despir-se sendo que a intervenção do cuidador passou de substituição da pessoa, para orientação e assistência se necessário. A pessoa compreendeu que a organização do material necessário para os AC, a adoção da posição de sentado permitiam uma gestão eficaz do cansaço, assim como começou a implementar nas suas rotinas períodos de descanso, que alternava com os períodos de atividade, através da implementação da escala de Borg modificada. No que respeita ao andar e subir e descer escadas, os treinos foram realizados nas escadas do prédio com implementação das técnicas de controlo da respiração e utilização da escala de Borg modificada para monitorizar a necessidade de períodos de repouso. Sobre as AVQ

as mesmas foram treinadas recorrendo-se aos cenários produzidos, tendo a pessoa e o cuidador demonstrado a aquisição dos conhecimentos ministrados. Assim sendo, este programa de treino concebido e implementado contribuiu para adaptação das limitações da pessoa às exigências do AC, proporcionando-lhe a autonomia, independência e qualidade de vida.

Na situação de cuidados 2, considerando a cronicidade da doença respiratória e o historial de descompensações da doença, foram identificados problemas de défice de conhecimentos e capacidades relacionados com a autogestão da doença, habilidades do âmbito do AC que surgem do processo de transição saúde-doença. A partir dos problemas identificados, foram traçados os diagnósticos de potencial para melhorar o conhecimento e capacidade para a autogestão da doença, sobre os sinais de alerta de agudização da doença e sobre a adoção de atividade física e papel do prestador de cuidados diminuído.

A história de exacerbações da doença recorrentes, com necessidade de recurso aos serviços de urgência e de internamentos desencadearam a necessidade de conceber um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação direcionado para a capacitação da pessoa e familiar cuidador para a autogestão da doença, sendo que todo o planeamento de cuidados perspetivou a aquisição destas competências até o momento de alta.

Em apêndice 13 apresentam-se as intervenções do âmbito da aprendizagem, instrução e treino e as atividades desenvolvidas no sentido de capacitar a pessoa e familiar/cuidador para a gestão da doença

A partir do desenvolvimento das intervenções e atividades desenvolvidas a pessoa e o cuidador/familiar demonstraram conhecimentos sobre os sinais e sintomas de descompensação da doença e capacidade para tomar decisões através da identificação das estratégias específicas a implementar. Complementarmente, foi concebido um folheto educativo, apêndice 14, para a situação específica de cuidados, de forma a dar continuidade ao plano de reabilitação. No folheto considerou-se a apresentação de exercícios respiratórios, de fortalecimento muscular, técnicas de limpeza das vias áreas e um plano de ação e automonitorização dos sintomas da doença crónica, com estratégias específicas a adotar. Com a construção do folheto pretendeu-se, simultaneamente, promover a atividade física diária com o objetivo de maximização da funcionalidade em termos motores e respiratórios no após alta. As

intervenções de treino permitiram a capacitação da pessoa e do familiar/cuidador para a execução dos exercícios de forma autónoma e gestão eficaz da doença.

A autogestão da doença é o processo pelo qual a pessoa conscientemente procura o controlo da sua doença, através de estratégias educacionais sustentadas na promoção das suas capacidades, conjuntamente com a família/cuidador e equipa de saúde, desempenhando a mesma um papel ativo e interventivo no processo. A aprendizagem sobre a gestão dos sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos e as mudanças de estilo de vida, permitem ganhos em saúde. As ações desenvolvidas pela fixação de metas e objetivos, a partir do fornecimento de ferramentas, nomeadamente de instrumentos de monitorização e guias de orientação, e treino de competências, para a utilização desses instrumentos e posterior avaliação do seu uso, possibilita o melhor controlo da doença, alcançar mudanças comportamentais e melhorar a adaptação. (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

2.2.2. Contexto Hospitalar: Serviço de Cardiologia

As doenças cardiovasculares originam sequelas clínicas, mentais, funcionais que se manifestam por perda da capacidade funcional e produtiva, diminuição da participação social e profissional, do autoconceito e da qualidade de vida. A probabilidade de novos eventos cardíacos é maior, na presença de doença cardiovascular, o que origina um ciclo vicioso traduzido por limitações crescentes nas AVD da pessoa. (Novo, Delgado, Mendes, Lopes, Preto, 2020a)

Em contexto hospitalar e especificamente no serviço de cardiologia foi meu objetivo major a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEER no cuidado da pessoa com IC.

No entanto, importará, também, abordar as experiências que se contextualizaram dentro da reabilitação cardíaca e do papel do EEER, inseridas noutras problemática de doença cardíaca, onde o EEER assume um papel preponderante na promoção da RC.

A RC assume-se como um dos pilares fundamentais de intervenção à pessoa com doença cardiovascular (DCV). (Novo et al, 2020a)

Segundo Delgado et al (2020a) a “reabilitação cardíaca é uma entidade terapêutica que visa a conjugação de todos os fatores necessários à recuperação global da pessoa com doença cardíaca.” (p. 31) Deste modo, a RC, corresponde a um conjunto de intervenções organizadas, sequenciais e estruturadas orientadas para a

pessoa que sofreu uma doença cardíaca com o objetivo de melhorar a funcionalidade, a partir da estabilização da função cardíaca. (Delgado et al, 2020a)

A avaliação da pessoa com DCV não se limita à avaliação da função cardiovascular, mas perspectiva a avaliação da funcionalidade da pessoa no âmbito da colheita de dados, através da utilização de instrumentos de medida, da avaliação das capacidades para a realização das AVD, na perspectiva de transição para a independência, considerando as dimensões sociais, psicológicas, emocionais e morais da pessoa e família/cuidador. Muitas pessoas em programas de RC padecem de outras doenças ou incapacidades, que envolvem muitas vezes outros sistemas do organismo que devem ser considerados num plano que visa melhorar a função cardíaca. (Santos, 2016; Brewer, Hoeman, 2000)

Na avaliação da pessoa com DVC foi realizada a avaliação inicial de enfermagem através de colheita de dados. No processo clínico e a partir de entrevista à pessoa e familiar/cuidador foram recolhidas informações sobre: a história pregressa, a história de saúde atual (terapêutica habitual, motivo de internamento e diagnósticos médicos), o grau de funcionalidade prévio ao internamento, a situação familiar e social, e as condições habitacionais. A colheita de dados objetivos, subjetivos e a realização de exame físico, foram outros parâmetros considerados no âmbito da avaliação inicial, através: da identificação dos FRCV, da avaliação cardiovascular (parâmetros vitais, frequência cardíaca (FC), alterações eletrocardiográficas, pulsos periféricos e presença de edemas), da avaliação do sistema respiratório (detalhada anteriormente em contexto comunitário), da avaliação sobre a presença de restrições físicas relacionadas com dispositivos como pacemaker ou cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI), da avaliação dos hábitos prévios de atividade e exercício físico, da avaliação da força muscular, e da avaliação do grau de dependência para as AVD.

A importância da determinação dos FRCV contextualiza-se na associação existente entre a DCV e os FRCV na medida em que estes fatores são responsáveis pela precipitação ou agravamento da doença cardiovascular. A origem da DCV surge associada a hábitos de vida deletérios para a saúde, FRCV modificáveis, tais como o sedentarismo, a obesidade, o consumo de gorduras, de sal, de açúcar, a utilização de tabaco e o stress. O conhecimento destes fatores permite que sejam desenvolvidas estratégias farmacológicas e não farmacológicas para correção e controlo dos mesmos. (Novo, Delgado, Mendes, Lopes, Preto, Loureiro, Mata, 2020b). Segundo

Novo et al (2020b) “O aspeto mais importante na gestão das doenças cardiovasculares é o reconhecimento dos FRCV (...)” (p.8).

2.2.2.1 Cuidar da pessoa com EAM em programa de RC, fase I

A avaliação da pessoa com EAM compreendeu a descrição dos itens referidos anteriormente.

As pessoas com EAM foram transferidas da UCIC para a enfermeira de cardiologia após tratamento percutâneo de reperfusão do miocárdio, tendo sido iniciados os cuidados de RC na unidade.

O programa de RC é a resposta mais eficiente para o problema da doença arterial coronária, através da abordagem de estratégias para modificação do estilo de vida e FRCV, da instituição de um programa de atividade/exercício físico, da aprendizagem sobre a gestão do regime medicamentoso, da implementação de sessões de educação para a saúde e fornecimento de suporte psicológico, social, profissional e sexual. (Lopes, Delgado, Mendes, Preto, Novo, 2020; Knuuti, Wijns & Saraste, 2019)

A decisão sobre o ingresso no programa de RC foi, na maioria das vezes iniciado na UCIC, após discussão em equipa multidisciplinar. A intervenção do EEER na UCIC, centrou-se na identificação dos FRCV, na abordagem da gravidade da doença e avaliação da motivação para a adoção de um estilo de vida saudável, o que permitia desde então, o encaminhamento para a consulta de RC⁴, e posterior ingresso na fase II, do programa de RC.

Antes de ser iniciado o programa de RC a pessoa foi avaliada pela equipa de RC, relativamente aos critérios de segurança para o início e progressão deste, anexo 1, nomeadamente critérios: de estabilidade, de ausência de contraindicações, de restrições musculoesqueléticas, de ausência e despiste precoce de sinais de alarme e de progressão na autonomia para os AC e programa de exercícios (Vermelho, Pestana, 2021).

Ainda, na UCIC nas situações em que estavam reunidos os critérios de segurança, passadas no mínimo 8 horas de estabilidade, foram iniciados exercícios

⁴ Consulta de RC: objetiva o ingresso na fase II do programa de RC, o agendamento acontece após decorridos 30 dias do evento cardíaco, sendo constituída pela consulta de enfermagem da responsabilidade do EEER e pela consulta médica da responsabilidade do médico cardiologista.

respiratórios (consciencialização e dissociação respiratória e exercícios de respiração diafragmática) e mobilizações ativas-assistidas ou ativas (articulações: escapulo-umeral, punho, dedos da mão, tibiotársica e dedos dos pés). Nestas situações o EEER monitorizou continuamente os parâmetros vitais, o traçado cardíaco e a presença de sinais/sintomas de intolerância ao esforço (dispneia, dor isquémica, avaliação da percepção do esforço pela escala de Borg modificada). O levante foi muitas vezes realizado na unidade decorridas 12-48 horas após o evento agudo, com indicação médica e após a verificação dos critérios de segurança.

O programa de RC fase I inicia-se na unidade de cuidados intensivos ou na enfermaria 12-24 horas após o evento cardíaco ou assim que possível com a identificação dos fatores de risco, consciencialização da pessoa para a doença e para a necessidade de adoção de comportamentos de saúde para prevenção de doença cardiovascular. A atividade física deve ser iniciada o mais precocemente possível, após estabilização clínica (ausência de angor, ausência de subida dos níveis de marcadores de necrose miocárdica, ausência de arritmias significativas ou alterações de eletrocardiograma (ECG), ausência de novos sinais ou IC descompensada) e com progressão nos exercícios realizados. A mobilização precoce minimiza os problemas associados à imobilidade, nomeadamente: perda de reflexos posturais, perda de massa muscular, hipotensão postural, atelectasia, pneumonia, fenómenos tromboembólicos, rigidez articular, atrofia muscular, depressão e infeções urinárias. (Abreu et al, 2018; Lopes et al, 2020)

A progressão do exercício deve começar pelo levante precoce, pela assistência nas AVD, progredindo-se para a sua supervisão, iniciação da marcha, por curtas distâncias várias vezes ao dia, e por fim o treino de escadas (Lopes et al, 2020).

O programa de atividade/exercício físico deve ser individualizado, não existindo uma medida ótima preconizada, depende do estado clínico, diagnóstico e tratamento. A intensidade da atividade/exercício é definida pela percepção subjetiva de esforço avaliada pela Escala de Borg Modificada, pela sintomatologia adversa e pela FC. O exercício realizado pela pessoa não deve provocar um aumento superior entre 20-30 batimentos por minuto (bpm) nem ultrapassar os 120 bpm. (Abreu et al, 2018; Lopes, et al 2020)

O cumprimento dos requisitos de segurança durante um programa de RC é um desígnio fundamental para a atuação do EEER, que requer conhecimentos e experiência profissional. A monitorização e a vigilância cardíaca, o conhecimento das

indicações e contra-indicações, o controle da intensidade do treino, a avaliação dos parâmetros vitais, a identificação de sinais de alarme que obrigam à interrupção do treino com exercício físico, a identificação das restrições musculoesqueléticas, e o conhecimento dos critérios para o início da deambulação, são princípios orientadores da atuação do EEER sobre os quais deve ser considerado, também, a necessidade de individualização para cada situação de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A inclusão da família no programa de RC, fase I, é fulcral de forma a aferir sobre o suporte em contexto domiciliário e se este será facilitador à manutenção dos conhecimentos adquiridos no internamento. (Lopes et al, 2020)

O ingresso na fase II do programa de RC, ocorre entre 1 a 3 semanas após alta hospitalar, deve ser esclarecido e incentivado através da explicitação dos benefícios e vantagens. Esta fase acontece em contexto hospitalar, num centro especializado em RC ou em algumas situações no domicílio, através de um programa de exercícios individualizado em termos de intensidade, tipo, duração, frequência e modalidade, juntamente com programas formais de educação e modificação de estilos de vida. (Abreu et al, 2018; Lopes et al, 2020)

Na admissão no internamento foi dado seguimento às intervenções de RC iniciadas na UCIC. A partir da avaliação abrangente da pessoa com EAM, foram identificados problemas sensíveis na área de atuação do EEER, unidade de competência J1.1, e que permitiram dar continuidade ao programa de RC fase I. Os problemas identificados foram traduzidos em diagnósticos de enfermagem de: intolerância à atividade atual, AC comprometido (AVD) e autogestão da doença comprometido.

A intolerância à atividade comprometeu numa fase inicial a realização das AVD, por manifestação de cansaço e descondição físico.

O diagnóstico de autogestão da doença comprometido e a área de atuação de preparação para a alta serão detalhados, posteriormente, no âmbito da exploração da competência J2.

Com base nos diagnósticos foram concebidos planos de intervenção com o intuito de desenvolver capacidades no âmbito do AC e autocontrolo neste processo de transição saúde/doença, unidade de competência J1.2. (Regulamento nº 392/2019)

Os objetivos de intervenção foram: melhorar a tolerância à atividade, através do desenvolvimento de um plano de exercícios individualizado e da implementação

de técnicas de gestão de energia no desempenho do AC e melhorar a capacidade de autogestão, através do conhecimento da doença, do tratamento, da recuperação, dos FRCV, do aconselhamento sobre atividade física/exercício físico após alta e sinais de alerta.

Em apêndice 15 encontra-se detalhadas as áreas de intervenção e atividades desenvolvidas para a prestação de cuidados à pessoa com EAM em programa de RC, fase I, com o objetivo major de reeducar a função cardiovascular, pelo que se concretiza o desenvolvimento da unidade de competência J1.3 (Regulamento nº 392/2019).

As intervenções delineadas foram concebidas para uma pessoa sem alterações de força muscular, sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico, mas com comprometimento das AVD devido a intolerância à atividade e receio de novo episódio de dor anginosa devido à realização de esforço.

No final das sessões a pessoa apresentou melhoria da tolerância ao esforço, através da execução gradual dos exercícios propostos e de desempenho das AVD de forma independente, considerando-se, sempre, a monitorização contínua do esforço e dos sinais de alarme.

As intervenções e atividades delineadas demonstram a aquisição da unidade de competência J1.4, dado que se apresenta uma situação concreta de prestação de cuidados à pessoa com alterações da função cardiovascular, para a qual foi concebido um plano de cuidados individualizado, procedendo-se, por último, à avaliação dos resultados das intervenções implementadas, ficando demonstrado ganhos em saúde em termos de autonomia, independência, capacitação e qualidade de vida. (Regulamento nº 392/2019).

Em suma, o plano de cuidados desenvolvido foi concebido de acordo com os princípios orientadores do programa de treino intra-hospitalar com exercício físico para a pessoa com doença cardíaca isquémica cujos objetivos se centram no cumprimento dos requisitos de segurança (anexo 1) e na mobilidade progressiva, adaptada à individualidade da pessoa (restrições físicas impostas por dispositivos, alterações musculoarticulares, preferências da pessoa) mediante a incorporação das AVD, o treino de marcha e escadas (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No que concerne ao desenvolvimento da competência J2, evidencia-se o diagnóstico de autogestão da doença comprometido, na medida em que foram desenvolvidas intervenções e atividades que permitiram ensinar à pessoa técnicas e

tecnologias específicas de AC. Assim como, no âmbito do AC comprometido por intolerância à atividade, foram desenvolvidos treinos específicos de AVD com recurso a estratégias adaptativas (utilização de produtos de apoio) e técnicas de conservação de energia e treinos com a execução de exercícios respiratórios e musculoesqueléticos, o que se contextualiza na unidade de competência J2.1.

Em apêndice 15 encontram-se descritas as intervenções e atividades desenvolvidas no âmbito do diagnóstico de autogestão da doença comprometida, assim como se encontra descrito o treino implementado para a realização das AVD e treino inerente à promoção da atividade/exercício físico.

Estas áreas de intervenção visaram capacitar a pessoa para a autogestão da doença, através da aquisição de aprendizagens sobre: a doença, os FRCV, o tratamento, a importância da adoção de um estilo de vida saudável (alimentação, atividade/exercício físico), o plano de exercícios musculoesqueléticos, a identificação de sinais de alarme, a utilização da escala de Borg modificada (automonitorização do cansaço), a autovigilância do pulso radial (monitorização da FC) e de estratégias adaptativas para o AC e de conservação de energia.

As sessões de capacitação da pessoa para o AC decorreram individualmente. A pessoa em causa demonstrou conhecimentos sobre os temas abordados, colocou questões após a leitura dos folhetos, em anexo 2, tendo demonstrado interesse pela modificação de comportamentos que influenciam negativamente a sua saúde cardiovascular, nomeadamente controlo da hipertensão (HTA), hipercolesterolemia e diabetes. A incorporação da atividade física/exercício físico como medida terapêutica essencial, foi uma área de sensibilização prioritária, em que a pessoa manifestou motivação para continuidade no domicílio e posterior ingresso no programa de RC, fase 2. A capacitação da pessoa para a necessidade do cumprimento dos critérios de segurança relacionados com a atividade/exercício físico foi salvaguardada pela monitorização contínua do cansaço, sinais de alarme e parâmetros vitais, conjuntamente com a pessoa ao longo das sessões realizadas.

Relativamente ao plano de preparação para a alta destaca o encaminhamento realizado para a consulta de RC que dá acesso ao programa de RC fase II. Assim, como a elaboração de um folheto educativo, apêndice 16, que foi construído com o propósito de orientar, no domicílio, para a prática de exercícios musculoesqueléticos, previamente treinados em internamento, com indicações objetivas relativas à

automonitorização da FC e cansaço durante e após os exercícios e sinais de alarme para a suspensão dos mesmos.

A capacitação da pessoa com doença cardíaca isquémica para a autogestão da doença circunstancia-se em sessões de educação para saúde, com o intuito do confronto entre a realidade e as expectativas da pessoa para o futuro. Importando nestas sessões ir ao encontro das necessidades individuais da pessoa, respeitar as suas escolhas e a sua autonomia. (Vermelho et al, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

O exercício físico trata-se da componente central de um programa de RC, dado que intervém favoravelmente em todos os FRCV, na doença arterial coronária e na capacidade funcional da pessoa. Desta forma, durante o internamento torna-se necessário promover a adesão a longo prazo à atividade/exercício físico, através do treino com exercícios recomendados para a fase I. A pessoa deve poder optar pela escolha dos exercícios que lhe são mais agradáveis e fáceis de interiorizar, de forma a capacitar a mesma para a participação ativa no controlo da sua saúde e na perceção de maior qualidade de vida relacionada com a mesma (Vermelho et al, 2021).

O processo de capacitação da pessoa com patologia cardíaca isquémica permite:

ao doente ter uma perceção gradual das suas capacidades no retorno ao AC e ao incremento da atividade física, através da realização de um plano de exercícios em ambiente monitorizado que lhe permite perceber a sua capacidade funcional, dentro dos critérios de segurança previstos para esta fase. A capacitação para a autovigilância é estimulada no decurso do internamento, facilitando a manutenção do exercício em períodos não vigiados e em ambulatório. (Vermelho et al, 2021, p.586-587)

Sobre a competência J3, a mesma encontra-se direcionada para o desenvolvimento de atividades que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, de forma a possibilitar um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, isto é, a conceção, a implementação, a avaliação e a reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, unidades de competência J3.1 e J3.2. (Regulamento nº 392/2019)

Assim, no âmbito desta competência destaco as observações do papel do EEER que decorreram em contexto de consulta de RC e em contexto de ginásio, no

hospital, o que caracterizou a fase II do programa de RC e corresponde à concretização de um programa de treino cardiorrespiratório, de uma forma estruturada e com recursos a meios específicos.

A fase II de um programa de RC decorre por norma durante 6 a 12 semanas, 2 a 3 vezes por semana. Esta fase II tem como objetivos proporcionar ganhos na função cardiovascular e capacidade funcional (força, equilíbrio, flexibilidade), através do desenvolvimento de um programa de exercício individualizado, em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade e tipo de atividade (aeróbico, intervalado e resistência) num ambiente monitorizado, onde é possível detetar e tratar arritmias ou alterações hemodinâmicas e eletrocardiográficas que ocorrem durante o exercício (Abreu et al, 2018). A capacitação da pessoa para formas de se exercitar em segurança, incentivando a que o exercício seja incluído no dia a dia, e a educação para a saúde através da participação em programas formais, permitem a consolidação de conhecimentos, promovendo-se, assim, a autonomia da pessoa relativamente ao seu programa de tratamento, fornecendo as bases para modificar estilos de vida deletérios e se manter ativa a longo prazo. Todas estas ações conjugadas melhoram a condição psicológica da pessoa, sendo que o envolvimento da família/cuidador serão alicerces fundamentais para a adoção de estilos de vida saudáveis. (Lopes et al, 2020; Abreu et al, 2018)

A iniciação da fase II no contexto em análise foi precedida por avaliação em consulta de RC. A organização da consulta foi constituída por 2 momentos, a consulta de enfermagem e a consulta médica.

A partir da observação da consulta de enfermagem de RC pude constatar a intervenção do EEER em tornos de 3 eixos principais, nomeadamente: avaliação inicial, através de uma colheita de dados abrangente; informação sobre as especificidades do programa de RC fase II; e educação para a saúde através da consciencialização da pessoa para a importância da adesão à atividade/ exercício físico para a sua saúde cardiovascular a longo prazo. Em consulta o EEER concebeu um plano de cuidados orientado para o diagnóstico de enfermagem de gestão do regime terapêutico comprometido. Em apêndice 17, apresenta-se um quadro síntese que contempla intervenções e atividades desenvolvidas que visaram a avaliação física da pessoa, a avaliação da perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e o seu comportamento face ao mesmo, para posteriormente suscitar o seu interesse para a aquisição de conhecimentos e aprendizagens de capacidades de forma a

promover o seu empoderamento, a sua tomada de decisão e a sua passagem à ação, para a necessidade impetuosa da atividade/ exercício físico a longo prazo em condições de segurança e para a necessidade da abolição de estilos de vida deletérios que comprometem a sua saúde cardiovascular.

Relativamente à observação do papel do EEER no ginásio foi referenciada a necessidade da implementação de uma bateria de testes de aptidão física funcional (levantar e sentar da cadeira; flexão do antebraço; sentado e alcançar; alcançar atrás das costas; sentado, caminhar 2,44 metros e voltar; andar 6 minutos; dois minutos de step no próprio lugar), na admissão da pessoa ao programa de reabilitação cardíaca fase II. Assim como, o registo de sinais vitais e dados antropométricos antes da aplicação da bateria de testes de aptidão física, sendo que no final do programa seria repetida esta avaliação. A prova de esforço cardiorrespiratória que antecede o início do programa tem como objetivos a determinação do consumo de oxigénio para avaliação da capacidade funcional e conhecimento das FC de treino⁵.

A estratificação do risco cardiovascular permitia classificar a pessoa quanto ao risco para a prática de exercício físico, determinar o nível de intensidade de cada sessão, garantindo-se assim a segurança das intervenções, assim como aferir sobre contraindicações para a prática do mesmo.

As sessões de exercício eram dirigidas pelo médico de medicina física de reabilitação, que definia para cada pessoa o protocolo de treino a efetuar, incluindo treino aeróbico e de resistência.

O EEER participava na implementação das sessões de treino e na monitorização de sintomas e sinais vitais (FC ou traçado eletrocardiográfico).

O treino era iniciado com período de aquecimento, posteriormente era realizado treino de força e treino aeróbico, e no final das sessões eram realizados exercícios com o intuito de retorno à calma.

A orientação e monitorização do treino aeróbico foi da responsabilidade do EEER e técnico cardiopneumologista, sendo adaptado à condição de saúde da pessoa, podendo ser realizado em passadeira ou bicicleta. O treino podia ser contínuo ou de alta intensidade intervalado. No início do treino e no final do mesmo eram registados os parâmetros relativos à tensão arterial, FC e saturações de oxigénio.

⁵ FC de treino- calculada através da fórmula de Karvonen [FC treino = (FC máxima- FC basal) x percentual de FC pretendido + FC basal], sendo necessário o valor de FC máxima obtida na prova de esforço. (Delgado, Gomes, Mendes, Preto, Novo, 2020b)

Durante o treino eram monitorizados e registados de 2 em 2 minutos parâmetros de avaliação sobre a pessoa (FC e perceção do esforço na escala de Borg modificada) e parâmetros relativos aos equipamentos utilizados (intensidade, resistência, distância e tempo).

A pormenorização das intervenções e atividades desenvolvidas pelo EEER no âmbito do seu papel, em contexto de ginásio, apresentam-se descritas em apêndice 17.

Na fase II de um programa de RC as sessões de exercício variam entre 40 a 80 minutos, com fases de aquecimento, treino aeróbico e de força muscular, e relaxamento no final da sessão (Lopes et al, 2020).

O aquecimento tem a duração de 5 a 10 minutos e preconiza a realização de exercícios alternados dos membros superiores e inferiores, permitindo a mobilização dos grandes grupos musculares, sendo recomendadas técnicas de mobilidade articular dinâmica, exercícios de coordenação motora, equilíbrio, dando particular relevância à correção de posturas e ao controlo ventilatório, coordenando os exercícios com a respiração (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O treino de força/resistência se instituído de modo gradual e progressivo, fortalece e tonifica os músculos, aumenta massa óssea e previne a síndrome de desuso, pode incluir levantamento de pesos com movimentos controlados e lentos, utilização de bandas elásticas, roldanas e bolas medicinais, com duração de 15 a 20 minutos, tendo como alvo principal os principais grupos musculares. O treino aeróbico pode variar entre 20 a 60 minutos e a intensidade deve rondar os 40%-80% da FC de reserva⁶. O treino aeróbico pode ser executado com atividade contínua ou intervalada, incluindo movimentos rítmicos dos grandes grupos musculares com cicloergómetros de membros superiores e inferiores, passadeiras elétricas, com regulação de velocidade e inclinação, ajustadas à intensidade de treino pretendida. Os treinos de força muscular, concomitantemente, com os treinos aeróbicos aumentam a força muscular da pessoa, o que trará vantagens na execução das AVD e na recuperação da autonomia. (Lopes et al, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A fase de relaxamento com duração de 5 a 10 minutos inclui alongamentos estáticos mantidos e exercícios respiratórios de relaxamento e posturais (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

⁶ Frequência cardíaca de Reserva: é o termo utilizado para descrever a diferença entre a FC máxima (medida ou calculada) e a FC basal (ou de repouso). (Lopes et al, 2020)

A prática de exercício físico por parte da pessoa com doença cardiovascular encontra-se fortemente recomendada, em diferentes fases da doença cardíaca, possibilitando aumentar a qualidade de vida, reduzir a taxa de mortalidade, de internamentos e contornando a intolerância à atividade, característica da pessoa com doença cardíaca. (Delgado et al, 2020b)

2.2.2.2 Cuidar da pessoa com IC

No cuidado da pessoa com IC, o objetivo geral definido foi: cuidar da pessoa com IC, através da implementação de um plano de cuidados de reabilitação que promova a autonomia, a independência e a qualidade de vida.

Considerando as competências específicas do EEER foram delineados os seguintes objetivos específicos de intervenção:

- Avaliação da condição de saúde da pessoa com IC e diagnóstico das necessidades de intervenção no que respeita à sua capacidade funcional, particularmente ao nível da função cardíaca e motora e da capacidade para a realização das AVD, competência J1, unidade de competência J1.1;
- Conceção de planos de intervenção para as pessoas com IC, com enfoque na reeducação da função cardíaca, motora e promoção do AC, competência J1, unidades de competências J1.2, 1.3 e 1.4;
- Capacitação da pessoa com IC e do familiar/cuidador para a realização das AVD, através de treinos específicos, com recurso a produtos de apoio e a estratégias adaptativas, assim como a treinos inerentes à atividade/exercício físico, unidade de competência J2.1;
- Capacitação da pessoa com IC e do familiar/cuidador para técnicas específicas de AC, concretamente para as componentes educacionais relacionadas com a autogestão da doença, unidade de competência J2.1.

A prestação de cuidados à pessoa com IC materializou-se pela vivência prática do papel do EEER numa situação concreta de cuidados ocorrida neste contexto, que foi explorada em estudo de caso, apêndice 2, e que será, neste ponto, detalhada de forma a analisar e justificar a consecução dos objetivos definidos, que consideram a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

A avaliação da pessoa com IC foi o início da “construção” do processo de enfermagem de reabilitação para a prestação de cuidados à pessoa com IC.

A partir desta avaliação abrangente da pessoa, da sua situação de saúde específica, e dos aspetos psicossociais que a caracterizam, foram enumerados os problemas identificados e traduzidos em diagnósticos sensíveis à intervenção do EEER, para posterior conceção de um plano de cuidados de desenvolvimento a curto e médio prazo.

Considerando, as várias dimensões da pessoa que interagem como um todo, a individualidade da mesma, enquanto agente de AC⁷ com ação no AC⁸, e os objetivos da intervenção do EEER, foram formulados os seguintes diagnósticos: equilíbrio comprometido; intolerância à atividade atual; movimento corporal comprometido; AC comprometido, conhecimento sobre o AC e capacidade para o AC: comprometido; andar com auxiliar de marcha comprometido; conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde comprometido; papel do prestador de cuidados diminuído, desorientação atual e alto risco de queda.

Referente a cada diagnóstico foram traçados objetivos de forma a avaliar as intervenções de enfermagem delineadas.

Os diagnósticos equilíbrio comprometido, intolerância à atividade atual, movimento corporal comprometido e AC andar com auxiliar de marcha comprometido, encontram-se relacionados entre si, pelo que as intervenções implementadas são apresentadas conjuntamente, com os objetivos: de melhorar o movimento corporal, recuperar e melhorar o equilíbrio, recuperar e melhorar a tolerância ao esforço e otimizar a marcha. Todos os objetivos anteriores convergem para o melhorar a capacidade funcional da pessoa.

Os diagnósticos delineados nas áreas do conhecimento e capacidade para o AC comprometido, estão direcionados para a execução das AVD, no que respeita ao tomar banho, à higiene pessoal, ao vestir-se/despir-se, ao uso do sanitário, ao transferir-se e ao alimentar-se. A partir da identificação de limitações para a realização das AVD, foram planeadas intervenções/atividades cujo objetivo teve com o foco a independência da pessoa para a realização das AVD, através da readaptação das limitações existentes, por meio de intervenções de instrução, de assistência e de treino das AVD, com recurso a produtos de apoio, a estratégias adaptativas e de conservação de energia.

⁷ a pessoa é responsável pelo autocuidado (Petronilho, 2012).

⁸ capacidade do individuo se envolver no autocuidado, sendo condicionada por múltiplos fatores (Petronilho, 2012).

Sobre os diagnósticos relativos ao conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde comprometido, e papel do prestador de cuidados diminuído, foram traçados os objetivos: de melhorar o conhecimento da doença, dos sinais de alarme, dos estilos de vida saudáveis e da capacidade para gestão da doença da pessoa e do prestador de cuidados, através do envolvimento do prestador de cuidados no plano de cuidados.

Por último, sobre o diagnóstico de desorientação atual e alto risco de queda foram estabelecidos os objetivos de promover a orientação atual e manter um ambiente seguro.

Em apêndice 18 são apresentadas com pormenor as áreas de intervenção que foram abrangidas para a conceção do plano de cuidados e as respetivas intervenções e atividades desenvolvidas, considerando as necessidades da pessoa com IC em geral, dentro da especificidade da situação de cuidados em particular.

O plano de cuidados concebido foi dirigido a uma pessoa de 88 anos de idade, com diagnóstico recente de IC crónica, com registo de internamentos prévios por descompensação da IC, que apresentava como FRCV: a HTA, a diabetes mellitus e o sedentarismo, e como antecedente pessoal mais significativo uma estenose aórtica grave para a qual realizou implantação percutânea de válvula aórtica, TAVI (transcatheter aortic valve implantation). Sobre o diagnóstico de IC verificou-se a presença de sinais e sintomas, tais como: falta de ar, cansaço, edemas dos pés, alterações no ECG, NT-PRO BNP elevado e ecocardiograma com fração de ejeção reduzida.

A partir da avaliação da situação familiar e social verificou-se que a pessoa em causa vivia sozinha, apresentava independência prévia para a realização das AVD e dispunha de apoio para as AVQ, por parte dos vizinhos e de familiar/prestador de cuidados. O familiar manifestou preocupação durante o internamento devido à condição atual de saúde da pessoa, devido sobretudo à perda da capacidade funcional e conseqüente perda de independência para a realização das AVD, receando que a perda de independência transita-se de uma situação pontual, para uma situação que impossibilita-se a pessoa de viver sozinha, e isso colocaria a necessidade de institucionalização, o que acarretaria custos financeiros elevados para os rendimentos auferidos, por parte da pessoa e familiar/prestador de cuidados.

As pessoas com IC apresentam limitações físicas que conduzem a situações de dependência, relacionadas com a incapacidade em realizar as AVD, em resultado

da dispneia, da perda de energia, edemas e fadiga. A limitação da funcionalidade conduz a incapacidade funcional, limitações na vida social e problemas financeiros contribuindo para a percepção de reduzida qualidade de vida por parte da pessoa com IC. (Cowie et al, 2014)

Por outro lado, os familiares que cuidam da pessoa com IC referem o sentimento de sobrecarga, pelo fato de sentirem que as suas atividades diárias se encontram centradas no cuidado do familiar com IC, com consequências que podem ser de carácter físico, emocional e/ou financeiro. (Hwang et al, 2011; Cowie et al, 2014)

A partir da implementação da avaliação neurológica, destacou-se: a presença de defeito cognitivo ligeiro (orientação temporal), identificado pelo MMSE; alterações do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, o que contribui para um score de alto risco de queda (escala de Morse); e força mantida nos membros superiores, com limitação de amplitude nas articulações escapulo-umeral e interfalângicas proximais, e nos membros inferiores força com movimento ativo contra a gravidade e a alguma resistência.

Da avaliação das AVD verificou-se situação de dependência para o banho, higiene pessoal, uso do sanitário, mobilidade e escadas.

Na avaliação do AC pela Teoria de Orem constataram-se, nos requisitos universais, necessidades de AC superiores às capacidades, nos requisitos de desvio da saúde, identificaram-se défice de conhecimentos sobre a gestão da IC, tendo sido implementada complementarmente a Escala Europeia de Autocuidado na IC (EEAIC), anexo 3, que validou o AC desadequado. Relativamente, aos requisitos de desenvolvimento, considerou-se a situação de saúde frágil.

Existe uma associação entre o conceito de fragilidade⁹ e a IC, as pessoas com IC, maioritariamente as pessoas idosas, apresentam frequentemente várias comorbilidades e diminuição da capacidade funcional o que se enquadra no fenótipo de fragilidade. As características da IC como as alterações da perfusão tecidual, do metabolismo, a caquexia cardíaca, o descondicionamento físico, a imobilidade são fatores que minimizam a capacidade funcional, determinando a diminuição da massa e força muscular e o que predispõe à fragilidade e consequente ao aumento da gravidade da mesma. Deste modo, torna-se fulcral, na pessoa com IC, a avaliação e

⁹ caracteriza-se pela perda de peso não intencional, fadiga, baixo nível de atividade física, diminuição da velocidade da marcha e diminuição da força de preensão manual. (Fried et al., 2001)

a monitorização da dimensão da fragilidade (Preto, Espuela, Mendes, Fernandes, Novo, 2020).

A avaliação da pessoa com IC integra uma colheita de dados abrangente sobre a pessoa, sobre a situação de saúde, com pormenor na avaliação do sistema cardiovascular, e sobre o seu contexto de vida, a qual tem vindo a ser minuciada ao longo da produção deste relatório.

Assim, de forma sucinta, afirma-se que na avaliação inicial da pessoa com IC deve proceder-se ao levantamento das comorbilidades, FRCV, exame físico/anamnese (grau de força muscular, peso, perímetro abdominal e edemas), hábitos prévios de exercício físico/atividade física, capacidade funcional, grau de dependência para as AVD, níveis de conhecimento, e se necessário deve ser avaliado o risco de desnutrição, depressão, função cognitiva e fragilidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

As intervenções e atividades desenvolvidas foram maioritariamente direcionadas para a reeducação motora e cardiorrespiratória, a partir da conceção de um plano de exercícios que pretendeu melhorar a capacidade funcional e, por conseguinte, a melhoria das AVD. As intervenções/ atividades desenvolvidas na área do ensino, foram, igualmente, fulcrais para a promoção do AC na área da gestão da IC e adesão ao regime terapêutico.

Sobre a avaliação das intervenções implementadas nas áreas do movimento corporal, equilíbrio, intolerância à atividade e andar com andarilho, obtiveram-se ganhos: de força muscular, de equilíbrio, de tolerância ao esforço, o que permitiu a aquisição de estabilidade no andar com recurso a andarilho.

De forma a atingir os objetivos delineados a pessoa foi numa primeira fase instruída, treinada e incentivada para a consciencialização e dissociação de tempos respiratórios.

As técnicas de reeducação funcional respiratórias têm o objetivo de ensinar a pessoa a respirar. “A pessoa ao ter a perceção da sua respiração consegue controlar a frequência, a amplitude e o ritmo adequados à sua situação, de forma a obter uma melhor ventilação, com um menor dispêndio de energia.” (Cordeiro et al, 2012, p.68)

Na realização do exercício físico encontra-se aconselhado a expiração na fase concêntrica dos exercícios e a inspiração na fase excêntrica dos exercícios, enquanto estratégia de conservação de energia e diminuição do esforço respiratório e cardíaco. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Posteriormente, houve a instrução, treino e incentivo para a execução de exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores. O desempenho na realização dos exercícios musculoesqueléticos aumentou gradualmente, em termos do número de exercícios realizados e do número de repetições (iniciou-se com 3+3 até o limite de 5+5), tolerando a realização dos mesmos na posição de sentada, sem sinais de alarme e com percepção do esforço na escala de Borg modificada inferior a 3. Em termos de frequência cardíaca registou-se uma diminuição gradual da mesma em repouso (variação de 115 bpm para 75 bpm) e com o exercício (120 bpm para 78 bpm) ao longo das sessões. Para a preparação para a marcha foram instruídos e treinados exercícios musculoesqueléticos do tipo: levantar a cintura pélvica e voltar a sentar e posteriormente passar da posição de sentado para a de pé. Após este treino, foi iniciada a marcha, com recurso a andador e apoio lateral, foram percorridas distâncias que foram gradualmente aumentadas (início 15 metros até ao limite de 30 metros, com períodos de descanso) foram planeados repouso durante a marcha com recurso à adoção da posição de sentado, tendo existido uma evolução em termos da distância percorrida pela pessoa e na diminuição da necessidade de períodos de descanso com desenvolvimento de tolerância ao esforço. Na última sessão, observou-se, ainda, aquisição de capacidades para a marcha, progressivamente existiu a transição para um andar com andador, com necessidade apenas de supervisão, o que foi demonstrativo de ganhos no equilíbrio estático e dinâmico.

A pessoa com IC deve ser motivada e aconselhada a movimentar-se o mais precocemente possível durante o internamento, devendo ser considerados os critérios de segurança clínica que garantem a segurança da prática de exercício físico (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Estes encontram-se detalhados em anexo 1, e já foram sucintamente referidos na abordagem da pessoa com EAM.

Atendendo a que a, principal, consequência da IC se centra na perda da capacidade funcional, torna-se fulcral num programa de RC a melhoria da capacidade funcional, com consequente melhoria no desempenho das AVD. Pelo que se preconiza que o programa de treino incorpore o treino aeróbico e de força muscular, para satisfação do desempenho das AVD. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Delgado, Novo, Mendes, Preto, Gomes, 2020c)

Na pessoa com IC o plano de exercícios, intra-hospitalar, com treino aeróbico intervalado é o mais indicado, dado que os intervalos permitem a recuperação do

esforço. O treino de força muscular não reúne consenso nesta fase, pelo que deve ser iniciado após a alta (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O plano de exercício físico intra-hospitalar na pessoa com IC compreende numa primeira fase exercícios como fazer a ponte, na posição de deitado, numa segunda fase exercícios musculoesqueléticos com os membros superiores e inferiores, numa terceira fase treino de marcha em superfície plana e por último treino de escadas ou em rampa (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A individualização do planeamento do exercício é essencial devendo-se ser baseado no acrónimo FITT (frequência, intensidade, tempo e tipo de exercício). Relativamente à frequência os exercícios podem iniciar-se com 3 repetições e uma pausa para averiguar sinais de alarme seguida de mais 3 repetições por membro. A progressão deve, diariamente, aumentar uma repetição por dia, na ausência de sinais de alarme. A intensidade deve considerar parâmetros objetivos como a FC (máximo de 30 bpm acima da FC em repouso) e subjetivos como a perceção subjetiva ao esforço avaliada pela Escala de Borg modificada (recomenda-se que o esforço seja compreendido entre 4 e 7). O tempo/duração pode iniciar-se entre 3 a 5 minutos com períodos de repouso de 1-2 minutos entre as sessões e ser aumentado gradualmente consoante a ausência de sinais de alarme. O tipo de exercício deve ser de treino respiratório e aeróbico, realizados na posição de deitado, sentado ou em ortostatismo, a execução pode ser assistida pelo EEER, ou realizada pela pessoa depois de instruída, orientada e supervisionada. (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Delgado et al, 2020b)

A marcha deve ser iniciada logo que possível sendo que a mesma pressupõe a presença de equilíbrio e força muscular, em superfície plana, num período de dois minutos no primeiro dia, aumentado dois minutos por dia perante a ausência de sinais de alarme. A ausência de desequilíbrio e de sinais de alarme após marcha de dois minutos, permite o início do treino de escadas ou rampa, com o limite de 11 graus no primeiro dia e progressão diária consoante a tolerância, com o limite de 20 graus. (Vermelho et al, 2021)

Na situação de cuidados em análise pela ausência de equilíbrio ortostático dinâmico, não foi implementado o treino de escadas.

A realização de programas de exercício físico na pessoa com IC compensada permite aumentar a capacidade funcional com conseqüente melhoria do desempenho das AVD e melhorar os sintomas associados à doença. As vantagens do exercício

físico são: o aumento da tolerância ao exercício, aumento da qualidade de vida, melhoria dos biomarcadores, aumento da sobrevivência, diminuição das hospitalizações, redução da mortalidade, melhoria da função cardíaca pela reestruturação de fibras musculares e melhoria dos FRCV. (Delgado, Novo, Mendes, Preto, Gomes, 2020c)

Sobre os diagnósticos: de AC comprometido; de conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde comprometido; e de papel do prestador de cuidados diminuído, verificaram-se, ganhos na capacidade para a realização do AC relacionado com desenvolvimento de habilidades para o desempenho das AVD, tendo sido concretizado o envolvimento do familiar/prestador de cuidados no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Especificamente no que se refere ao conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde aferiu-se que à data de alta estes focos de enfermagem se encontravam em aquisição, sendo necessário a continuidade de cuidados neste âmbito.

No que respeita às AVD partimos de uma situação de dependência no índice de Barthel (score de 20) para uma situação de dependência ligeira (score de 65). A tolerância ao esforço foi gradualmente aumentada, numa primeira fase foi necessária assistência para a realização das AVD, posteriormente e a partir da integração das estratégias adaptativas e de conservação de energia no AC, obteve-se independência para o arranjo pessoal e alimentar-se.

Para o treino do AC tomar banho, recorreu-se a cadeira sanitária como estratégia adaptativa, o que permitiu à pessoa a realização deste AC na casa de banho. A necessidade de reunião prévia do material necessário, a adoção da posição de sentado, o planeamento do repouso, se cansaço percecionado na escala de Borg modificada superior a 3, foram pontos abordados sistematicamente ao longo das sessões de intervenção com a pessoa. Nas primeiras sessões a pessoa com instrução e assistência foi treinada a lavar o tórax, axilas e membros superiores. A monitorização contínua através da escala de Borg modificada permitiu o planeamento do repouso na altura certa, o que gradativamente possibilitou a lavagem de forma independente da parte superior do corpo, com exceção das costas. Considerando as limitações físicas (alterações osteoarticulares, diminuição da força muscular) para a lavagem das costas e membros inferiores foi sugerido a aquisição de uma escova de cabo longo. Nas

últimas sessões a pessoa, também, era capaz de lavar a região genital e as coxas face anterior e secar a parte superior do corpo de forma independente.

O AC arranjo pessoal foi desenvolvido, também, na casa de banho com recurso a cadeira sanitária, preparação prévia do material necessário, apoio dos cotovelos no lavatório e planeamento de repouso. Após instrução a pessoa consegue ao longo das sessões colocar creme no rosto, lavar os dentes e escovar o cabelo sem necessidade de assistência.

O AC vestir-se e despir-se foi assistido, instruído e treinado tendo-se sido focada a necessidade prévia de organização da roupa a vestir, da adoção da posição de sentado, do planeamento do repouso, da utilização de barras de apoio para adoção da posição ortostática e demonstração da técnica para vestir-se/despir-se. Nas últimas sessões a pessoa conseguia colaborar no vestir-se/despir-se com recurso às estratégias nomeadas.

O AC transferir-se e uso do sanitário foi instruído e treinado, através da demonstração da técnica faseada de levante, da realização de exercícios *push up* e através do recurso a barras de apoio.

Importa referir que as intervenções que simultaneamente foram desenvolvidas para o AC andar, permitiram que nas últimas sessões a pessoa já se conseguisse deslocar para a casa de banho com apoio de andarilho.

Ainda que o desenvolvimento de tolerância ao exercício seja uma meta decisiva para a qualidade de vida da pessoa com IC, a realização das AVD com menos sintomas associados é uma prioridade. A pessoa deve ser incentivada gradualmente a participar na sua alimentação, nos cuidados de higiene e nas transferências e posteriormente incluir o ensino de técnicas de conservação de energia, incidindo nas AVD alteradas, incluindo os produtos de apoio que facilitem as AVD e gradualmente o exercício físico, através de um plano individualizado. Neste sentido, o EEER pode ajudar a pessoa com IC, através do ensino, instrução e treino sobre técnicas de conservação de energia e sobre a adoção de estratégias adaptativas para realização das AVD, com o intuito de minimizar a intolerância à atividade. As principais estratégias adaptativas para o desempenho das AVD são: promoção de períodos de repouso durante as atividades; a adoção da posição de sentado; interrupção das atividades se evento de sinais de cansaço com o esforço; instrução da pessoa a evitar determinados esforços como exercícios isométricos e manobra de valsalva; e distribuir

as atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia. (Moura 2015; Vermelho et al, 2021; Ordem dos Enfermeiros 2020)

Sobre os conhecimentos sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde, isto é, autogestão da saúde, aferiu-se a partir da EEAIC, comportamento no AC desadequado quer por parte da pessoa, quer por parte do prestador de cuidados. A avaliação do impacto no AC, segundo os requisitos de desvio de saúde da Teoria Orem, também, foi reveladora de défice de AC nas áreas de autogestão da IC.

Neste campo, foram validados os conhecimentos pré-existentes e foram fornecidas informações sobre a IC, sinais e sintomas de alarme, adoção de hábitos de vida saudáveis, alimentação e atividade física/exercício físico, cumprimento do regime medicamentoso, monitorização de sintomas da IC com o fornecimento de folha de registo, apêndice 19 e plano de ação para automonitorização dos sintomas de IC e medidas a adotar. De forma a consolidar toda a informação fornecida durante as sessões de educação para a saúde foi concebido um folheto educativo, apêndice 20, com o objetivo de assistir a pessoa a viver com IC.

A educação para a saúde na pessoa com IC durante o internamento, antes da alta, melhora a adesão aos comportamentos de autogestão, reduz o número de internamentos por episódios de descompensação, diminuí a taxa de mortalidade após 180 dias e reduz os custos de saúde. Esta requer sessões presenciais com recurso à utilização de material ou estratégias coadjuvantes tais como folhetos, utilização de meios audiovisuais e formação em grupos. A avaliação prévia do conhecimento sobre a IC é necessária devendo ser consideradas as condições de saúde que possam influenciar as capacidades mentais, nomeadamente na área da retenção de informação. Por esta razão torna-se fundamental a identificação e o envolvimento do familiar/cuidador no processo de cuidados e no planeamento da alta. (Koelling, Johnson, Cody, Aaronson, 2005; Abreu et al, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

A intervenção educativa da pessoa com IC deve considerar a abordagem de temáticas fulcrais tais como: informações gerais sobre a doença, tratamento farmacológico, aspetos psicossociais, sinais e sintomas de alarme, controlo dos FRCV, dieta (sal e ingestão hídrica), vacinação, atividade e exercício físico e atividade sexual (Vermelho et al, 2021).

Sobre o risco de queda há que referir que no momento da avaliação inicial ocorreu uma transição abrupta entre uma avaliação de baixo risco de queda para alto risco de queda, dado que a pessoa transitou de uma situação de imobilidade. Sendo

que após a intervenção do EEER, aquando da alta, se verificou um score de 40 na escala de Morse, revelador de baixo risco de queda.

Relativamente à preparação para a alta, considerando que a pessoa vivia sozinha, apresentava grau de dependência para a realização de AVD e perante a indisponibilidade do familiar (exercia funções laborais a tempo inteiro), estavam reunidos critérios para a referenciação para a RNCCI (tipologia de unidade de convalescença). Partindo das intervenções e atividades implementadas no âmbito motor, cardiorrespiratório e de educação para a saúde, foi elaborada uma nota de alta de enfermagem, apêndice 21, com propostas para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na unidade de convalescença. Tendo sido sugerida a continuidade do desenvolvimento do plano de exercícios para a pessoa com IC, com a iniciação do treino de escadas/rampa e estabelecimento de um plano de atividade/exercício físico adequado às capacidades individuais, às condições domiciliárias e da comunidade, com a devida salvaguarda dos critérios de segurança. Sobre o conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde e papel do prestador de cuidados diminuído, foi mencionada a necessidade de articulação com os cuidados de saúde primários, idealmente, com encaminhamento para uma equipa especializada em IC para monitorização e apoio na gestão da doença, com manutenção do envolvimento do familiar/cuidador neste processo.

A pessoa com IC durante o internamento hospitalar beneficia de um programa de RC na medida em que as intervenções deste âmbito possibilitam a prevenção das consequências da imobilidade, a autonomia para os AC, o início da marcha, o planeamento e execução de um programa/plano para instrução sobre o início da atividade física em segurança e orientações para alta clínica. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Para o planeamento da alta, independentemente da adesão ou referenciação para programas de RC, a pessoa e familiar/cuidador devem ser aconselhados a realizar atividade física ou exercícios físicos de forma gradual e com baixa intensidade, e instruídos para a adoção de estilos de vida saudáveis enquadrados nas particularidades da pessoa e da doença, proporcionando conhecimentos e habilidades para a autogestão da mesma. Cabe, também, ao EEER o papel de “pivot” na referenciação, interligação e adesão aos programas de RC, no sentido da organização do acompanhamento após a alta. (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foram patenteados os conhecimentos, as capacidades e as habilidades, a partir da descrição das atividades implementadas nos contextos práticos de cuidados, o que possibilitou desenvolver o raciocínio reflexivo, o debate e a argumentação assente nos resultados da investigação e em orientações de boa prática, baseando concomitantemente a prática clínica em evidência científica.

Em ambos os contextos da prática foram prestados cuidados a pessoas com necessidades especiais, isto é, com alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e alimentação, das quais decorreram alterações da capacidade funcional para a realização das AVD. Estas pessoas foram, maioritariamente, adultas e idosas. As alterações de dependência funcional foram de natureza permanente ou temporária e resultaram da sua condição de saúde ou do agravamento da mesma, por motivos de doença aguda ou agudização da doença crónica, complicadas por situações de imobilidade, de fragilidade, por presença de múltiplas doenças crónicas e por incapacidade para gestão do processo de doença.

Considerando as etapas do processo de enfermagem, na especificidade da especialidade de reabilitação, importa destacar a importância da etapa da avaliação, a partir da avaliação minuciosa das alterações da funcionalidade e do desempenho para as AVD, em que o grau de pormenor foi adaptado às situações de cuidados específicas. A colheita de dados desenvolveu-se por meio de observação, entrevista à pessoa e familiar/cuidador, consulta do processo clínico e implementação de escalas e instrumentos de medida. Os aspetos psicossociais, emocionais, morais, foram integrados para a formulação diagnóstica e os objetivos foram traçados na perspetiva de validação com a pessoa, enquanto interveniente principal no processo de decisão, com negociação de cuidados e corresponsabilidade permanente na implementação de intervenções específicas, de forma a serem concebidos planos de cuidados capazes de reeducar e otimizar as funções alteradas.

As intervenções implementadas englobaram: o ensino, a demonstração, e o treino de várias técnicas, diretamente relacionadas com as funções alteradas, em determinadas situações com seleção e prescrição de produtos de apoio, com o objetivo do desenvolvimento do AC.

A avaliação dos resultados das intervenções implementadas foi fundamental para o desenvolvimento do mesmo, no sentido da redução do risco, da otimização da função, da reeducação funcional e treino.

Sobre a competência J1, o contexto domiciliário tratou-se de um local de excelência para se efetuar o diagnóstico efetivo das necessidades da pessoa, dado que forneceu o acesso ao seu dia a dia e a possibilidade de enquadrar as intervenções ao contexto real, de forma a ser devolvida a autonomia da pessoa, diminuída a dependência, através da readaptação funcional e reintegração ao contexto familiar e social. Este contexto possibilitou uma experiência abrangente, dado que permitiu a vivência de experiências no âmbito da reeducação da função sensoriomotora, cognitiva, respiratória e da realização de AVD. Outro aspeto que carece de destaque foi o facto de, neste contexto, o EEER deter uma total autonomia na “construção” do processo de enfermagem de reabilitação, o que acarreta responsabilidade e exigência ao processo de tomada de decisão. Por conseguinte, permitiu o desenvolvimento da criatividade, a individualização dos cuidados permanente, o desenvolvimento pessoal e profissional, e o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança com a pessoa e familiar/cuidador, que resulta na satisfação da pessoa/família, que passa a ter o EEER como referência em cuidados de saúde.

Em contexto hospitalar, no âmbito desta unidade de competência, existiu o predomínio de experiências relacionadas com a reeducação da função cardíaca e respiratória inseridas na conjuntura da RC. Porém, há que salientar a necessidade de avaliação das demais funções, sendo que se verificou uma relação predominante entre as alterações da função cardíaca e o compromisso da capacidade funcional da pessoa e por sua vez no desempenho da realização das AVD.

A experiência prática pelo percurso do programa da RC, fase I, permitiu a prestação de cuidados diferenciados que incluíram, após previamente garantidos os pressupostos de segurança, o retorno gradual aos AC e o estabelecimento de um plano de cuidados com a integração da atividade/exercício físico, com o objetivo de controlar os efeitos da imobilidade e potenciar a capacidade funcional da pessoa.

Sobre a abordagem à pessoa com IC, este contexto possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidado da mesma. A situação analisada corrobora com a bibliografia em termos das problemáticas vivenciadas pela pessoa e família com IC. O AC, foi o foco central para o planeamento de cuidados do EEER à pessoa com IC, tendo sido o referencial teórico de Dorothea Orem orientador para a

promoção do AC, possibilitando, face às limitações encontradas, a aprendizagem de novas formas de desempenho do AC. A perda da capacidade funcional encontrada na pessoa com IC, convergiu para a necessidade de concepção de um plano de reabilitação com foco na inclusão da atividade/exercício físico e incorporação gradual das AVD.

Sobre a competência J2, ambos os contextos permitiram a vivência de experiências enriquecedoras que permitiram a capacitação da pessoa/família/cuidador para o AC, através de treino das AVD, com recurso a produtos de apoio e técnicas específicas de AC. Os treinos das AVD em contexto comunitário foram, alguns deles, simulados devido a limitações inerentes a recursos humanos e materiais, mas em que foi possível pelas estratégias implementadas atingir igualmente os objetivos propostos. A intolerância à atividade apresentada pela pessoa com doença respiratória, doença cardíaca e concretamente na pessoa com IC, determinou a implementação e o desenvolvimento do treino de AVD, em que foi necessário a aprendizagem de adaptações, o recurso a produtos de apoio e a estratégias de conservação de energia para o desempenho das AVD com a máxima independência possível. Em contexto hospitalar não foi possível incluir o familiar/cuidador nos treinos de AVD, pelas limitações impostas pelos horários das visitas, dinâmicas de organização do serviço e pelos deveres laborais das famílias.

A capacitação da pessoa/família/cuidador para a adesão à execução de exercício, no sentido da promoção da atividade/exercício físico a médio e longo prazo, no domicílio e após alta, foi incentivada a partir do treino de exercícios respiratórios e musculoesqueléticos, onde se incluíram instruções sobre a segurança, sendo que estes ensinamentos foram reforçados pela concepção e disponibilização de folhetos educativos individualizados.

Em matéria ainda de capacitação da pessoa/família/cuidador, no contexto de alterações da função respiratória e cardíaca, com especial ênfase para a IC, foi premente a necessidade de capacitação para a autogestão da doença crónica, sendo que as intervenções “desenhadas” e concretizadas neste sentido permitiram o desenvolvimento de conhecimentos sobre a doença, tratamento, estilos de vida a implementar, com destaque para a importância da prática segura de exercício físico/atividade física, assim como sinais de alarme e estratégias de atuação.

Sobre a competência J3, apenas houve contato com a mesma em contexto hospitalar, aquando da observação do papel do EEER, no ginásio, inserido no programa de RC, fase II.

Considerado os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, como guia de avaliação qualitativa do trabalho desenvolvido ao longo deste relatório afirmo que foi, em primeiro lugar, atingida a satisfação da pessoa, por meio do respeito e promoção da sua autonomia, tendo sido a mesma um agente ativo na conceção, implementação e reestruturação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, com o estabelecimento de uma relação pautada pelo respeito, reforço positivo e busca pelo desenvolvimento pessoal. Sobre a promoção da saúde e prevenção de complicações destacam-se todas as intervenções que promoveram a criação/manutenção de ambientes seguros, por meio da identificação de barreiras arquitetónicas. Assim como a identificação de fatores que predispõe ao risco de queda, sobre o qual o EEER detém uma ação direta, sendo de grande relevância todas as intervenções que possibilitaram melhorar a capacidade funcional. Toda a ação do EEER foi concebida e desenvolvida em torno das alterações da funcionalidade, com o intuito de prestação de cuidados capazes de prevenir complicações relacionadas com a alteração da funcionalidade, tais como as quedas, a imobilidade, a dependência, a perda de autonomia, a fragilidade, o isolamento, a perceção de baixa qualidade de vida, entre outros. A avaliação da alteração da funcionalidade a nível sexual, foi muito pouco desenvolvida, lacuna que carece de reflexão para ser desenvolvida na prática futura. As situações práticas foram avaliadas dentro da área de competência do EEER, sendo que foram reconhecidas, encaminhadas as situações em que foi necessário “negociar com” e “referenciar para”. No âmbito da continuidade de cuidados, em contexto hospitalar, foi necessário “delegar em” enfermeiros de cuidados gerais, atividades que concretizavam intervenções do EEER.

Sobre o bem-estar, o AC e a reeducação funcional todo o trabalho aqui apresentado reflete a aplicabilidade do processo de enfermagem de reabilitação, cujo foco de atenção se centra na promoção do AC e na reeducação funcional, no sentido de minimizar a dependência. Sobre este enunciado descritivo destaca-se a experiência no programa de RC como um excelente exemplo de intervenções de enfermagem de reabilitação que permitem reduzir o risco de alteração da funcionalidade. Ainda, neste campo, foram inúmeras as atividades concebidas e

implementadas que promoveram o AC (treino de AVD, emprego de produtos de apoio, estratégias de conservação de energia, capacitação para a gestão da doença, capacitação para a atividade física/exercício físico) e continuidade de cuidados, através do planeamento da alta com o encaminhamento para estruturas da comunidade e elaboração de recomendações para a alta, com a sugestão de atividades concretas a desenvolver no sentido da promoção do AC e reeducação funcional.

Concretamente sobre a readaptação funcional em contexto domiciliário, existiram adaptações ao domicílio sobretudo de forma a tornar o ambiente seguro e de forma a promover a independência no AC. O treino cardiorrespiratório desenvolvido no ginásio, em contexto hospitalar, foi a referência prática da intervenção do EEER no sentido da maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

A promoção da inclusão social, foi o enunciado descritivo menos conseguido, se se considerar estritamente os elementos que o caracterizam. Porém, indiretamente toda a intervenção do EEER é pautada por intervenções concebidas para a pessoa e família/prestador que concorrem, em última análise, para a promoção da inclusão social.

Por último, sobre a organização dos cuidados de enfermagem verificou-se a existência de sistemas de registos de enfermagem que incorporam o processo de enfermagem de reabilitação, embora considere que seja fundamental um maior detalhe quer para o registo da avaliação inicial, com o emprego de um maior leque de instrumentos de medida e maior liberdade de registo, quer para o planeamento de intervenções, em que as mesmas sendo muito abrangentes, exigem uma descrição pormenorizada em texto corrente que a *posteriori* poderá dificultar a leitura da avaliação dos resultados. Em contexto hospitalar, a carta de alta de enfermagem, era pouco representativa dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo que era necessário produzir um texto de forma a espelhar as intervenções e atividades desenvolvidas, objetivos e resultados esperados e atingidos. Em ambos os contextos considerei que a dotação de EEER era insuficiente face às necessidades de AC e readaptação funcional da população alvo, existindo limitações temporais importantes que obrigavam a uma gestão de prioridades exigente em termos da implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A partir deste percurso de descrição, análise e reflexão sobre as aprendizagens adquiridas e desenvolvidas considero, agora, estar apta a assumir o papel do EEER, no meu contexto profissional.

A exploração do papel do EEER no cuidado da pessoa com IC aqui apresentado será uma mais valia para o meu contexto profissional, uma vez que existe um crescente número de internamentos e reinternamentos de pessoas com IC crónica descompensada, a serem internadas no serviço de medicina, cujos os internamentos se prolongam por vários dias, sendo prevalentes os problemas de dependência, predominantemente em pessoas idosas. Neste sentido, será meu objetivo a conceção de um projeto de intervenção para desenvolvimento no internamento, onde procurarei recolher informações sobre as problemáticas da pessoa com IC no internamento em medicina. No campo da intervenção será pretendido a conceção de uma avaliação inicial específica para a avaliação da pessoa com IC, assim como um plano de intervenção direcionado para a promoção do seu AC, com integração de intervenções que permitam melhorar a capacidade funcional da pessoa com IC, nomeadamente com a introdução de treino com exercício físico, considerando os critérios de segurança e as preferências da pessoa. O treino das AVD, com recurso a estratégias adaptativas e de conservação de energia, de forma a promover a independência, será outro campo de intervenção, assim como a capacitação para a autogestão da doença, através de sessões de educação para a saúde, individuais e com os familiares/cuidadores. Por fim, o planeamento da alta, será também alvo de escrutínio de forma a encaminhar para os recursos da comunidade (será necessário pormenorizar conhecimentos sobre os mesmos e estabelecer parcerias), de forma a dar seguimento às intervenções implementadas. As opções poderão passar pelo encaminhamento para a ECCI e consulta de IC enquadrada no âmbito da especialidade de medicina interna do meu contexto profissional. Dado que a minha intervenção atual contempla, também, o seguimento da pessoa em consulta de IC, será meu objetivo integrar os conhecimentos da RC, na problemática da pessoa com IC em contexto de consulta. A longo prazo seria interessante a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar com o objetivo de fomentar a criação de um programa de RC para a intuição hospitalar onde desempenho funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Araujo, G. (2016). Conceito, componentes, fases e recursos humanos e materiais da reabilitação cardíaca. In Sociedade Portuguesa de Cardiologia (Org.), *Prevenção e reabilitação cardiovascular* (pp.45-57). Lisboa: Agir.
- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., 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. Acedido em: 03-06-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em: https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In Ribeiro, O. (coord), *Enfermagem de reabilitação– Conceções e práticas* (pp. 164-233). Lisboa: Lidel.
- Arjunan, P., Trichur, R. (2021). The impact of nurse-led cardiac rehabilitation on quality of life and biophysiological parameters in patients with heart failure: A randomized clinical trial. *The Journal of Nursing Research*, 29 (1) ,1-9. DOI: 10.1097/JNR.0000000000000407
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Brewer, L., Hoeman, S. (2000). Função circulatória e reabilitação cardíaca. In S. Hoeman (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação* (pp. 435-452). Loures: Lusociência.

- Coelho, C., Barros H., Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques Vieira, L. Sousa (coords.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (227-252). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Couto, G., Silva, R., Mar, M., Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In Ribeiro, O. (coord), Enfermagem de reabilitação– Conceções e práticas (pp. 234- 280). Lisboa: Lidel.
- Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, G., Filippatos, G., Jaarsma, T. López-Sendón, J. (2014). Improving care for patients with acute heart failure: Before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure*, 1, 110–145. DOI: 10.1002/ehf2.12021
- Damodaran, O., Rizk, E., Rodriguez, J., Lee, G. (2014). Cranial nerve assessment: A concise guide to clinical examination. *Clinical Anatomy*, 27 (1), 25-30. DOI: 10.1002/ca.22336
- Decreto lei n.º 161/96 (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ministério da Saúde. Diário da República, Série I-A (N.º 205 de 04-09-1996), 2959 – 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto lei n.º 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, Série I-A (N.º 74 de 24-03-2006), 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Delgado, B., Gomes, B., Mendes, E., Preto, L., Novo, A. (2020b). Atividade Física e Exercício Físico. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação Cardíaca (pp. 81-89). Almargem do Bispo: Lusodidacta-Sabooks Editora.
- Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., Novo, A. (2020a). Reabilitação cardíaca- Realidade Portuguesa. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação Cardíaca (pp. 31-37). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.

- Delgado, B., Novo, A., Mendes, E., Preto, L., Gomes, C. (2020c). Reabilitação Cardíaca na pessoa com Insuficiência Cardíaca crónica compensada. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação Cardíaca (pp. 233-239). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República, Série II (Nº 28 de 10-02-2015), 2-10. Acedido em: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (N.º 102 de 27-05-2015), 13550-13553.ELI: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números. Lisboa: Direcção Geral de Saúde . Acedido em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaaaaa_pndccv-2017-temp-pdf.aspx
- Ferreira, D., Santos, A. (2016). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. In C. Marques Vieira, L. Sousa (coords.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp.167-180). Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. (Tese de Doutoramento).
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: Estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. Acedido em: 20-05-2022. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T. ...Cardoso, J. (2016). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal- documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 36 (1), 1-8. Acedido em 06-05-2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & Mcburnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *In Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56(3), 146-156. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146

Garcia, M. (2011). Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo (Dissertação de Mestrado).

Garcia, S., Cunha, M., Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In Ribeiro, O. (coord), *Enfermagem de reabilitação– Conceções e práticas* (pp. 494-508). Lisboa: Lidel.

Gaspar, L., Loureiro, M., Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (coord), *Enfermagem de reabilitação– Conceções e práticas* (pp.12-18). Lisboa: Lidel.

Guterres, J., Gonçalves, G., Afonso, A., Domingues, F., Carvalho, G. (2013). Gestor de casos. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5 (2ª série), 41-47. Acedido em:08-04-2022. Disponível em: https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie5_S2.pdf

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M., Sanderman, R., Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counselling of patients with heart failure? *Heart and Lung*, 41, 492-499. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.009

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

<http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/8%20Intervencao%20nao%20farmacologica.pdf>

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/enfermagem%20de%20familia%20um%20contexto%20do%20cuidarmaria%20henriqueta%20figueiredo.pdf>

f

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81837/2/37592.pdf>

- Hwang, B., Fleischmann, K., Esquivel, J., Stotts, N., Dracup, K. (2011) Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families. *American Journal of Critical Care*, 20 (6), 431-441. Acedido em: 03-03-2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2011472>
- Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Deaton, S., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., Mahfoud, F., Masip, J., Muneretto, C., Valgimigli, M., Achenbach, S., Bax, J. (2019) ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes: The Task Force para o diagnóstico e tratamento de síndromes coronarianas crônicas da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), *European Heart Journal*, 41(3), 407–477. Acedido em 14-01-2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
- Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 111 (2), 179-185. DOI: 10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8.
- Lei n.º 156/2015 (2015). Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República, Série I (Nº 181 de 16-09-2015), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 95/2019 (2019). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 169 de 04-09-2019), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lenardt, M., Sousa, J., Grden, C., Betiulli, S., Carneiro, N., Ribeiro, D. (2015). Velocidade da marcha e escore cognitivo em idosos usuários da atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (6), 1163-1168. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680623i>
- Liljeroos, M., Kato, N., Wal, M. (2020). Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 19 (5), 421-432. DOI: 10.1177/1474515120902317

- Lopes, I., Delgado, B., Mendes, E., Preto, L., Novo, A. (2020). Reabilitação cardíaca na pessoa com doença cardíaca não cirúrgica. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação Cardíaca (pp.7-18). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*. (8), 7-20. Acedido em: 04-04-2021. Disponível em: https://www.unitau.br/files/arquivos/category_1/MARCELO_Desenvolvimento_Profissional_Docente_passado_e_futuro_1386180263.pdf
- Marques-Vieira, C., Caldas, A. (2016). A Relevância do andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques Vieira, L. Sousa (coords.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 547-558). Loures: Lusociência.
- Martins, M., Martins, A., Martins, A.R. (2016). Reeducação familiar/social-Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (coord.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta.
- Medical Research Council (1943). Aids to the investigation of peripheral nerve injuries (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. Acedido em: <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência
- Menor, M., Ricarte, C., Sanches, C., Gomes, C., Barrancos, L. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com acidente vascular cerebral. In Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. (coord.), Terapêutica de posição -Contributo para um cuidado seguro (pp. 279–286). Loures: Lusodidacta.
- Monteiro, A., Mourão, L. (2017). Desenvolvimento profissional: A produção científica nacional e estrangeira. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(1), 39-45. DOI: 10.17652/rpot/2017.1.12246

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Moura, S. (2015). A Avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado (Dissertação de mestrado).
- Nóbrega M., Freitas, C., Jesus, B., Santos, J., Silva, M. (2022) Programas de estimulação cognitiva para idosos com ou sem síndromes demenciais supervisionados ou aplicados por enfermeiros: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 27 (e78943), p.1-14. Acedido em: 03-04-2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78943>.
- Norma nº 008/2019 (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção Geral de Saúde. (nº 008 de 09-12-2019), 1-20. Acedido em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. (2020a). Doença cardíaca. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação cardíaca (pp.1-6). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., Mata, M. (2020b). Fatores de Risco Cardiovasculares. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação Cardíaca (pp.7-18). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [s.d.]. Avaliação geriátrica. Acedido em: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf
- Oliveira, C., Couto, G., Silva, R. (2021) Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In Ribeiro, O. (coord), Enfermagem de reabilitação—Conceções e práticas (pp. 654-669).Lisboa: Lidel.
- Oliveira, L., Cunha, T., Nogueira, I., Nogueira, P. (2018). Qualidade de vida e qualidade de sono na insuficiência cardíaca. *ConScientiae Saúde*, 17(4), 371-377. Acedido em: 04-05-2021. Disponível em:<https://doi.org/10.5585/conssaude.v17n4.8460>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Guia orientador de boa prática- Reabilitação respiratória. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Orem, D.E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica (M. T. L. Rodrigo, Trad.). Barcelona: Masson-Salvat (Tradução do original do inglês Nursing: Concepts of Practice, 1991).
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of Practice. (6ª ed.). Missouri: Mosby
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Vieira, L. Sousa

- (Coords.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Ponikowski, P., Anker, S., AlHabib, K., Cowie, M., Force, T., Hu S., Filippatos, G. (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1, 4–25. DOI: 10.1002/ehf2.12005
- Preto, L., Espuela, F., Mendes, E., Fernandes, H., Novo, A. (2020). Fragilidade e reabilitação cardíaca em pessoas idosas. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, Reabilitação cardíaca (pp. 279-290). Almargem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Reis, J., Álvarez, L. (2021). Concept analysis of interpersonal skills in nursing. *Aquichan*. 22 (1), 1-17. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.3>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 89-99. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, O., Moura, M., Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (coord), Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas (pp. 58-66). Lisboa: Lidel.
- Santos, L. (2016). O Processo de reabilitação. In C. Marques Vieira, L. Sousa (coords.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Santos, M. (2021). A Gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (coord), Enfermagem de reabilitação– Conceções e práticas (pp.19-33). Lisboa: Lidel.

- Sedlar, N., Lainscak, M., Martensson, J., Stromberg, A., Jaarsma, T., Farkas, J. (2017). Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of european heart failure self-care behaviour scale studies. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 16 (4), 272-282. DOI:10.1177/1474515117691644
- Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), 15-23. Acedido em: 23/03/2021. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Sousa, L., Martins, M., Novo, A. (2020). A Enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *RPER*, 3 (1), 64-69. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
- Spruit M., Singh S., Garvey C., ZuWallack R., Nici L., Rochester C., Hill K., Holland A., Lareau S., Man W., Pitta F., Sewell L., Raskin J., Bourbeau J., Crouch R., Franssen F., Casaburi R., Vercoulen J., Vogiatzis I., Gosselink R., Clini E., Effing T., Maltais F., Palen J., Troosters T., Janssen D., Collins E., Garcia-Aymerich J., Brooks D., Fahy B., Puhan M., Hoogendoorn M., Garrod R., Schols A., Carlin B., Benzo R., Meek P., Morgan M., Rutten-van Mólken M., Ries A., Make B., Goldstein R., Dowson C., Brozek J., Donner C., Wouters E., ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical care Medicine*, 188 (8), 13-64. DOI: 10.1164/rccm.201309-1634ST.
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (2022). Guia prático- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [s.l.]: Instituto da Segurança Social, I.P. . Acedido em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Varanda, E., Rodrigues, C. (2016). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: Recuperar o bailado da mente. In C. Marques Vieira, L. Sousa (coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-226). Loures: Lusociência.

- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (coord), Enfermagem de Reabilitação– Conceções e práticas (pp. 576-599). Lisboa: Lidel.
- Vermelho, A., Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intra-Hospitalar. In O. Ribeiro (coord), Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas (pp. 576-599). Lisboa: Lidel.
- Wright, L., Leahey, M. (2012). Enfermeiras e famílias: guia para a avaliação e intervenção na família (5ª ed.). São Paulo: Roca

APÊNDICES

Apêndice 1

Estudo de Caso:

Intervenção do EEER na comunidade

1. Apresentação da pessoa

1.1. Identificação da pessoa

Nome	J. L.	Estado civil	Casado
Género	Masculino	Situação profissional	Reformado – Militar de Marinha
Data de Nascimento	28/07/1935	Agregado familiar	J.L. e a esposa G.L.
Local de residência	Corroios	Cuidador	G.L.

1.2. Motivo de referenciação [avaliação de enfermagem da UCCI]

O Sr. J.L. foi referenciado para a UCCI [REDACTED] pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital [REDACTED] por necessidade de cuidados de enfermagem de Reabilitação. Foi admitido na UCCI 22/09/2021 tendo sido verificadas as seguintes necessidades de cuidados pela EEER:

- Apoio psico-emocional ao Sr. e esposa;
- Apoio na gestão do regime terapêutico;
- Ensino sobre prevenção, despiste e gestão de complicações (quedas; lesões músculo-esqueléticas e infeções respiratórias)
- Capacitação da cuidadora para apoio do Sr. nos autocuidados;
- Implementação de programa de reabilitação motora, com ênfase no fortalecimento muscular, treino de AVD, equilíbrio e marcha, bem como treino cognitivo e de memória;
- Articulação com assistente social e médico de família.

1.3. História de Saúde Atual [retirado da nota de alta]

O Sr. J.L. no dia 26/08/2021 iniciou um quadro de cefaleias tipo aperto persistente na região occipital e frontal bilateral, motivo pelo qual recorreu ao centro de saúde, foi medicado com tramadol sem melhoria. No dia 27/09/2021 recorreu ao serviço de urgência do Hospital Garcia de Orta, tendo sido medicado com fosfomicina por suspeita de ITU e com analgésicos. No dia 28/09/2021 por não se ter verificado melhoria do quadro, recorreu ao Hospital da Cruz Vermelha, onde realizou TAC CE que mostrou hemorragia Subaracnóidea (HSA) lateralizada à vala sylvica esquerda. O Sr. J.L. foi transferido para o Hospital de Santa Maria (HSM). Na observação no serviço de urgência apresenta score de 15 na Escala de Glasgow, sem alterações das pupilas, sem alterações da linguagem ou da articulação verbal, mobilizava os 4 membros, sem limitações. Foi realizada nova TAC CE que foi coincidente com HSA, “depósitos hemáticos

intraventriculares com ectasia difusa do sistema ventricular, mas mantém permeabilidade sulcal, sem transudação ependimária ou outros sinais de hidrocefalia, sem desvio das estruturas da linha média, cisternas da base permeáveis. Decidida realização de angio TAC, não se tendo verificado malformações aneurismáticas. Foi internado no serviço de neurocirurgia para vigilância e realização de angiografia. No dia 31/08/2021 foi submetido a angiografia diagnóstica não tendo sido observadas “malformações aneurismáticas, nidus malformativos nem veias de drenagem precoce que sugiram malformações arteriovenosas ou fístula dural”. Admitiu-se HSA espontânea iniciou nimodipina e realizou doppler transcraniano para exclusão de vaso espasmo. O Sr. J.L. teve alta do serviço de neurocirurgia a 21/09/2021 segundo nota de alta “vígil, orientado, calmo, colaborante, sem défices focais, deambula de forma autónoma” foi solicitado apoio social para receber apoio no domicílio.

1.4. História progressa [retirado da nota de alta]

O Sr. J.L. previamente à história de doença atual era autónomo e independente, apresentava antecedentes pessoais conhecidos de hipertrofia benigna da próstata, não são conhecidas alergias alimentares ou medicamentosas e não apresenta antecedentes familiares relevantes.

1.5. Terapêutica habitual

Após o episódio de internamento o Sr. J.L. manteve a medicação atual, nomeadamente:

- Permixon 1 x dia;
- Arroz vermelho 2x dia;
- Alfazusina 10mg 1x dia;
- Biloban 40mg 2x dia;
- Cerebrum 1x dia;
- Glucosamina 1 x dia.

1.6. Situação familiar, social, habitacional e económica

Para avaliação da família foi considerado o Modelo de Calgary. Relativamente à estrutura interna o Sr. J.L. de 87 anos vive com a esposa G.L. de 81 anos, encontram-se casados há 61 anos e não tem filhos. No que concerne à estrutura externa o casal tem apoio da irmã e sobrinha do Sr. J.L. que residem na freguesia de Corroios, e do irmão e sobrinhos da D^a G. L. que residem respetivamente em Corroios e Lisboa. O Sr. J. L. nasceu no distrito de Portalegre e tem 2 irmãos e sobrinhos a residir neste distrito os quais visita com alguma regularidade. No seu dia-a-dia atualmente deslocam-se

preferencialmente de transporte privado urbano, dado as limitações na marcha do Sr. J. L. e dispõem de empregada doméstica para limpeza da casa. Relativamente aos cuidados de saúde são seguidos na unidade de saúde [REDACTED] e dispõem de cuidados domiciliários prestados pela UCCI [REDACTED]. A esposa refere que pontualmente frequentam a igreja, frequentam regularmente os supermercados, as lojas e outros locais desde que próximos do local onde habitam. Antes da pandemia frequentavam a piscina, iam com regularidade às termas e gostavam de frequentar o café próximo de casa para beber café e conversar. O casal reside no rés-de-chão de um prédio desde há 14 anos, anteriormente viviam no 2º andar de um prédio sem elevador motivo pelo qual mudaram de residência. A etnia de ambos é caucasiana e são católicos, embora não sejam praticantes. Referem boas relações de vizinhança, conhecem todos os vizinhos.

No que respeita ao estágio de desenvolvimento o casal encontra-se a viver a velhice, segundo os estágios de desenvolvimento de Erikson integridade versus desespero.

Em termos funcionais relacionados com as atividades de vida diária o Sr. J.L. encontra-se independente para os autocuidados, embora apresente alterações no que concerne ao andar. A esposa após o internamento assumiu o papel de prestadora de cuidados informal, dadas as sequelas deixadas pela doença, nomeadamente em termos de locomoção e memória a curto prazo. No que respeita à gestão do dinheiro a esposa ressalva que atualmente gere o dinheiro, embora as decisões sejam consideradas em conjunto. Aquando a ocorrência de um problema recorre aos irmãos e sobrinhos de ambos, consoante a disponibilidade de cada um.

Como complemento da avaliação supracitada procedeu-se à avaliação do índice de Graffar. O casal reside em casa própria, um apartamento no rés-de-chão, sem elevador, com um degrau de acesso até ao apartamento. O apartamento é constituído por 2 quartos, 1 sala de jantar, 1 sala de estar, 1 cozinha e duas casas de banhos uma delas com Poliban. O casal aufer de rendimento mensal cerca de 1300 euros (1000 euros de reforma do Sr. J.L. e 300 euros de reforma da Dª G.L.). A aplicação do Índice de Graffar perfaz a soma de 14, o que revela que se trata de uma família de classe média.

2. Avaliação da pessoa

2.1- Avaliação Neurológica

Para a avaliação neurológica foi avaliado o estado de consciência, estado de orientação, a atenção, a memória, as capacidades práxicas, a linguagem, os pares cranianos, a motricidade, a sensibilidade, o equilíbrio e a marcha.

Na avaliação dos pontos supracitados foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Glasgow, MMSE, escala modificada de ASHWORTH, Índice de Tinetti e escala de equilíbrio de Berg.

O Sr. J.L. encontra-se confuso com desorientação no tempo. Posteriormente, foi aplicado MMSE onde se verifica alterações no item da orientação. O Sr. J.L. não consegue identificar o ano, o mês, o dia do mês, o dia da semana, nem a estação do ano. Relativamente ao espaço identifica o país, mas não consegue nomear o distrito onde vive, a terra onde vive e o andar onde se encontra, apenas reconhece que se encontra em casa. No item atenção e cálculo forneceu 3 respostas certas, sendo que posteriormente não conseguiu dar continuidade aos cálculos. No item 4 sobre a evocação apenas conseguiu decorar as duas primeiras palavras. Obteve a pontuação de 19, que foi indicativo de defeito cognitivo, dado que o Sr. tem entre 1 a 11 anos escolaridade.

Para avaliação dos pares cranianos foi construída uma tabela onde consta os pares cranianos e as avaliações para cada um em particular. Foi detetado alterações no par craniano nº I, nervo olfativo, o Sr. J.L. não consegue reconhecer o cheiro a canela. Relativamente ao par craniano nº VIII, nervo auditivo, vestíbulo-coclear e estato-acústico foram verificadas alterações nas avaliações respeitantes à prova de Romberg-barré, em que o Sr. J. L. apresentou desequilíbrio quando colocou um pé à frente do outro em linha reta. No teste de Babinski-Weil (marcha às cegas) foi pedido ao Sr. para caminhar 1,5m para a frente e para trás de olhos fechados e verificou-se desvio da marcha.

No que respeita à motricidade foi avaliada a força muscular e o tónus muscular. A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais bilateralmente, dos segmentos distais para os proximais, através da aplicação do MRC, apresentando força normal.

No que concerne à coordenação motora dos membros superiores foi realizada a prova Índice-nariz, que o Sr. J.L. executou com alguma dificuldade, verificou-se dificuldade em tocar exatamente na ponta do nariz, sobretudo quando fechava os olhos, à medida que a prova era repetida foi melhorando o desempenho na sua execução. Verificou-se um movimento mal conduzido desde o início, que a manifestou descoordenação motora. Em termos de avaliação da coordenação nos membros inferiores foi implementada a prova calcanhar-jelho, o Sr. J.L. executou o movimento sem dificuldade de olhos fechados e abertos.

Na avaliação da sensibilidade testou-se a sensibilidade: tátil (com recurso a algodão), térmica (com recurso a objeto quente/frio), dolorosa (recurso a ponta de uma caneta), profunda (recurso a execução de pressão sobre partes do corpo) e postural (solicitando que a pessoa diga a posição de um membro de olhos fechados). Verificaram-se alterações ao nível da sensibilidade tátil no membro superior direito e em ambos os membros inferiores.

Relativamente à avaliação do equilíbrio e marcha foram utilizados 2 instrumentos de avaliação: a escala de Equilíbrio de Berg e o índice de Tinetti. Na escala de Equilíbrio de Berg obteve-se um score total de 45 o que é revelador de bom equilíbrio. Foram verificadas alterações nos pontos: 11, consegue dar uma volta de 360º com segurança mas lentamente, 12, consegue colocar o pé alternadamente num degrau enquanto se mantém de pé sem apoio até cada pé ter tocado o degrau 4 vezes sem ajuda mas com supervisão, 13, perde o equilíbrio enquanto tenta ficar de pé sem apoio e com um pé à frente do outro e 14, ao tentar ficar de pé sobre uma perna, tenta levantar uma perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se de pé de forma autónoma. A aplicação do teste de Tinetti fornece uma avaliação da mobilidade e do equilíbrio estático e dinâmico. No que respeita ao equilíbrio obteve-se um score de 14 num total de 16, sendo que se verificam alterações no item 2 levantar-se, o Sr. J.L. foi capaz, mas fez excessiva flexão do tronco, no item 7 volta a 360º a marcha foi estável, mas deu passos descontínuos. Na vertente da avaliação da marcha obteve um score de 8 num total de 12. Assim sendo, foram verificadas alterações no item 11, largura do passo pé direito por vezes não ultrapassa à frente do pé esquerdo em apoio. No item 16 sobre a continuidade do passo o Sr. J.L. parou ou deu passos descontínuos durante o percurso estipulado. No item 17 no percurso de 3 metros marcado, o Sr. J. L. desviou-se da linha marcada. O score total do teste foi de 21 o que revela um risco moderado de queda. (apêndice x -teste de Tinetti aplicado ao Sr. J.L.)

No decorrer das avaliações supracitadas foi, também, sendo realizada uma apreciação sobre a marcha do Sr. J.L., pelo que se acrescento observações: de arrastar os pés enquanto deambula, de aumentar a base de sustentação na tentativa de manter o equilíbrio, de assimetria na largura dos passos, e de desequilíbrio para o lado direito. O Sr. não utiliza auxiliares de marcha.

2.2- Avaliação das Atividades de Vida Diária

Medida da Independência Funcional

	DATAS
ITENS A AVALIAR	1ª Avaliação
AUTO-CUIDADOS	
Alimentação	7
Higiene pessoal	7
Banho	6
Vestir a metade superior	7
Vestir a metade inferior	6
Utilização da sanita	7
CONTROLE DE ESFINCTERES	
Bexiga	7
Intestino	7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	
Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	7
Sanita	7
Banheira, Duche	7
LOCOMOÇÃO	
Marcha/ cadeira de rodas	4 na rua necessita de contato tátil
Escadas	4
COMUNICAÇÃO	
Compreensão	7
Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
Interação social	4
Resolução de problemas	3
Memória	3
Total	107

Níveis	
7- Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6- Independência modificada (dispositivo) 5- Supervisão 4-Ajuda mínima (o indivíduo $\geq 75\%$) 3-Ajuda moderada (o indivíduo $\geq 50\%$) 2- Ajuda máxima (o indivíduo $\geq 25\%$) 1- Ajuda total (o indivíduo $\leq 25\%$)	7, 6- Sem ajuda 5,4,3- Dependência modificada 2,1- Dependência completa

Adaptado da norma da DGS nº 054/2011 de 27/12/2011

Avaliação do Impacto no autocuidado segundo os requisitos da Teoria de Orem

Universais	Padrão de autocuidado	Défice do autocuidado / sistema de enfermagem
Manutenção de um aporte de ar suficiente	<u>Sistema cardiorrespiratório</u> Normotenso (127/71mmHg) Normocárdico (71bpm) Eupneico (respiração toraco-abdominal/simétrica/regular/saturações de 98%)	Sem défice no AC
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	Independente Consegue satisfazer a suas necessidades de ingestão de água, ingere água sem alterações.	Sem défice no AC
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	Independente Consegue satisfazer a suas necessidades de ingestão de alimentos, ingere alimentos sem alterações.	Sem défice no AC
Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação	Independente Apresenta continência urinária e intestinal. Padrão intestinal dias alternados sem recurso a laxantes.	Sem défice no AC
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	Dorme cerca de 8h	Sem défice no AC

	Independente nos AC: higiene; vestir-se transferir-se; posicionar-se; e alimentar-se.	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interação social predominantemente com a esposa Interação social com família (irmãos/cunhados e sobrinhos) Dependente da iniciativa da esposa para a interação social. Sai de casa apenas com a esposa (alteração da memória a curto prazo e desequilíbrio)	Défice no AC Sistema de apoio -educação
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano	Alterações do equilíbrio dinâmico Andar no exterior/ subir e descer escadas alterado Risco moderado de queda Desorientação temporal e espacial Memória a curto prazo comprometida	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.	O Sr. J.L. tem consciência moderada das alterações decorrentes do processo de doença.	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Desvio da saúde	Padrão do autocuidado / défice do autocuidado	Sistema de Enfermagem
Procurar e assegurar assistência médica adequada	O Sr. é capaz de expressar desconforto e necessidade de assistência médica. Porém carece de apoio da esposa para procurar e assegurar essa assistência.	Sistema de apoio- educação
Tomar consciência e atender aos efeitos resultantes de estados patológicos	O Sr. J.L. percebe no seu dia-a-dia as limitações impostas pelo processo patológico, recorre ao humor, histórias passadas e à	Sistema de apoio- educação

	esposa para suprimir as suas dificuldades.	
Concretizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas	O Sr. J.L. participa nas sessões de reabilitação de forma autónoma e independente. Verificam-se dificuldades na manutenção da atenção durante as mesmas. Realiza algumas das tarefas propostas no seu dia-a-dia, mas carece do incentivo e assistência da esposa.	Sistema de apoio- educação
Estar consciente ou regular o desconforto ou efeitos nocivos consequentes de intervenções ou cuidados prescritos	O Sr. J.L. tem consciência das consequências das intervenções de reabilitação. Porém, o seu locus de controle associado encontra-se direcionado para o meio externo.	Sistema de apoio- educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	O Sr. J.L. aceita o seu novo estado de saúde, aceita que necessita de cuidados por parte da esposa e de reabilitação.	-----
Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos	O Sr. J.L. encontra-se em fase de adaptação ao seu atual estado de saúde.	Sistema de apoio- educação
Desenvolvimento	Padrão do autocuidado / défice do autocuidado	Sistema de Enfermagem
Saúde frágil ou incapacidade Problemas associados ao status	Necessidade de adaptação às atuais fragilidades por parte do Sr.J.L. e por parte da esposa. Alteração de papéis: o Sr. J. L. dependente das decisões/orientações da esposa.	Sistema de apoio- educação

3. Avaliação do EEER

Problema identificado	Diagnóstico (CIPE VERSÃO 2)	Objetivo
Desorientação temporal e espacial	Desorientação atual	Desenvolver estratégias para promover a orientação temporal e espacial
Capacidade para manter o foco numa atividade comprometida: com alteração na vigilância; tenacidade e concentração	Atenção comprometida	Estimular a atenção na componente da vigilância, tenacidade e concentração
Dificuldade na retenção de informação recente	Memória a curto prazo comprometida	Adequar estratégias que permitam auxiliar a memória de curto prazo.
Alteração do Equilíbrio dinâmico	Equilíbrio comprometido	Melhorar o equilíbrio
Marcha com necessidade de ajuda nas deslocações no exterior / Dificuldade em subir e descer escadas	Andar comprometido	Otimizar a marcha
Fraqueza muscular no membro inferior direito-desvio da marcha para a direita	Fraqueza muscular parte inferior do corpo à direita	Reforçar a musculatura dos membros inferiores
Possibilidade de queda	Risco de queda em grau moderado	Manter um ambiente seguro
Necessidade de capacitação do cuidador para a responder aos atuais problemas de saúde	Papel do Prestador de Cuidados diminuído	Envolver a prestadora de cuidados no plano de cuidados

4. Plano de cuidados

Diagnóstico	Plano	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Desorientação temporal e espacial	<p><u>Objetivo:</u></p> <p>Que o Sr. J. L. melhore a orientação temporal e espacial, se necessário recorrendo às estratégias adaptativas desenvolvidas e implementadas (auxiliares de memória) nas sessões.</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>Apoio-educação</p> <p><u>Método:</u> Ensinar</p>	<p>1. Avaliar o estado de orientação através do MMSE item 1;</p> <p>2. Implementar a técnica de orientação para a realidade temporal e espacial;</p> <p>3.1- Construção de um calendário de preenchimento diário com informação sobre o ano, mês, estação do ano, dia da semana, dia do mês e atividade a realizar no dia (orientação temporal);</p> <p>3.1.1. Instruir o Sr. sobre: o preenchimento do calendário, a necessidade de o preencher diariamente e colocar em local visível para fácil consulta;</p> <p>3.1.2. Preencher o calendário juntamente com o Sr., fornecendo “pistas” que permitam conduzi-lo às informações necessárias.</p> <p>3.2- Analisar imagens conjuntamente com o Sr. J.L. de forma a promover a orientação espacial;</p> <p>3.2.1- Analisar a imagem do mapa de Portugal por Distritos e questionar o Sr. J.L. sobre o seu distrito de nascimento e residência, dar “pistas” para assistir o Sr. a encontrar a resposta correta. Assinalar no mapa os distritos;</p> <p>3.2.2 – Analisar a imagem do mapa do distrito de residência e questionar sobre o concelho de residência, dar “pistas” para assistir o Sr. a encontrar a resposta correta. Assinalar no mapa o concelho;</p> <p>3.2.3- Analisar a imagem do mapa do concelho de residência e questionar sobre a freguesia de</p>	<p>02/11- Aplicação do MMSE Item 1 Orientação score 2 (total de 10 pontos) O Sr. J.L. apenas consegue nomear o país e a casa onde se encontra.</p> <p>08/11- Preenchimento do calendário, fornecimento das instruções ao Sr. e à cuidadora. O Sr. J.L. apenas consegue identificar a estação, os restantes dados do calendário foram preenchidos com ajuda. Relativamente às imagens do mapa de Portugal não consegue identificar o distrito onde reside, apenas consegue identificar o distrito onde nasceu. Perante o mapa dos concelhos de Setúbal, não conseguiu referir que reside no Seixal e que a sua freguesia é a de Corroios. Foi prestada ajuda para as chegar às localizações pretendidas e o Sr. localizou no mapa as respostas corretas.</p> <p>11/11- O Sr. J.L. não tem o calendário preenchido, foi preenchido na sessão. Consegue nomear o mês, o dia teve dificuldade, mas lembrou quando se falou nas castanhas e no dia de São Martinho. Não conseguiu nomear corretamente o ano, o dia da semana, não se consegue lembrar das tarefas que tem para o dia,</p>

		<p>residência, dar “pistas” para assistir o Sr. a encontrar a resposta correta. Assinalar no mapa a freguesia;</p> <p>3.2.4- Analisar a imagem do mapa da localidade onde o Sr. reside e questionar sobre a sua morada de residência, localizar referências próximas (escola, junta de freguesias, café, ruas) de forma a encontrar a morada da sua rua. Mostrar imagens de locais familiares do seu local de residência e pedir para identificar os locais, dando pistas.</p> <p>3.3- Construir conjuntamente com o Sr. J.L. a planta da sua casa;</p> <p>3.3.1- Solicitar na planta a identificação das divisões da casa;</p> <p>3.3.2- Identificar as divisões reais, com a porta fechada, com apoio da planta;</p> <p>3.3.3- Identificar as diferentes divisões através de imagem na porta;</p> <p>3. Motivar a pessoa (reforço positivo) para a consulta, análise e preenchimento dos materiais fornecidos.</p>	<p>tendo sido assinaladas com a ajuda da esposa.</p> <p>15/11- Preenchimento do calendário consegue nomear o ano, o mês e o dia da semana.</p> <p>18/11- Preenchimento do calendário consegue nomear o ano, o mês, a estação. Não sabe o dia do mês, foi sugerido a consulta da sua agenda para tentar responder, mas mantém-se sem anotações na agenda.</p> <p>Com a construção do puzzle foi trabalhado o distrito de residência, o concelho e a freguesia onde habita. O Sr. conseguiu responder corretamente. Nesta sessão foi trabalhado o mapa da localidade onde o Sr. vive. O Sr. J.L. não sabe a sua morada, refere que reside na sua morada antiga. Foram trabalhadas as ruas próximas do local onde vive, assim como as imagens de locais próximos de sua casa.</p> <p>Atendendo ao Item 1 do MMSE verifica-se alteração de score 2 para 7.</p>
<p>Memória a curto prazo comprometida</p>	<p>Objetivo: Que o Sr. desenvolva e adeque estratégias que permitam auxiliar a memória a curto prazo.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio- educação</p>	<p>1. Avaliar os domínios cognitivos através do MMSE;</p> <p>2. Conversar sobre acontecimentos do dia e da semana;</p> <p>3. Fornecer uma agenda para escrever os acontecimentos diários e futuros significativos;</p> <p>3.1- Instruir sobre o preenchimento da agenda;</p> <p>3.2- Treinar o preenchimento da agenda;</p>	<p>02/11- Aplicação do MMSE score de 19, o que indica défice cognitivo.</p> <p>08/11- O Sr. foi instruído a utilizar a agenda, conjuntamente com a esposa. Foi analisada uma notícia do dia, o Sr. J.L. conseguiu responder às questões recorrendo à consulta da notícia impressa.</p>

	Método: Ensinar	<p>3.3- Instruir a consultar a agenda como forma de recordar a informação;</p> <p>3.4- Instruir a colocar na agenda um clip como forma de localizar o mês/semana onde se encontra.</p> <p>4. Analisar notícias da semana;</p> <p>4.1. Leitura da Notícia em voz alta;</p> <p>4.2. Solicitar síntese da notícia, imediatamente após a leitura;</p> <p>4.3. Responder a questões sobre a notícia de forma escrita (data/local/ País/ assunto/meio de divulgação da notícia/ resumo da notícia), apoiar na construção das respostas.</p> <p>5. Solicitar/incentivar a seleção de uma notícia e responder às questões apresentadas pelo menos 1 x por semana.</p>	<p>11/11- Não trabalhou nenhuma notícia conforme sugerido na última sessão. Foi questionado para selecionar uma notícia do dia anterior. Não conseguiu nomear uma notícia pelo que foi ajudado. Após sugestão de uma notícia recordou-se do conteúdo da mesma e foi trabalhada a notícia.</p> <p>(Roubo de Diamantes na República Centro Africana). Apresentou dificuldades na nomeação do local onde ocorreu a notícia, assim como na data da mesma.</p> <p>15/11- Não tem anotações na agenda, foi reforçado necessidade de escrever acontecimentos importantes do seu dia-a-dia.</p> <p>18/11- Sem anotações na agenda, iniciamos o preenchimento da mesma com acontecimentos da semana.</p>
Atenção comprometida	<p>Objetivo: Estimular a atenção na componente da vigilância, tenacidade e concentração</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar</p>	<p>1. Promover um ambiente calmo/minimizar os fatores distratores;</p> <p>2. Estimular a dirigir a atenção para as tarefas que se encontra a realizar;</p> <p>3. Realizar atividades terapêuticas no âmbito da atenção;</p> <p>3.1- Construção de puzzle (mapa de Portugal);</p> <p>3.2- Sopas de letras</p> <p>3.3- Cópias de textos/ ditados</p> <p>3.4- Exercícios de resolução de problema.</p>	<p>02/11- Avaliação da atenção durante a avaliação neurológica.</p> <p>Alterações na vigilância, tenacidade e concentração.</p> <p>Item 3 do MMSE sobre atenção e calculo com Score 3 num total de 5.</p> <p>Proposto a realização de sopas de letras, cópias de textos, ditados.</p> <p>As atividades foram algumas vezes interrompidas por o Sr. se encontrar distraído.</p> <p>15/11- Proposta de Realização de Puzzle dos distritos de Portugal.</p> <p>18/11- Execução do Puzzle distritos de Portugal, com ajuda da esposa. Realizou</p>

			2 cópias e 1 ditado. Esteve atento às atividades implementadas.
Risco de queda em grau moderado	<p>Objetivo: Manter um ambiente seguro</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o risco de queda (Índice de Tinetti); 2. Ensinar sobre fatores intrínsecos que predispõe ao risco de queda e as estratégias terapêuticas a implementar para minimizar o risco de queda: treino de equilíbrio/fortalecimento muscular. 3. Ensinar sobre fatores extrínsecos ambientais, necessidade de adaptação da habitação, remoção de obstáculos, utilização de calçado adequado (antiderrapante/fechado), necessidade de andar com precaução e apoio na rua (piso irregular, piso molhado, obstáculos). 4. Avaliar a segurança do ambiente domiciliar. 	<p>21/10- Avaliação do Índice de Tinetti score 22 (moderado risco de queda) Fornecidas informações sobre as estratégias a implementar para minimização do risco de queda.</p> <p>Ambiente habitacional sem tapetes, sem obstáculos, o Sr. usa sapatos fechados e antiderrapantes. O Sr. refere que na rua anda apoiado na esposa.</p> <p>22/11- Avaliação a partir do índice de Tinetti. (não foi possível sair em visita/ equipa reduzida prestados serviços essenciais)</p>
Equilíbrio [dinâmico] Comprometido	<p>Objetivo: Melhorar o equilíbrio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg e Índice de Tinetti) 2. Adequar os exercícios de treino de equilíbrio às alterações presentes nas avaliações efetuadas. 3. Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e o risco de cair. 	<p>21/10- Avaliação do equilíbrio: através da escala de equilíbrio de Berg score 45 (bom equilíbrio) e Índice de Tinetti score 22 (moderado risco de queda)</p> <p>26/10- Implementação do treino de equilíbrio referido no ponto 4.</p>

Fraqueza muscular parte inferior do corpo à direita	Reforçar a musculatura dos membros inferiores Otimizar a marcha	4. Treino de equilíbrio dinâmico 4.1- Instruir sobre exercícios para treino do equilíbrio dinâmico;	Solicitada a aquisição de tripé para treino de marcha e subir e descer escadas. O sr. apresenta dificuldade em a execução do exercício andar em linha reta e no contornar obstáculos, apresenta
Andar comprometido	Sistema de Enfermagem: Apoio-educação	4.2- Treinar os exercícios para treino do equilíbrio dinâmico;	desequilíbrio, necessitando de apoio. Os exercícios com bola Suíça, foram realizados com o apoio.
	Método: Ensinar	4.3- assistir no treino de exercícios de equilíbrio dinâmico;	Não foi nesta sessão possível realizar o treino de subir e descer escadas para a frente e para trás e o treino de mudança de rotação.
		4.4- Incentivar o treino de exercícios de equilíbrio dinâmico.	Não foi nesta sessão possível realizar o treino de subir e descer escadas para a frente e para trás e o treino de mudança de rotação.
		<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de Fortalecimento muscular: flexão plantar/flexão do joelho/flexão coxofemoral/ extensão coxofemoral /elevação lateral da perna/levantar e sentar sem apoio de mãos 	08/11 treino de equilíbrio: -Exercícios de fortalecimento muscular; -Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação;
		<ul style="list-style-type: none"> • Exercício dinâmico sentado com recurso a bola Suíça: deslizamentos para frente/ trás/laterais; 	-Equilíbrio dinâmico andar em linha (apresenta desequilíbrio com necessidade de apoio).
		<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio dinâmico em pé- alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir ao Sr. J.L. que faça essa distância em bicos de pés e com apoio de calcanhar; 	Não foi adquirido o Tripé.
		<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio dinâmico em pé- andar em linha; 	15/11- Treino de equilíbrio: realizados todos os exercícios propostos no ponto 4.
		<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio dinâmico em pé- contorno de obstáculos; 	22/11- Reavaliação a partir da escala de equilíbrio de Berg e Índice de Tinetti. (não foi possível sair em visita/ equipa reduzida prestados serviços essenciais)
		<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação; 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio dinâmico em pé: subir e descer para a frente e para trás. 	
		5. Ensinar sobre a utilização de tripé nas deslocções ao exterior	
		5.1. Instruir sobre a utilização de tripé	
		5.2 Incentivar/treinar a utilização de tripé	
		5.4 treinar subir e descer escadas com tripé	

		<p>Utilização de tripé Posicionar o tripé no lado são (esquerdo), avançar com o tripé e simultaneamente com o membro superior e inferior direito. Subida: avança o MI são (esquerdo) para o degrau e de seguida avança o tripé e o MI direito Descida: avança o MI direito e tripé e de seguida o MI (são) esquerdo.</p>	
<p>Papel do Prestador de Cuidados diminuído</p>	<p><u>Objetivo</u> Envolver a prestadora de cuidados no plano de cuidados</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Apoio-educação</p> <p><u>Método:</u> Ensinar</p>	<p>- Envolver/incentivar a cuidadora para a necessidade de continuidade das atividades de orientação, espacial e temporal, exercícios de treino de atenção e para a utilização dos dispositivos de compensação como forma de auxílio da memória a curto prazo; - Ensinar a cuidadora sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos que predisõem ao risco de queda; -Ensinar estratégias de segurança e de intervenção relacionados com fatores intrínsecos e extrínsecos que predisõem ao risco de queda; -Envolver a cuidadora na necessidade de realização dos exercícios de treino de equilíbrio e para a necessidade de utilização de tripé nas deslocações ao exterior.</p>	<p>26/10- A esposa participou no treino de equilíbrio através da observação e explicitação dos mesmos.</p> <p>Foi solicitado apoio à cuidadora para incentivar o Sr. J.L. a realizar diariamente 2 x dia os exercícios de fortalecimento muscular 10x cada exercício. Incentivar ao uso da pedaleira diariamente 5 a 10 minutos 1 a 2x dia. 26/10 a 18/11- a esposa participa ativamente em todas as sessões com o Sr. J.L.</p>

5. Apresentação do estudo de caso: em formato *Powerpoint*

ESTUDO DE CASO

Intervenção do EEER na Comunidade

12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Marisa Daniela Portugues Nunes
Professor Orientador
José Pinto de Magalhães



- ✓ Apresentação do caso
- ✓ Avaliação da pessoa
- ✓ Avaliação do EEER
- ✓ Intervenção do EEER
- ✓ Considerações Finais



SUMÁRIO





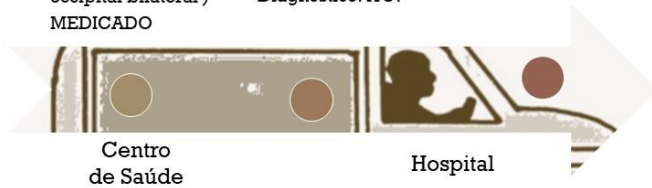
APRESENTAÇÃO DO CASO...

J.L.	87anos	Casado
Ex. Militar	Autonomo	Independente
AP:HBP	Medicação habitual	

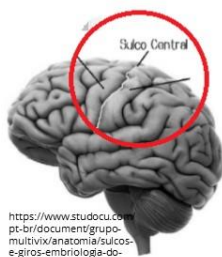
26/08: quadro de cefaleias tipo aperto persistente (região frontal e occipital bilateral)
MEDICADO

27/08: mantém QUEIXA
ALTA - MEDICADO
Diagnóstico: ITU?

28/09: mantém QUEIXA
Faz TAC CE



APRESENTAÇÃO DO CASO...



<https://www.studocu.com/pt-br/document/grupo-multivix/anatomia/sulcos-e-giros-embriologia-do-sn/14353592>



Fonte: lookforadiagnosi.com
<https://www.acoesunimedbh.com.br/se-ssoesclinicas/wp-content/uploads/2015/10/Caso-108-Unimed-BH.pdf>



Hospital Privado: TAC CE
Diagnóstico: Hemorragia Subaracnoidea lateralizada à vala Silvica Esquerda

Transferido para Hospital de Lisboa :
Repete TAC CE
Diagnóstico: Hemorragia Subaracnoidea

Internamento no Serviço
Neurocirurgia:
Vigilância e Realização de exames complementares de diagnóstico



APRESENTAÇÃO DO CASO...

Observação no Serviço de Urgência:

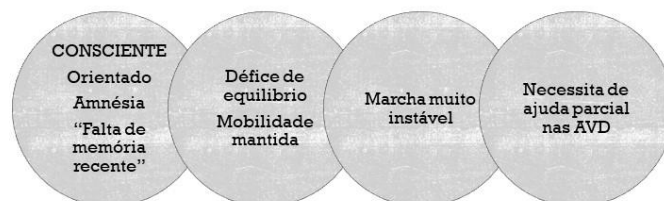
- GLASGOW 15
- Sem alterações das pupilas
- Sem alterações da linguagem ou articulação verbal
- Mobilização dos 4 membros

Internamento do Serviço de Neurocirurgia:

- Orientado, calmo, colaborante
- Sem déficits focais
- Deambula de forma autónoma
- Hemodinamicamente estável
- Realizou angio TAC (sem malformações) e doppler transcraniano (excluído vasoespasmo)
- ALTA: 21/09: Mantém medicação/

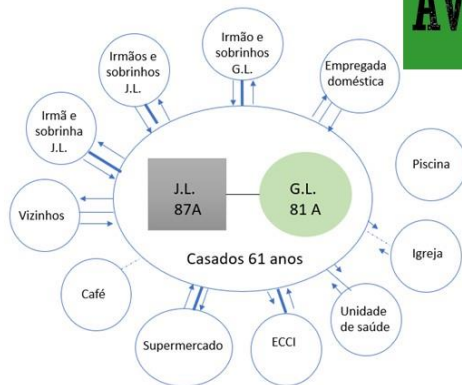
Problemas: DESIQUILÍBRIO DA MARCHA e DÉFICE DE MEMÓRIA

Encaminhado para a ECCI – para REABILITAÇÃO



Visita domiciliária:
2 a 3 x semana

AVALIAÇÃO DA PESSOA...



G.L. Assume o papel de cuidadora informal



Índice de Graffar: Família da classe média (rendimento mensal 1300€)

Casa PRÓPRIA- RÉS-DE-CHÃO



EEER

AVALIAÇÃO DA PESSOA...



Exame objetivo

Parametros vitais:
 TA: 121/67mmHg
 FC: 74
 Temp.: 36,1
 Saturações: 99%
 FR: 18 cpm Dor: 0
Glicémia capilar:
 98mg/dl
Padrão Respiratório:
 toraco-abdominal simétrico regular



Exame Físico

- Aparência geral cuidada
- Peso +/- 68kg
- Altura 167cm
- Acuidade auditiva mantida
- Diminuição da acuidade visual: protese ocular
- Protese dentária
- Pele e Mucosas: integra/corada/hidratada
- Sem edemas
- Andar: sem produtos de apoio



Exame Neurológico

- Escala de Glasgow: 14
- MMSE: 19 defeito Cognitivo (orientação/atenção e calculo/evocação)
- Avaliação dos pares craneanos: nervo (I): não reconhece o cheiro/ nervo (VIII): desequilíbrio
- MRC: Força normal vários segmentos corporais
- Coordenação motora: descoordenação motora MS



AVALIAÇÃO DA PESSOA...



Exame Neurológico

- **Sensibilidade:** tátil MS direito + MIS
- **Equilíbrio:** Escala de Equilíbrio de Berg (bom equilíbrio) + Índice de Tinetti (Risco Moderado de queda)
- **Alterações do EQUILIBRIO DINÂMICO**
- **Andar:** arrastar os pés/ aumento da base de sustentação/ assimetria na largura dos passos e desequilíbrio para a direita



Avaliação das AVD

- Medida de Independência Funcional:
- Sem ajuda: **AUTOCUIDADO/ CONTROLE DE ESFINTERES/MOBILIDADE-TRANSFERÊNCIAS/ COMUNICAÇÃO**
- Ajuda mínima: **LOCOMOÇÃO/ INTERAÇÃO SOCIAL**
- Ajuda Moderada: **RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS/ MEMÓRIA**



Avaliação do Impacto no AC OREM

- **Requisitos Universais (3)**
- **Desvio da Saúde (5)**
- **Desenvolvimento (2)**
- **Défice no autocuidado**
- **Sistema de Enfermagem: Apoio-educação**



AVALIAÇÃO DO EEER...

Problemas Identificados

- Desorientação temporal e espacial
- Capacidade para manter o foco numa atividade comprometida
- Dificuldade na retenção de informação recente
- Alteração do equilíbrio dinâmico
- Marcha com necessidade de ajuda nas deslocações exteriores/dificuldade em subir e descer escadas
- Fraqueza muscular no MI dto, desvio da marcha para a dta
- Possibilidade de queda
- Necessidade de capacitação do cuidador

Diagnósticos CIPE versão 2

- Desorientação atual
- Atenção comprometida
- Memória a curto prazo comprometida
- Equilíbrio comprometido
- Andar comprometido
- Fraqueza muscular parte inferior do corpo à direita
- Risco de Queda em grau moderado
- Papel do prestador de cuidados diminuído



INTERVENÇÃO DO EEER...

Plano de Cuidados

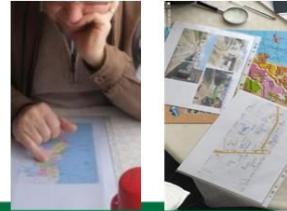
Diagnóstico: Desorientação atual

Objetivo: Melhorar a orientação temporal e espacial

Sistema de Enfermagem: Apoio e educação/Método: Ensinar

Intervenções:

1. Avaliar o estado de orientação- MMSE item 1
 2. Implementar a técnica de Orientação para a realidade
- Orientação temporal
- Construção de calendário
 - Preenchimento do calendário/ diariamente/local visível para consulta
 - Fornecer "pistas" que permitam conduzir a respostas adequadas
- Orientação Espacial
- Análise de imagens de mapas: Distritos de Portugal (nascimento e residência)/Distrito de Residência (concelho de residência)/Concelho de Residência (freguesia de residência)/mapa das ruas do local onde vive (encontrar a morada a partir de pontos de referência).
 - Construção da planta da casa – Identificar as divisões com recurso a mapa/identificação da porta com imagem
3. Motivar O Sr. J.L. para consulta, análise e preenchimento dos materiais fornecidos



INTERVENÇÃO DO EEER...

Diagnóstico: Desorientação atual

Objetivo: Melhorar a orientação temporal e espacial

Sistema de Enfermagem: Apoio e educação/Método: Ensinar

Avaliação

1. Avaliação MMSE
(1) Orientação:
02/11: score 2 total
de 10 pontos
18/11: score 7 total
de 10



2. TÉCNICA DE ORIENTAÇÃO PARA A
REALIDADE + 3. REFORÇO POSITIVO
08/11 + 11/11 + 15/11 + 18/11



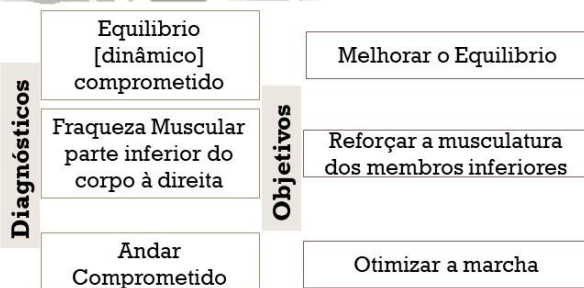
Falta: Construção da planta da casa – Identificar as divisões com recurso a mapa/identificação da porta com imagem- Programado para início de Dezembro



INTERVENÇÃO DO EEER...

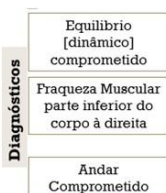
Plano de Cuidados

Intervenções:



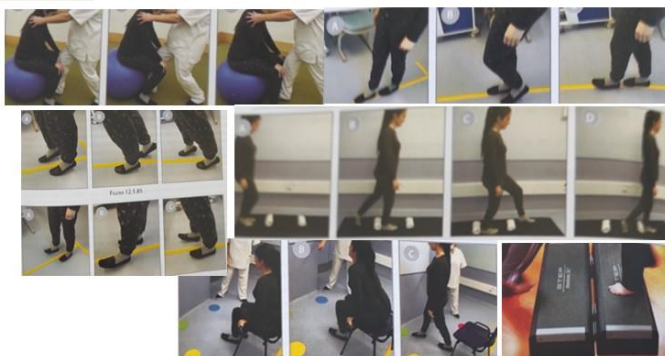
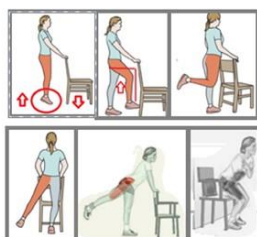
1. Avaliar o equilíbrio (Escala de Berg e Índice de Tinetti)
2. Selecionar os exercícios considerando as avaliações
3. Analisar a relação entre o equilíbrio e o risco de queda
4. Treino de equilíbrio – Instruir/treinar/Assistir/Incentivar
5. Ensinar sobre a utilização de tripé nas deslocações ao exterior (Instruir/treinar)

Sistema de Enfermagem: Apoio- educação
Método: Ensinar



INTERVENÇÃO DO EEER...

Treino de Equilíbrio





Diagnósticos

- Equilíbrio [dinâmico] comprometido
- Fraqueza Muscular parte inferior do corpo à direita
- Andar Comprometido

INTERVENÇÃO DO EEER...

Avaliação

1. Avaliação do equilíbrio 21/10: escala do Equilíbrio de Berg score de 45 (Bom equilíbrio) e Índice de Tinetti SCORE 22 (moderado risco de queda)
 - Avaliação programada para o início de Dezembro

- 3./4. Treino de Equilíbrio: 26/10 + 08/11+15/11
 - dificuldades: andar em linha reta/contornar obstáculos
 - nem sempre foi possível realizar todos os exercícios

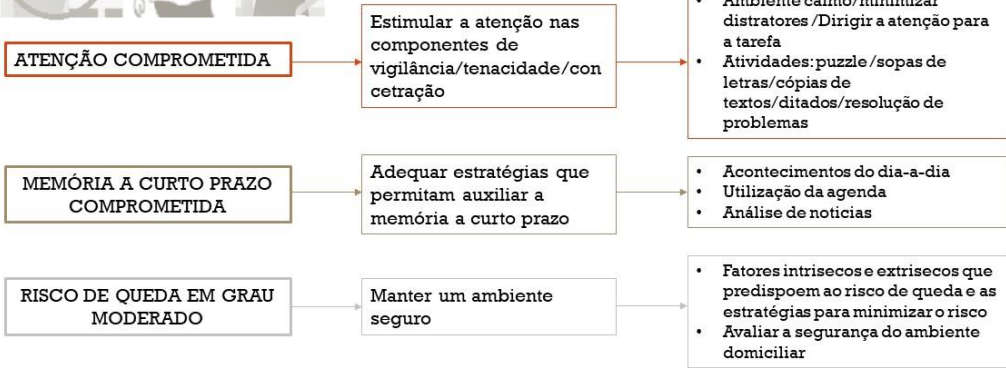
Treino com Tripé (5) não foi ainda executado: aguarda-se aquisição

- Objetivos
- Melhorar o Equilíbrio
 - Reforçar a musculatura dos membros inferiores
 - Otimizar a marcha



INTERVENÇÃO DO EEER...

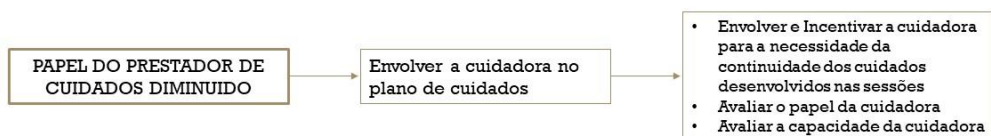
Plano de Cuidados





INTERVENÇÃO DO EEER...

Plano de Cuidados



CONSIDERAÇÕES FINAIS...



Percurso...

- Percepção da importância do papel EEER
- Autonomia e Responsabilidade
- Diversidade de atuação
- Papel de "Pivot"

Aprendizagens:

- Criatividade
- Motivação
- Capacidade de adaptação
- Importância da família/cuidador
- Importância da avaliação holística e estruturada

Dificuldades:

- Fatores distratores
- Gestão do tempo e de prioridades
- Recursos materiais reduzidos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..

- Couto, G., Silva, R., Mar, M., Gomes, B. (2021) Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In Ribeiro, O. (coord), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e práticas* (164-233). Lisboa: Lidel.
- Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I. B., & Marques Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vieira, C., Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida*. Loures: Lusoditacta.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão 2*. Geneva, Switzerland: International Council of.

Apêndice 2

Estudo de caso

A pessoa com IC em contexto hospitalar:

Intervenção do EEER

1. Apresentação da pessoa

1.1. Identificação da pessoa

Nome	M.P.		
Data de Nascimento	02/07/1933	Estado civil	Viúva
Idade	88 anos	Situação profissional	Reformada
Local de residência	██████	Agregado familiar	Vive sozinha
Data de admissão (no serviço de Cardiologia)	15/02/2022 23/02/2022	Cuidador	P. P. (filha)

1.1. História de Saúde [retirado do processo clínico]

A Sr^a Emília esteve internada no Hospital Cuf Descobertas desde 29/01/2022 por cansaço, dispneia e edema dos membros inferiores com agravamento nas últimas semanas, ficou com o diagnóstico médico de Insuficiência Cardíaca Crónica Descompensada e Derrame Pleural Bilateral.

Após a realização de exames complementares de diagnósticos nomeadamente Ecografia Transtorácica foi diagnosticada Estenose Aórtica Grave, pelo que foi transferida a 15/02/2022 para implantação de Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). Apresenta na admissão neste internamento diagnósticos médicos de Insuficiência Aórtica Grave e Miocardiopatia dilatada com má função sistólica.

Realizada implantação de TAVI a 16/02/2022 procedimento decorreu sem intercorrências imediatas realizada abordagem da via femoral direita. Após o procedimento readmitida em Unidade de cuidados Intensivos Coronários (UCIC), onde permaneceu 8 dias por taquicardia (flutter auricular vs taquicardia supraventricular), HTA e Hipocaliémia e Infeção do trato urinário. Transferida de novo para a Enfermaria a 23/02/2022.

A Sr^a no internamento a 23/02 refere cansaço a pequenos esforços, apresenta tendência para a hipotensão e encontra-se eupneica em repouso.

1.3. História Progressiva [retirado do processo clínico]

A Sr^a apresenta antecedentes pessoais: de Diabetes Mellitus tipo II, de HTA, de ICC e Estenose aórtica grave, fratura do membro inferior direito, alterações osteoarticulares dos membros superiores.

Previamente ao internamento a Sr^a refere viver sozinha, sendo autónoma e independente para nos autocuidados: higiene, vestir-se e despir-se, alimentar-se, uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se. Deambulava com apoio de bengala e refere ter ajuda

na confecção das refeições, que eram entregues no seu domicílio, assim como na limpeza da casa. Diariamente saía de casa para ir ao café.

Antes do internamento no Hospital [REDACTED], esteve internada, em novembro de 2021, por ICC descompensada, tendo sido necessária institucionalização para recuperação de autonomia e independência prévia com a finalidade de regressar ao domicílio.

Do hospital [REDACTED] vem referido que a Sr^a apresenta necessidade de supervisão e ajuda parcial nas AVD, nomeadamente na higiene (apoio parcial); transferir-se e posicionar-se (incentivo e orientação), deambular (apoio parcial), uso do sanitário (apoio parcial), com score de 65 na escala de Barthel.

1.4. Terapêutica habitual

- Furosemida 1/2cp de manhã
- Espironolactona 25mg ao PA
- Metformina 850mg ao almoço
- Bisoprolol 2,5mg ao PA
- Lorenim 1mg deitar

1.5. Situação familiar, social, habitacional e económica

Para a avaliação da família foi considerado o Modelo de Calgary. Relativamente à estrutura interna a Sr. M. E. vivia sozinha. No que concerne à estrutura externa a Sr^a tem uma filha que lhe fornece o apoio necessário, mas que vive a alguns quilómetros de distância. Nas situações de necessidade de apoio imediato tem o suporte dos vizinhos que vivem no seu prédio. Para a confecção das refeições tem apoio de uma amiga que faz a entrega das mesmas diariamente na sua casa. Refere sair diariamente de casa sozinha para ir beber café e pontualmente refere saídas para compras e consultas com a filha.

A Sr^a reside no rés-de-chão de um prédio. Para acesso à sua habitação tem que subir/descer um degrau. A mesma refere que a sua casa dispõe de boas condições habitacionais, sendo que recentemente remodelou a casa de banho para colocação de Poliban, dado que a presença de banheira dificultava o autocuidado tomar banho.

Relativamente à situação económica a Sr^a descreve-a como sendo estável, embora exista preocupação manifestada por parte da filha face à possibilidade futura de institucionalização. A Sr^a refere ter seguro de saúde devido aos tempos de espera de consultas/urgências no sistema nacional de saúde.

2. Avaliação da pessoa

Condição atual de Saúde: apresenta diagnóstico de Insuficiência cardíaca desde novembro de 2021, sendo o presente internamento a 2ª descompensação desde o conhecimento do diagnóstico, manifestado por sinais e sintomas de falta de ar, cansaço, edemas dos pés bilateral. O diagnóstico tem por base alterações no ECG, NT- PRO BNT elevado, e ecografia cardíaca com fração de ejeção reduzida (29% após TAVI). Como causas estabelecidas para a origem da doença apresenta: HTA e Estenose aórtica. Evidencia-se como FRCV: a Diabetes mellitus, a HTA, o sedentarismo e os hábitos alimentares.

Exame objetivo: normotensa, taquicárdica (114 bpm), normotérmica, saturações de oxigênio de 98%, eupneica, padrão respiratório toraco-abdominal, simétrico e regular, à auscultação sons brônquicos, broncovesiculares e vesiculares mantidos.

Exame físico: aparência geral cuidada, altura de 168 cm, peso atual de 68kg (em fase de descompensação com presença de edemas peso corporal de 73kg), perímetro abdominal de 97cm, perímetros da região maleolar 25cm à direita e 24,5 cm à esquerda, perímetros da região gemelar 32 cm à direita e 33cm à esquerda. A srª por diminuição da acuidade visual usa prótese ocular. Para se alimentar necessita de prótese dentária. Relativamente ao estado da pele e mucosas não se observam alterações, apresentando pele íntegra, corada e hidratada.

Neurológica: Aplicado o MMSE, relativamente ao estado de orientação encontra-se orientada na pessoa, no espaço e destaca-se desorientação no tempo (ano, mês, dia do mês, dia da semana e estação do ano). Apresenta capacidade de retenção de informação e linguagem, apresenta alterações na atenção e cálculo, evocação, não consegue escrever por deformação das articulações dos dedos e por último no item 6 de habilidade construtiva referiu não ser capaz de diferenciar as formas apresentadas nem de as copiar. (Score 20- escolaridade de 3 anos: defeito cognitivo)

Equilíbrio: Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Apresenta alteração do equilíbrio ortostático estático e dinâmico. Na posição ortostática necessita de estar apoiada, na marcha necessitou de apoio de andarilho e apoio lateral. Aplicada Escala de Braden com score de 70 revelador de alto risco de queda.

Força Muscular: A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais bilateralmente, dos segmentos distais para os proximais, através da aplicação do MRC. Ao nível dos membros superiores apresenta força 5/5 nos vários

segmentos corporais, destaca-se presença de artroses nos membros superiores com limitação das amplitudes articulares na articulação escapulo-umeral e articulações interfalângicas proximais. Ao nível dos membros inferiores apresenta força 4/4 nos vários segmentos corporais.

Grau de dependência nas AVD: avaliação realizada a 24/02: apresenta alterações para a eliminação intestinal e urinária, acidente ocasional, apresenta controlo de esfíncteres, mas tem acidentes ocasionais, higiene pessoal, necessita de ajuda, ir à casa de banho encontra-se dependente, alimentar-se, precisa de ajuda, nas deslocações necessita de grande ajuda física, mobilidade encontra-se imobilizado, vestir-se dependente, escadas, incapaz e tomar banho dependente. Score 20. Dependência Total.

Avaliação dos conhecimentos sobre a doença: Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Score de 41 revelador de comportamentos no autocuidado desadequados.

Avaliação do Impacto no autocuidado segundo os requisitos da Teoria de Orem

Universais	Padrão de autocuidado	Défice do autocuidado (AC)/ sistema de enfermagem
Manutenção de um aporte de ar suficiente	<p><u>Sistema cardiorrespiratório</u></p> <p><u>Em repouso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil Normotenso - Taquicardica (115bpm), pulso regular, forte e cheio - Eupneica (respiração toraco-abdominal/simétrica/regular/ saturações de 98%/auscultação sem alterações) <p><u>Em atividade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Taquicardia (120bpm) e intolerância à atividade por cansaço/dispneia ao esforço. 	Défice no AC Sistema de apoio- educação

<p>Manutenção de uma ingestão suficiente de água</p>	<p><u>Parcialmente dependente</u></p> <p>-Consegue satisfazer as suas necessidades de ingestão de água, ingere água sem alterações.</p> <p>-Necessita que lhe seja fornecida a água, ou que a mesma esteja ao seu alcance na mesa auxiliar ou mesa de cabeceira.</p>	<p>Défice no AC Sistema de apoio- educação</p>
<p>Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos</p>	<p>- Consegue satisfazer a suas necessidades de ingestão de alimentos, ingere alimentos sem alterações, tem prótese dentária.</p> <p>- Necessita que lhe sejam fornecidas as refeições e que sejam colocadas ao seu alcance.</p> <p>- Manifesta cansaço durante a realização das principais refeições.</p>	<p>Défice no AC Sistema de apoio- educação</p>
<p>Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação</p>	<p>-Apresenta continência urinária e intestinal.</p> <p>-Padrão intestinal dias alternados, durante o internamento com tendência para a obstipação, recorre a laxantes se necessário.</p> <p>-Necessita que lhe seja fornecida a arrastadeira e de assistência para a colocação de arrastadeira no leito ou em cadeirão.</p> <p>-Não consegue se deslocar à casa de banho por manifestação de cansaço.</p>	<p>Défice no AC Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<p>-Dorme cerca de 8h</p> <p>-Imobilizada no leito devido a processo de doença</p> <p>-Dependente para as AVD, por intolerância à atividade, manifestada por cansaço.</p>	<p>Défice no AC Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</p>	<p>-Interação social atual, no hospital, exclusiva com a filha.</p> <p>- No domicílio convive com os vizinhos e amiga.</p> <p>- No domicílio sai de casa para ir ao café diariamente e pontualmente sai com a filha para ir às compras ou a consultas.</p>	<p>Défice no AC Sistema de apoio - educação</p>

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações do equilíbrio ortostático estático e dinâmico, necessita de apoio de andarilho e apoio lateral para andar. - Alto risco de queda (Escala de Morse). - Presença de limitação de amplitude nas articulações escapulo-umeral e interfalângicas proximais nos membros superiores.e alterações da força muscular nos membros inferiores (MRC:4/4). -Desorientação temporal (MMSE) 	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta consciência moderada das alterações decorrentes do processo de doença. - Manifesta défice de conhecimentos sobre a gestão doença. 	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Desvio da saúde	Padrão do autocuidado / défice do autocuidado	Sistema de Enfermagem
Procurar e assegurar assistência médica adequada	A Sra. é capaz de expressar desconforto e necessidade de assistência médica.	Sem défice
Tomar consciência e atender aos efeitos resultantes de estados patológicos	A Sra. reconhece que as suas limitações físicas são impostas pelo seu processo patológico. No entanto, não apresenta conhecimentos sobre a doença, manifestações da mesma e formas de autocuidado para o processo patológico em curso.	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Concretizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas	A Sra. participa nas sessões de reabilitação com ajuda.	Défice no AC Sistema de enfermagem parcialmente compensatório
Estar consciente ou regular o desconforto	A Sra. associa os efeitos/resultados às intervenções realizadas, manifestando-se	Défice no AC

ou efeitos nocivos consequentes de intervenções ou cuidados prescritos	com disposição para a participação nas sessões de reabilitação. Porém, necessita de instrução, assistência e treino para a identificação de sinais de alarme, decorrentes do seu processo patológico, na realização das AVD e atividade/exercício físico.	Sistema de apoio- educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados	A Sra. necessita de adquirir e consolidar conhecimentos sobre o seu estado de saúde atual e obter habilidades para o autocuidado que satisfaçam as alterações decorrentes do processo patológico em curso.	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos	A Sra. encontra-se em fase de adaptação ao seu atual estado de saúde.	Défice no AC Sistema de apoio- educação
Desenvolvimento	Padrão do autocuidado / défice do autocuidado	Sistema de Enfermagem
Saúde frágil ou incapacidade	A Sra. manifesta perda de capacidade para enfrentar as limitações impostas pela doença, que são, ainda, mais acentuadas pela velhice.	Défice no AC Sistema de apoio- educação

3. Avaliação do EEER

Problema identificado	Diagnóstico (CIPE VERSÃO 2)	Objetivo
-Desorientação temporal	- Desorientação atual	-Promover a orientação temporal, através do desenvolvimento de estratégias.
-Possibilidade de queda	- Alto risco de queda	-Manter um ambiente seguro.
-Desequilíbrio: ortostático estático e dinâmico	- Equilíbrio comprometido [ortostático estático e dinâmico]	-Melhorar e recuperar o equilíbrio, ortostático estático e dinâmico. -Melhorar a capacidade funcional.
-Inatividade/ Imobilidade	- Intolerância à atividade atual	-Melhorar e recuperar a tolerância ao esforço; -Melhorar a capacidade funcional; -Capacitar para a realização de atividade física adaptada às necessidades e capacidades individuais.
-Alterações da força muscular nos membros inferiores -Limitação de amplitude nas articulações nos membros superiores	- Movimento corporal comprometido	-Melhorar o movimento corporal nos membros inferiores; -Melhorar a capacidade funcional.
-Défice no autocuidado: AVD e Gestão da doença - Défice de conhecimentos para responder ao atual problema de saúde (IC)	- Autocuidado [AVD] conhecimento sobre o autocuidado e capacidade para melhorar o autocuidado: comprometido - Conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde: comprometido	-Readaptar as limitações existentes e promover a autonomia e independência no autocuidado; -Melhorar o conhecimento da doença, dos sinais de alarme, dos estilos de vida saudáveis e da capacidade para gestão da doença.
- Necessidade de capacitação do cuidador para a responder aos atuais problemas de saúde	- Papel do Prestador de Cuidados diminuído	

4. Plano de Cuidados

Diagnóstico	Plano	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Desorientação temporal	<p><u>Objetivo:</u> Promover a orientação temporal, recorrendo a estratégias adaptativas.</p> <p><u>Sistema de enfermagem:</u> Apoio-educação</p> <p><u>Método:</u> Ensinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado de orientação através do MMSE; • Implementar a técnica de orientação para a realidade temporal, através da utilização de um calendário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão: MMSE com score de 20 - Dispõe de calendário para consulta e orientação temporal, mas quando questionada, apenas recorre à utilização do mesmo quando incentivada e sob orientação. - Dia de alta: MMSE mantém score de 20
Alto risco de queda	<p><u>Objetivo:</u> Manter um ambiente seguro</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Apoio-educação</p> <p><u>Método:</u> Ensinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda (Escala de Morse); • Sinalização do risco queda (alto risco de queda) na unidade da pessoa, nos registos de enfermagem e na passagem de turno; • Implementar medidas de segurança para minimizar o risco de queda: utilização de calçado adequado (antiderrapante e bem adaptados ao pé); manter o sistema de chamada junto da pessoa; remoção de barreiras e obstáculos no percurso da marcha; verificar se o piso para a deslocação se encontra limpo e seco, e caso não esteja se se encontra sinalizado; garantir a iluminação adequada; colocar os óculos; manter as cadeiras e as camas travadas; colocar a cama na altura mais adequada para a pessoa; promover a utilização das barras de apoio nos sanitários; e informar sobre a necessidade de supervisão e assistência no transferir-se, no andar com auxiliar de marcha e no banho (piso molhado); • Consciencializar para a relação entre risco de queda e o equilíbrio comprometido, através do 	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão: avaliação com a pessoa no leito, escala de Morse score de 35 revelador de baixo risco de queda; - Após a avaliação e intervenção do EEER: escala de Morse com score de 70, revelador de alto risco de queda; - Implementadas as medidas de segurança para minimizar o risco de queda; - A Sra. no final do internamento reconhece a necessidade de implementação das medidas de segurança, e coloca em prática a execução das mesmas; - Dia de alta: escala de morse com score de 40, revelador de baixo risco de queda.

		<p>ensinar: sobre os fatores intrínsecos que predispõe o risco de queda (alteração da força muscular; equilíbrio ortostático estático e dinâmico comprometido); e sobre as estratégias terapêuticas que minimizam o risco de queda (treino de equilíbrio com treino de marcha, realização de exercícios musculoesqueléticos, utilização de produtos de apoio)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ensinar sobre fatores intrínsecos que predispõe ao risco de queda e as estratégias terapêuticas a implementar para minimizar o risco de queda: treino de equilíbrio/ realização de exercícios musculoesqueléticos/treino de marcha com andador/adoção da posição de sentado, recurso a barras de apoio, a cadeira de banho, e a andador para a realização das AVD.	
--	--	--	--

<p>Equilíbrio comprometido</p> <p>Intolerância à atividade</p> <p>Movimento corporal comprometido</p> <p>Andar com auxiliar de marcha comprometido</p>	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>-Melhorar o equilíbrio</p> <p>- Recuperar e melhorar a tolerância ao esforço</p> <p>-Promover o movimento corporal</p> <p>- Otimizar a marcha</p> <p><u>Método:</u> guiar e orientar</p> <p><u>Sistema de enfermagem:</u> apoio-educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do equilíbrio, força muscular (MRC) e andar (classificação funcional da Marcha de Holden); • Instrução, assistência, treino: para a execução dos exercícios respiratórios: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática; • Execução de mobilizações ativas assistidas e instrução, assistência e treino para a execução dos exercícios musculoesqueléticos: <ul style="list-style-type: none"> -flexão/extensão da articulação escapulo-umeral e úmero-radial; -elevação e depressão das omoplatas; -flexão/extensão das articulações metacarpo-falangeanas; -flexão/ extensão da articulação coxo-femural e joelho; - adução e abdução coxo-femural; -flexão plantar e dorsiflexão. • Avaliação da percepção do esforço antes, durante e após o exercício através da escala modificada de Borg; • Monitorização de sinais vitais antes, durante e após o exercício; • Monitorização e despiste precoce de sinais de alarme (dispneia, dor no peito ou aumento da FC); • Instrução e treino para gestão dos períodos de atividade e repouso; • Instrução e treino para a expiração na fase concêntrica dos exercícios e inspiração na fase excêntrica dos exercícios; • Instrução, treino e assistência: para levantar a cintura pélvica do assento e voltar a sentar, 	<p>24/02:</p> <p>-<u>Avaliação da força muscular</u>, partir do MRC, em todos os segmentos: força nos membros superiores mantida (5/5) e nos membros inferiores, vence alguma resistência (4/4);</p> <p>-<u>Avaliação do equilíbrio</u>: desequilíbrio ortostático e dinâmico;</p> <p>-<u>Avaliação do andar</u>: marcha dependente nível II (andarilho e apoio lateral)</p> <p>- <u>Realizados exercícios musculoesqueléticos</u> dos membros inferiores na posição de sentado (3+3 repetições), não tolera a realização dos exercícios musculoesqueléticos nos membros superiores, refere score de 5 na escala modificada de Borg.</p> <p>- <u>Treino de marcha</u>: anda 15 metros com apoio lateral e andarilho com 3 períodos de descanso;</p> <p>- <u>FC</u> em repouso 115 bpm e em exercício 120 bpm;</p> <p>-<u>Não apresenta sinais de alarme.</u></p> <p>25/02:</p> <p>-Avaliação da força muscular, equilíbrio e marcha sem alterações;</p> <p>- Realizados exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores na posição de sentado (3+3 repetições), suspensos exercícios dos membros inferiores por score de 5.</p> <p>- <u>Treino de marcha</u>: anda 15 metros com apoio lateral e andarilho com 1 períodos de descanso;</p> <p>- <u>FC</u> em repouso 98 bpm e em exercício 99 bpm;</p> <p>-<u>Não apresenta sinais de alarme.</u></p> <p>02/03 e 03/03:</p> <p>- Realizados exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores na posição de sentado (5+5 repetições). Na tentativa de realização dos exercícios em posição ortostática, score 4 a 5 na escala modificada de Borg: pausa e retoma à posição de sentado</p> <p>- <u>Treino de marcha</u>: 02/03 anda 20 metros com apoio lateral e andarilho com 2 períodos de descanso; 03/03</p>
--	--	---	--

		<p>passar da posição de sentado para a posição de pé e andar com andarilho.</p>	<p>anda 30 metros com 3 descansos com andarilho e supervisão;</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>FC</u> em repouso 80-78 bpm e em exercício 83-85 bpm;-<u>Não apresenta sinais de alarme.</u> <p>04/03:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Avaliação da força muscular</u>, partir do MRC, em todos os segmentos: força nos membros superiores mantida (5/5) e nos membros inferiores, vence alguma resistência, direita, e à esquerda força normal (4/5);- <u>Avaliação do andar</u>: marcha dependente com supervisão;- <u>Avaliação do equilíbrio</u>: equilíbrio ortostático e dinâmico melhorado- <u>Realizados exercícios musculoesqueléticos</u> dos membros superiores e inferiores na posição de sentado (5+5 repetições). Na tentativa de realização dos exercícios em posição ortostática, score 4 a 5 na escala modificada de Borg: pausa e retoma à posição de sentado- <u>Treino de marcha</u>: 25 metros sem descanso;- <u>FC</u> em repouso 75 bpm e em exercício 78 bpm;-<u>Não apresenta sinais de alarme.</u>
--	--	---	--

<p>Autocuidado Comprometido</p> <p>Conhecimento sobre o autocuidado e capacidade para melhorar o autocuidado comprometido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tomar banho -Higiene pessoal -Vestir-se/despir-se -Transferir-se -Uso do sanitário -Alimentar-se 	<p><u>Objetivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Readaptar as limitações existentes e capacitação para a autonomia e independência no autocuidado; <p><u>Método:</u></p> <p>1º agir e fazer pelo outro</p> <p>2º guiar e orientar</p> <p><u>Sistema de enfermagem:</u></p> <p>1º parcialmente compensatório</p> <p>2º apoio- educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da capacidade para o AC (Índice de Barthel + observação) • Assistir na realização AVD (tomar banho, higiene pessoal, vestir-se/despir-se, uso do sanitário, transferir-se e alimentar-se); • Avaliação da percepção do esforço (Escala de Borg modificada) antes, durante e após a realização das AVD; • Instruir e treinar a execução das AVD com recurso a produtos de apoio (cadeira sanitária, escova de cabo longo e barras de apoio) estratégias adaptativas (adoção da posição de sentado com os cotovelos apoiados, reunir antecipadamente o material necessário, roupa confortável e fácil de vestir/despir, usar roupão atalhado) e de conservação de energia (planejar períodos de repouso, inspirar quando realiza o movimento que cansa menos e expirar quando realiza o movimento que cansa mais, descansar após as refeições); • Fornecer material educativo: folheto (apêndice 20). 	<p>25/02:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avaliação da capacidade para o AC:</u> índice de Barthel score 20, dependência total (24/02); -<u>Observação</u> do tomar banho e higiene: Independente para lavar o toráx face anterior, após refere na escala de Borg modificada 5, fica em repouso. -<u>Assistência</u> para banho/ higiene/ vestir-se e despir-se e transferir-se, refere cansaço, tem alterações osteoarticulares limitativas e apresenta diminuição da força muscular nos membros inferiores; - <u>Estratégias adaptativas e de conservação de energia:</u> cadeira de banho; adoção da posição de sentado, apoio dos cotovelos (alimentação e arranjar-se), escova de cabo longo (sugerida para banho), planejar repouso, transferir-se faseadamente; - <u>Outras observações:</u> alimenta-se sem ajuda e usa a arrastadeira para eliminação vesical e intestinal. <p>02/03 a 04/03:</p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Avaliação da capacidade para o AC:</u> índice de Barthel score 65, ligeiramente dependente (04/03); -Independência para lavar a cara, tórax, abdómen e região genital e as coxas face anterior, recorre a períodos de repouso; -<u>Assistência</u> para o transferir-se e secar o corpo, necessitar de planejar repouso; -<u>Estratégias adaptativas e de conservação de energia:</u> utilização de barras de apoio (transferir-se), cadeira de banho (banho); posição de sentada, apoio de cotovelos e planeamento de repouso (lavar os dentes, colocar creme, no rosto, pentear o cabelo, secar o corpo); - <u>Outras observações:</u> alimentação sem ajuda e com apoio de cotovelos, arranjo pessoal sem ajuda, uso do sanitário com utilização de barras de apoio para levantar-se/sentar-se em aquisição, entrega de folheto educativo sobre a realização das AVD.
---	---	---	--

<p>Conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde: comprometido</p> <p>Papel do prestador de cuidados diminuído</p>	<p><u>Objetivo:</u></p> <p>- Capacitar a pessoa e o prestador de cuidados para a gestão da doença</p> <p><u>Método:</u> guiar e orientar</p> <p><u>Sistema de enfermagem:</u> <u>apoio-educação</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do impacto do AC a partir da Teoria de Orem; • Implementação da EEAIC; • Informar sobre a IC (definição, causas, sinais e sintomas de alarme); • Informar sobre a adoção de hábitos saudáveis (alimentação e atividade física) e cumprimento do regime medicamentoso (tomar sempre a medicação, trazer sempre a tabela de medicação, importância da vacinação); • Informar sobre a necessidade de monitorização de sintomas IC, fornecer e instruir sobre preenchimento da folha de registos (apêndice 19); • Fornecer um plano de ação para a automonitorização dos sintomas de IC e instruir sobre as medidas a adotar; • Fornecer material educativo: folheto (apêndice 20). 	<p><u>Admissão:</u></p> <p>-Implementação da EEAIC, score de 41, revelador de comportamento no AC desadequado;</p> <p>-Avaliação do impacto no AC a partir da Teoria Orem: défices no AC nos requisitos de desvio de saúde;</p> <p><u>Data de Alta:</u></p> <p>- Comportamento no AC em aquisição.</p>
--	---	---	--

5. Apresentação do estudo de caso: em formato *Powerpoint*



12º Curso de Mestrado na área de especialização em
Enfermagem de Reabilitação

A pessoa com Insuficiência Cardíaca em contexto hospitalar: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação -Estudo de caso -



Discente: Marisa Nunes
EEER: [REDACTED]
Docente: José Magalhães

Sumário...

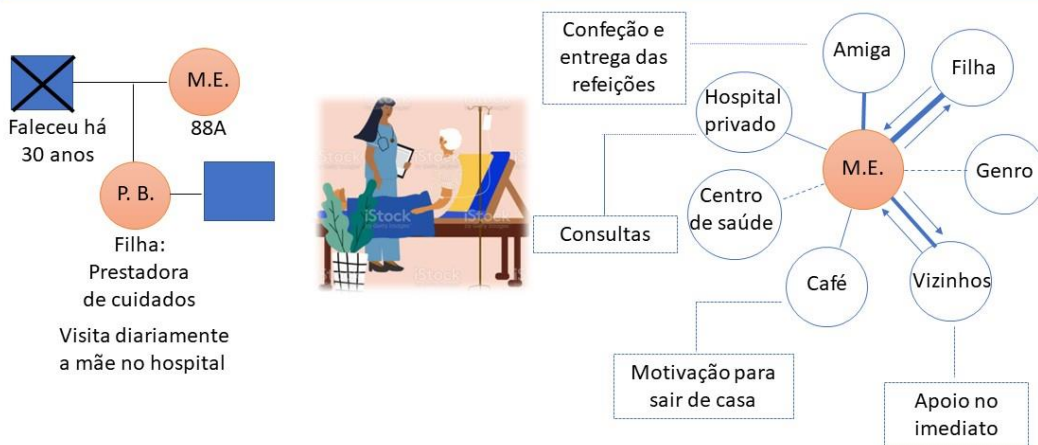
○	Apresentação do caso
○	Avaliação da pessoa
○	Avaliação do EEER
○	Intervenção do EEER
○	Considerações Finais



Apresentação do caso...



Avaliação da pessoa: situação familiar e social...



Avaliação da pessoa: situação habitacional e económica...



- Vive num prédio
- Rés-de chão
- 1 degrau de acesso ao apartamento
- Adequadas condições habitacionais
- Casa de banho com Poliban



- Reformada: trabalhava em fábrica de tabaco
- Tem seguro de saúde
- Condição económica estável
- Filha manifesta preocupação financeira perante a necessidade futura de institucionalização

Avaliação da pessoa

Data de avaliação: 24/02/2022



Condição atual de saúde



- **FRCV:** Diabetes mellitus; HTA; Sedentarismo; Hábitos alimentares.
- **Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Crónica**
- **Sinais e sintomas:** falta de ar, cansaço, edemas dos pés bilateral
- **Alterações no ECG**
- **NT-PRO BNP** elevado
- **ETT: IC-Fer (reduzida)** = OU < a 40% : após TAVI 29% (25%)
- **Causas:** HTA/Estenose Aórtica grave/Miocardioptia dilatada com má função sistólica
- **Diagnóstico recente:** Novembro de 2021 (2ª descompensação janeiro)



Exame objetivo

- **Parâmetros Vitais:**
TA: 116/80mmHg
FC: 114 bpm
SAI: 98%
Temp.: 35,8º
FR: 18 cpm
Glicémia capilar: 118mg/dl
Dor: 0 (escala numérica)
- **Padrão respiratório:** toraco-abdominal simétrico regular
- **Auscultação:** sem alterações



Exame Físico

- **Aparência geral** cuidada
- **Altura:** 168 cm
- **Peso:** 61kg sem edemas 73 Kg (29/01) com edemas
- **Perímetro abdominal:** 97cm
- **Perímetros da região maleolar:** 25(dta)/24,5 (esq.)
- **Perímetros da região gemelar:** 32 cm (dta)/33 cm (esq.)
- **Diminuição da acuidade visual:** usa prótese ocular
- **Prótese dentária**
- **Pele e mucosas:** íntegra, corada e hidratada

Avaliação da pessoa

Data de avaliação: 24/02/2022

Avaliação Neurológica

- **MMSE:** 20 desorientação no tempo . **Defeito cognitivo**
- **Equilíbrio:** Desequilíbrio ortostático estático e dinâmico, necessita de apoio de andarilho e apoio lateral – **ALTO RISCO DE QUEDA** (Morse 70)
- **Força Muscular (MRC):** Membros superiores 5/5 – presença de limitação de amplitude nas articulações escapulo-umeral e interfalângicas proximais; **Membros inferiores 4/4**

Avaliação das AVD

Atividades de Vida DIÁRIA

- **Índice de Barthel**
- **Higiene pessoal :** necessita de ajuda (0)
- **Evacuar/Urinar:** acidente ocasional (5+5)
- **Ir à casa de banho:** dependente (0)
- **Alimentar-se:** necessita de ajuda (5)
- **Transferências:** grande ajuda (5)
- **Mobilidade:** imobilizada (0)
- **Escadas:** incapaz (0)
- **Banho:** dependente (0)
- **Dependência total (20)**

Avaliação do Impacto no AC OREM

- **Deficit no AC Universais (8):** necessidades superiores às capacidades
- **Desvio de saúde (5)** Falta de conhecimentos
- **Desenvolvimento (1)** Saúde frágil
- **FRAGILIDADE**

Escola Europeia de autocuidado em IC

Comportamentos de autocuidado não adequados

Avaliação Do EEER

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Desorientação
- Desequilíbrio
- Inatividade
- Alterações da força muscular
- Défice no autocuidado
- Imobilidade
- Possibilidade de queda
- Défice de conhecimentos para responder ao atual problema de saúde (Insuficiência Cardíaca)

DIAGNÓSTICOS CIPE

VERSÃO 2

- Desorientação atual
- **Equilíbrio Comprometido**
- **Intolerância à atividade atual**
- **Movimento corporal comprometido**
- **Autocuidado/ conhecimento sobre o autocuidado e capacidade para melhorar o autocuidado: comprometido**
- **Andar com auxiliar de marcha comprometido**
- Alto Risco de Queda
- **Conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde: comprometido**
- papel do prestador de cuidados diminuído

OBJETIVOS DO EEER

- Promover a orientação temporal
- Melhorar a capacidade funcional
- Melhorar e recuperar a tolerância ao esforço
- Readaptar as limitações existentes e promover a autonomia e independência no autocuidado.
- Capacitar para a realização de atividade física adaptada às necessidades e capacidades individuais
- Manter um ambiente seguro
- Melhorar o conhecimento da doença, dos sinais de alarme, dos estilos de vida saudáveis e da capacidade para gestão da doença
- Promover a CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...



Diagnósticos: Equilíbrio comprometido; Intolerância à atividade; Movimento corporal Comprometido; Andar com auxiliar de marcha comprometido

- Promover o movimento corporal através de exercícios musculartoarticulares
- Melhorar o equilíbrio
- Recuperar e melhorar a tolerância ao esforço
- Otimizar a marcha

Método: Guiar e orientar/
proporcionar apoio
Sistema de apoio-educação

Intervenções de Enfermagem:

Consciencialização e dissociação de tempos respiratórios

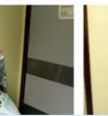
Flexão/extensão da articulação escapulo-umeral



Flexão/extensão da articulação úmero-radial



Elevação/depressão da omoplata



- Executar mobilizações ativas assistidas
- Instruir, treinar, incentivar a execução dos exercícios musculartoarticulares

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...

Intervenções de Enfermagem:

Flexão/extensão das articulações metacarpo-falangeanas



Flexão/extensão da articulação coxo-femural e joelho



Adução/abdução da articulação coxo-femural



Flexão plantar/dorsiflexão



- Avaliar percepção do esforço antes, durante e após o exercício através da escala de Borg;
- Monitorização de sinais vitais antes, durante e após o exercício;
- Monitorização e despiste precoce de sinais de alarme;
- Instruir para gestão dos períodos de atividade e repouso;
- Planear repouso.

ESCALA DE BORG MODIFICADA	
0	NADA CANSADO
1	MUITO FÁCIL
2	FÁCIL
3	MODERADO
4	MODERAMENTE DIFÍCIL
5	DIFÍCIL
6	DIFÍCIL
7	MUITO DIFÍCIL
8	MUITO DIFÍCIL
9	MUITO, MUITO DIFÍCIL
10	MÁXIMO - NÃO ASSUMIR MAIS

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...



ANDAR

- Instruir, assistir e treinar a levantar a cintura pélvica do assento e volta a sentar
- Instruir, treinar e assistir a passar da posição de sentado para de pé
- Instruir/ treinar e assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha

Avaliação:

	24/02	25/02	02/03	03/03	04/03
MRC	(Ms) 5/5 (Mi) 4/4 MI- exercícios/sentada 3+3	Ms- exercícios/sentada 3+3	Ms + Mi exercícios /sentada (5+5)		(Ms) 5/5 (Mi) 4/5
BORG	5 difícil Suspenso Ms	5 difícil Suspenso Mi	4- 5 moderadamente difícil em posição ortostática- pausa e retoma à posição inicial		
Sinais Vitais	FC repouso 115 bpm FC exercício 120 bpm	FC repouso 98 bpm FC exercício 99 bpm	FC repouso 80 bpm FC exercício 83 bpm	FC repouso 78 bpm FC exercício 85 bpm	FC repouso 75 bpm FC exercício 78 bpm
Sinais de alarme	-----				
Marcha	15 m com 3 descansos Andarilho e apoio lateral Marcha dependente nível II	15 m c/ com 1 descanso Andarilho e apoio lateral	20 m c/ 2 descansos Andarilho e apoio lateral	30 m c/ 3 descansos Andarilho com supervisão	25 m s/ descanso Marcha dependente com supervisão
Equilíbrio	Desequilíbrio ortostático estático e dinâmico			Equilíbrio ortostático estático e dinâmico: melhorado	

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...



Diagnósticos: Autocuidado/conhecimento sobre o autocuidado e capacidade para melhorar o autocuidado: comprometido-TOMAR BANHO/HIGIENE PESSOAL/VESTIR-SE/DESPIR-SE/TRANSFERIR-SE/USO DO SANITÁRIO/ALIMENTAR-SE

- Readaptar as limitações existentes/ capacitação para a autonomia e independência no autocuidado
- Implementar as estratégias de conservação de energia

Método: agir ou fazer pelo outro e guiar e orientar
Sistema parcialmente compensatório

Intervenções de Enfermagem:

- **Avaliação da capacidade** para o autocuidado (Índice de Barthel + observação)
- **Assistir na realização do autocuidado**
- **Instruir e treinar sobre estratégias adaptativas** para o autocuidado e **estratégias de conservação e energia**
- **Fornecer material educativo:** folheto

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...

Avaliação:

	25/02	02/03-04/03
Índice de Barthel Observação	Score de 20 dependência total (24/02) banho + higiene-Ind tórax anterior Borg 5 - repouso	Ind: lavar a cara, tórax, abdómen e região genital e as coxas face anterior* 04/03- Score de 65 Ligeiramente dependente
Assistir no AC	Assistir: Banho/higiene e vestir/transferir-se Cansaço/ alterações osteoarticulares/força muscular <	Assistir: transferir-se/ Secar o corpo (por Borg 5)--- planeamento de repouso (Borg 2) Colaborou no vestir*
Estratégias adaptativas e de conservação de energia	Cadeira de banho: sentado Apoio dos cotovelos :alimentação/ arranjar-se Escova de cabo longo: sugerida tomar banho Planear o repouso (após repouso consegue colocar creme no rosto e lavar os dentes) Levantar: 1º sentar/2º posição ortostática:	Barras de apoio: transferir-se Cadeira de banho/sentada *Planeamento de repouso Sentada com apoio de cotovelos, após repouso: lavar os dentes, colocar creme no rosto, pentear o cabelo
Observações	Alimentar-se sem ajuda Eliminação vesical e intestinal: usa a arrastadeira	Alimentar-se sem ajuda e faz apoio de cotovelos Arranjo pessoal sem ajuda Uso do sanitário com barras de apoio levantar e sentar: em aquisição Fornecido folheto com estratégias de conservação de energia

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...



Diagnósticos: Conhecimento sobre a saúde e capacidade para melhorar a saúde: comprometido/
Papel do Prestador de Cuidados diminuído

Capacitar a pessoa e a prestadora de cuidados para a gestão da doença

Método: Ensinar

Sistema de Enfermagem:

Apoio-educação

Intervenções de Enfermagem:

- Implementação da **Escala Europeia de autocuidado na IC (EEAIC)**
- Informar sobre: a IC (definição, causas, sinais e sintomas de alarme)
- Fornecer informações para **adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação e atividade física) e cumprimento do regime medicamentoso** (tomar sempre a medicação, trazer sempre a tabela de medicação prescrita, importância da vacinação)
- Informar sobre a necessidade de **monitorização de sintomas de insuficiência cardíaca**, fornecer **folha de registo**
- Fornecer um **plano de ação para a automonitorização dos sintomas de IC e medidas a adotar**
- Fornecer material educativo: **folheto**

Intervenções do EEER: Plano de cuidados...

Avaliação:

25/02 EEAIC: SCORE de 41 revelador de **comportamento no autocuidado desadequado**
 04/03: Comportamento no autocuidado em aquisição

Nome	Idade	Sexo	Profissão	Estado Civil	Religião	Endereço	Telefone	Assinatura

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - APRENDA A VIVER COM A SUA DOENÇA

O que é a Insuficiência Cardíaca?

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica que acompanha a pessoa pela toda a vida [1].

Ocorre quando a quantidade de sangue que o coração bombeia não é adequada para satisfazer as necessidades do organismo [1].

Sinais e Sintomas

A progressão da doença faz com que o coração aumente de tamanho, não é capaz de bombear o sangue e este acumula-se nos órgãos causando acúmulo de líquidos [1].

- Dificuldade em respirar
- Cansaço
- Tosse
- Necessidade de acordar com frequência para urinar
- Aumento do peso
- Perda de apetite
- Batimento cardíaco anormal
- Tumores na região dos abdômen inchados

Como saber se a sua Insuficiência cardíaca está CONTROLADA? [2,3]

VERDE Sem falta de ar
Sem desconforto, pressão ou dor no peito
Sem inchaço ou aumento do inchaço

SINTOMAS CONTROLADOS

AMARELO Aumento de peso de mais 2 kg em 3 dias ou mais de 5 kg em 1 semana
Falta de ar em atividades anteriormente bem toleradas ou em repouso

INFORME O SEU MÉDICO OU ENFERMEIRO Aumento do inchaço: pés, tornozelos, pernas ou abdômen
Vertigens / tonturas

ACORDA DURANTE A NOITE COM FALTA DE AR (precisa de dormir com mais almofadas)

EMERGENCIA Dor no peito
Dificuldade em respirar falta de ar que não desaparece sendo em repouso
Palpitações: batimento cardíaco rápido
Tosse com expectoração rosada e espumosa
Confusão
Desmaio

LIGUE 112

Registre diariamente a sua tensão arterial, frequência cardíaca e peso.

RECOMENDAÇÕES PARA REDUZIR A FALTA DE AR E CANSAÇO [4]

Higiene pessoal: sentado com apoio de cotovelos, lavar a cara, barbear e pentear

Tomar banho : sentado, com apoios laterais, tapete antiderrapante, escova de cabo comprido para lavar o corpo (costas e pés) e roupa em vez de toalha.

Vestir e despir-se: sentado, preferir roupa fáceis de vestir (larga com velcros/sapatos sem atacadores)

Comer e beber : sentado com apoio de cotovelos na mesa / após a refeição descansar 1,5h

Subir escadas e rampas: Encher o peito de ar parado, subir um degrau enquanto deita o ar fora (inspira pelo nariz e expira pela boca).

Tarefas domésticas: objetos mais utilizados colocar à altura do tronco, realizar apenas as tarefas domésticas que consegue realizar sentado (passar a ferro, estender à roupa, preparar alimentos), fazendo uma pausa para descansar.

Intervenções do EEER: Preparação para a Alta

DECISÃO CONJUNTA PARA ENCAMINHAMENTO PARA REDE- UNIDADE DE CONVALESCENÇA
 Referenciada a 24/02

PLANEAMENTO DAS INFORMAÇÕES A INCLUIR NA NOTA DE ALTA PARA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INFORMAÇÃO GERAL:

Motivo de internamento Antecedentes pessoais Diagnósticos Médicos Condição de saúde prévia

Informação de Enfermagem de Reabilitação:

- ✓ Avaliação de enfermagem de reabilitação (ER) inicial
- ✓ Objetivos de ER
- ✓ Elaborado quadro síntese com a avaliação inicial (score da escalas) diagnósticos de ER/Intervenções de ER e avaliação à data de alta (score das escalas e/ou observações)

Intervenções do EEER: Preparação para a Alta

PROPOSTA PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO na unidade de convalescença:

- ✓ Desenvolvimento das intervenções implementadas no internamento
- ✓ **Treino de escadas/rampa**
- ✓ **Articulação** com os **cuidados de saúde primários** e/ou idealmente encaminhamento para **equipa especializada em insuficiência cardíaca** para **monitorização e apoio na gestão da doença**
- ✓ Estabelecimento de um **programa de atividade física adequado às capacidades individuais e às condições domiciliares e da comunidade**
- ✓ **Manter o envolvimento da filha** no processo de gestão/reabilitação da doença
- ✓ Ponderar **no regresso ao domicílio encaminhamento para equipa de cuidados domiciliários integrados**

Considerações Finais

Percurso

Aplicação da teoria na prática clínica...
Evidência de ganhos na capacidade funcional com a intervenção do EEER...
Importância do EEER nos componentes educacionais...
ESTUDO DE CASO: Demonstra a importância do EEER.

Aprendizagens

- Adaptação da teoria para a prática clínica
- Do conceito de Fragilidade ao caso concreto
- Importância da continuidade de cuidados

Dificuldades

- Os internamentos são curtos... A gestão do tempo deve ser eficaz
- A necessidade de adaptação é contínua... O "guião" altera-se quase sempre
- O contato com a família é limitado... mas é precioso para a Enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Couto, G., Silva, R., Mar, M., Gomes, B. (2021) Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In Ribeiro, O. (coord), *Enfermagem de Reabilitação– Conceções e práticas* (164-233). Lisboa: Lidel.
- Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. [s.l.]: Núcleo de Enfermagem em Cardiologia.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão 2*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R., Baumach, A., Butler, J., Celutkiènè, J., Chioncek, O., Cleland, J., Coats, A., Crespo-Leiro, M., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., (2021). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 42 (3599-3726). DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2020). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de Reabilitação: Reabilitação cardíaca trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice 3

Planeamento de formação:

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com Insuficiência cardíaca- Contributos para a Reabilitação Cardíaca



Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com Insuficiência Cardíaca: contributos para a Reabilitação Cardíaca

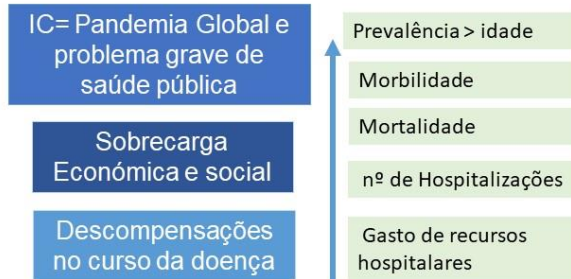


UCC/ ECCI Seixal
Marisa Nunes nº10541
EEER [REDACTED]
Prof. Orientador José Magalhães

Sumário...

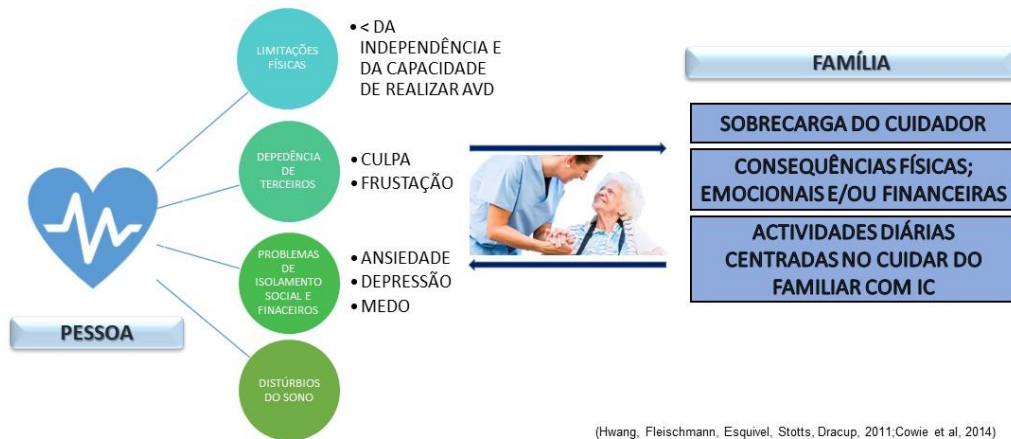
- A problemática da Insuficiência Cardíaca (IC);
- Definição da IC
- Evidências do papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na gestão da pessoa com IC
- Contributos da Reabilitação Cardíaca e do EEER na gestão da pessoa com IC
- Considerações Finais: "Caminhos" para prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com IC

A Problemática da IC...



(Ponikowski, Anker & AlHabib, 2014; Fonseca, Brás, Araújo, Ceia, 2018)

A Problemática da IC...



(Hwang, Fleischmann, Esquivel, Stotts, Dracup, 2011; Cowie et al, 2014)

Definição da IC...



(Delgado et al., 2020; Ponikowski et al., 2014; Gould, 2006;OE, 2020;Cowie et al., 2014)

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC



- ✓ Vários estudos de investigação sugerem que as **visitas domiciliarias** realizadas por **Enfermeiros especializados em IC** reduzem as **hospitalizações, a mortalidade e os custos em saúde.** (Wong et al., 2020)

OBJETIVO

- ✓ Determinar quais as **intervenções de enfermagem** necessárias para a **gestão da pessoa com a IC** e demonstrar os seus **benefícios** de aplicabilidade em **contexto domiciliário.**

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

CANADIAN JOURNAL OF CARDIOVASCULAR NURSING

A Retrospective Study of a Home Visiting Program for Patients with Heart Failure

Sabrina T. Wong, RN, PhD*, Jennifer J. Krzycki, RN, MSW, Martha H. Mackay, RN, PhD, Margaret Thandi, RN, MSc, MPH, Jennifer Baumbusch, RN, PhD

*University of British Columbia; †formerly: Cardiac Home Follow-Up Program, Lions Gate Hospital, North Vancouver, now Northern Health Authority

*Corresponding address: 2211 Westbrook Mall, University of British Columbia, Vancouver, BC V5T 2S5
Email: Sabrina.wong@ubc.ca; Tel: 604 827 5523

Determinar se as **visitas domiciliares** realizadas por enfermeiros especialistas em IC estavam associado à **redução dos reinternamentos por IC**, bem como **reinternamentos por todas as causas**, **tempo de permanência entre readmissões**, **número de idas ao serviço de urgência** e **encaminhamento para a reabilitação cardíaca**. A **readmissão em até 30 dias após alta hospitalar por IC** foi o principal período em análise.

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

CANADIAN JOURNAL OF CARDIOVASCULAR NURSING

A Retrospective Study of a Home Visiting Program for Patients with Heart Failure

Sabrina T. Wong, RN, PhD*, Jennifer J. Krzycki, RN, MSW, Martha H. Mackay, RN, PhD, Margaret Thandi, RN, MSc, MPH, Jennifer Baumbusch, RN, PhD

*University of British Columbia; †formerly: Cardiac Home Follow-Up Program, Lions Gate Hospital, North Vancouver, now Northern Health Authority

*Corresponding address: 2211 Westbrook Mall, University of British Columbia, Vancouver, BC V5T 2S5
Email: Sabrina.wong@ubc.ca; Tel: 604 827 5523

Objetivos da intervenção Promover habilidades para autogestão da doença

Como? Avaliação da pessoa

Educação e intervenção de enfermagem para reduzir o risco de readmissão e maximizar a qualidade de vida

1 visita por semana ou mais se necessário

Possibilidade de contato se necessário

Comunicação com os médicos das pessoas se necessário, partindo da avaliação da enfermeira

Resumo da alta para o médico especialista e de família quando as visitas terminam

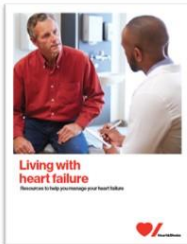
Quem? Enfermeiras com experiência em IC e em Cardiologia e respetiva certificação

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

Tópicos abordados nas secções de ensino à pessoa com IC

Delivered online on Canvas LMS Platform
A Retrospective Study of a Home Visiting Program for Patients with Heart Failure
Julius T. Wang, RN, PhD, Jennifer L. Fitzpatrick, RN, MSN, MPH, PhD, MSN, PhD, Margaret Thrall, RN, MSN, MPH, Jennifer Matthews, PhD, PhD
 University of British Columbia, University of Alberta, University of Saskatchewan, University of Regina, University of Saskatchewan, University of Northern British Columbia
 Correspondence: julius.wang@ubc.ca, jennifer.fitzpatrick@ualberta.ca, margaret.thrall@usask.ca, jennifer.matthews@unbc.ca, julius.wang@ubc.ca

Gestão da medicação	Sinais e Sintomas	Peso diário	Restrição de líquidos
Fatores de estilo de vida	Atividade	Consultas de acompanhamento (especialista ou cuidados primários)	




Folhetos informativos entregues à pessoa com IC- “Viver com Insuficiência cardíaca”

Encaminhamento para a Reabilitação cardíaca/programas comunitários



Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

Ajudar a pessoa a compreender a IC

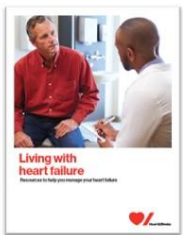


- O que é a IC
- O que causa a IC
- Sinais da IC
- Exames para diagnóstico da IC (ecocardiograma / importância da fração de ejeção)
- O tratamento da IC (responsabilização da pessoa pelo tratamento)
- Planeamento antecipado de cuidados

Gestão da IC



- Avaliação do peso
- Controlo da ingestão de líquidos
- Cumprimento da toma de medicação
- Verificar a presença de edemas (pés; tornozelos; pernas e abdómen)
- Dieta pobre em sal
- Equilíbrio entre a atividade e o descanso



Heart&Stroke, 2017-2018



Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

Qual é a sua zona Hoje?

VERDE ZONA SEGURA

TUDO LIMPO - Esta zona é seu objetivo!
Seus sintomas estão sob controle, você tem:

- Sem falta de ar.
- Sem desconforto, pressão ou dor no peito.
- Sem inchaço ou aumento do inchaço nos pés, tornozelos, pernas ou abdômen.
- Nenhum ganho de peso de mais de 4 libras (2 kg) em 2 dias consecutivos ou 5 libras (2,3 kg) em 7 dias.

AMARELO ZONA DE CUIDADO

CUIDADO - Esta zona é um aviso
Você precisa estar atento às mudanças de seus sintomas. Você tem:

- Você está com tosse seca.
- Você se sente mais cansado e não tem energia para fazer as atividades diárias.
- Você tem ganho de peso de 2 a 4 libras (1 kg) em 2 dias consecutivos ou 5 libras (2,3 kg) em 7 dias.
- Você tem vômitos e/ou diarreia que dura mais de 2 dias.
- Você se sente mais falta de ar do que o normal.
- Você tem dificuldade para respirar quando está deitado.
- Você tem dificuldade para respirar quando está de pé.
- Você tem inchaço nos pés, tornozelos, pernas ou abdômen.
- Você não consegue dormir tranquilamente à noite.

EMERGENCIA - Esta zona significa agir rápido!
Seu peso e/ou nível de emergência ou falta de ar é muito pior do que o normal. Você tem:

- Você está com falta de ar muito pior.
- Você tem um inchaço muito rápido que não diminui quando você deita.
- Você tem dor no peito que não desaparece com repouso ou com medicamentos.
- Você tem sintomas de confusão mental ou perda de consciência.
- Você está desmaiado.

Nome do paciente: _____

Dia	Mudanças em seu peso ou inchaço	Pressão	Sintomas	Síntomas	Medicamentos (prescritos)	Ações realizadas e seus resultados
Dia 1						
Dia 2						
Dia 3						
4º dia						
Dia 5						
Dia 6						
Dia 7						

Registre seu peso no calendário abaixo.
Você pode preferir usar uma balança médica, como um banheiro, um banheiro 1. Lembre-se de levar seu registro ao médico ou consulta clínica.

Seu "peso seco" (quando você não tem excesso de líquido em seu corpo) _____
Anote seu peso a cada dia. Compare o peso de hoje com o peso de ontem.

Mês: _____

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb

Registre sua resposta a estas perguntas:

1. O que se sente fazendo quando a mudança foi percebida?
2. Em que hora do dia a mudança aconteceu?
3. Como decidiu denunciar ou não denunciar?
4. A quem relatou a mudança?

Gestão da IC

Heart&Stroke, 2017-2018



Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC



Consumo de Sal

Limitar o consumo de sal para 2000mg ou menos por dia!
Temperar a comida com ervas, especiarias, sumo de limão.



Limitar os líquidos

1,5 L/2L
Dicas para lidar com a sede
Evitar o álcool (Desidratação)
Evitar os doces (sede)

vigiar os níveis de Potássio

Níveis de potássio
Alimentos ricos
Alimentos pobre



Heart&Stroke, 2017-2018



Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC



Atividade

- Atividade é importante para dormir melhor, melhorar o cansaço, melhora a confiança e o controlo da doença
- Começar devagar para encontrar o ritmo
- O nível de atividade é adequado se conseguir falar sem sentir falta de ar
- Andar, jardinagem, trabalhos domésticos leves, alongamentos, compras no supermercado.



Atividade

- Não consegue falar, cantar, assobiar
 - Fraqueza, cansaço, tontura, enjoo
 - Sente o coração a bater, forte, acelerado ou de forma irregular
 - Sentir dor no peito, pescoço, mandíbula, braço
 - ou ombro.
- EVITAR:
- Atividades que envolvam trabalhar acima de sua cabeça
 - Levantar ou empurrar objetos pesados
 - Flexões ou abdominais
 - sauna ou banheira de hidromassagem
 - Trabalho doméstico pesado
 - Subir muitas escadas



Heart&Stroke, 2017-2018

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC



Medicação

- Principais fármacos utilizados na IC: Inibidores ECA; bloqueadores do receptor de angiotensina II; inibidores da aldosterona; Receptor de angiotensina - inibidor de neprilisina; Ivabradina; Diuréticos; combinação de hidralazina e nitratos; varfine; digoxina
- Verificar a medicação
- Confirmar com a pessoa o cumprimento do esquema terapêutico
- Explicar os benefícios da medicação para o tratamento da IC
- Alertar para os principais efeitos secundários e o que fazer em situações específicas



Heart&Stroke, 2017-2018

Papel do Enfermeiro em contexto domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com IC

Conclusões

- A pessoa com IC pode beneficiar com a **continuidade de cuidados**, diminuindo os **reinternamentos durante os primeiros 30 dias após a alta hospitalar**
- Os enfermeiros especialistas em IC ajudam a **melhorar a saúde** e os **resultados dos cuidados de saúde** para pessoas com diagnóstico de IC

AS VISITAS DOMICILIÁRIAS

- conduzem a menos readmissões relacionadas com a IC e tornam mais provável o reenaminhamento para a Reabilitação cardíaca;
- Redução substancial de custos para o sistema de saúde.

Wong et al, 2020



Contributos da Reabilitação Cardíaca e do EEER na gestão da pessoa com IC



Resuscitation Archives for Chest Diseases 2019; volume 69:1027

Role and efficacy of cardiac rehabilitation in patients with heart failure

Maria Teresa La Rovere, Egidio Traversi
Department of Cardiology, ICS Mangià, IRCCS Montecitorio, Italy

“A reabilitação cardíaca é o serviço mais adequado e eficiente para “resolver” os inúmeros problemas da pessoa com IC na fase de vulnerabilidade, principalmente da pessoa idosa frequentemente frágil e com comorbilidades”. (referência)



Contributos da Reabilitação Cardíaca e do EEER na gestão da pessoa com IC

- ✓ A RC constitui-se como um **programa estruturado**, organizado em **3 fases distintas** cujo suporte é dado por uma **equipa multidisciplinar** da qual faz parte o **Enfermeiro** e o **EEER**;
- ✓ O EEER desempenha um papel diferenciado nas áreas da **avaliação**, da **educação para a saúde**, no **plano de exercício/atividade física** e na **continuidade de cuidados**.

Contributos da Reabilitação Cardíaca e do EEER na gestão da pessoa com IC



Considerações Finais: “Caminhos” para prestação de cuidados às pessoas com IC



Consenso Estratégico para a Insuficiência Cardíaca em Portugal, 2020

Referências Bibliográficas

- Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, G., Filippatos, G., Jaarsma, T. ... López-Sendón, J. (2014). Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure*, 1, 110–145. DOI: 10.1002/ehf2.12021
- Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Gomes, C. (2020). Reabilitação Cardíaca na pessoa com Insuficiência Cardíaca crónica compensada. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto e M. Loureiro, *Reabilitação Cardíaca – Evidências e Fundamentos para a prática* (233-239). Almagem do Bispo: Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., Cela, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Gould, M. (2006) Insuficiência cardíaca crónica. In R. Hatchett & D. Thompson. *Enfermagem cardíaca- um guia polivalente* (205-236). Loures: Lusociência.
- Heart & Stroke. (2017-2018). *Living with heart failure - Resources to help you manage your heart failure*. Canada: Heart & Stroke.
- Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (2020) *Consenso estratégico para a Insuficiência Cardíaca em Portugal*. [s.l.]: Novartis Portugal e Medtronic Portugal
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2020). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de Reabilitação: Reabilitação cardíaca* trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Ponikowski, P., Anker, S., AlHabib, K., Cowie, M., Force, T., Hu S. ... Filippatos, G. (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1, 4–25. DOI: 10.1002/ehf2.12005
- Rovere, M., Traversi, E., 2019. Role and efficacy of cardiac rehabilitation in patients with heart failure. 89:1027, 69-72. doi:10.4081/monaldi.2019.1027
- Wong, S., Krzyczkowski, J., Mackay, M., Thandi, M., Baumbusch, J. (2020). A Retrospective Study of a Home Visiting Program for Patients with Heart Failure. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 20–27.30 . <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1b0c282a-a53d-4549-b4dd-ccdaf9d99d3%40redis>

Apêndice 4

Avaliação dos pares cranianos

Avaliação dos pares cranianos

NERVO	FUNÇÃO	AVALIAÇÃO	Materiais
I OLFATIVO	Olfato-sensitivo	<p>-Avaliar a anatomia do nariz para procurar deformidades;</p> <p>-Testar o olfato: de olhos fechados, testar o cheiro bilateralmente, ocluir uma narina e depois a outra;</p> <p>-Utilizar cheiros de reconhecimento fácil;</p> <p>-Excluir alterações periféricas-rinite;</p> <p>-Se detetada anosmia deve ser identificada a causa.</p>	Canela/ Café/Baunilha
II ÓPTICO	Visão-sensitivo	<p>-Testar os olhos separadamente, utilizar um cartão para ocluir o olho não sujeito ao teste;</p> <p>- Testar a acuidade visual: bilateralmente pede-se para fechar um dos olhos e contar os dedos a várias distâncias;</p> <p>- Testar com dedo ou caneta o campo visual: até que angulo consegue observar o dedo. (campo visual sem alterações inicia-se a externamente a 60º, em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro).</p>	Cartão Caneta
III OCULOMOTOR IV PATÉTICO VI-MOTOR OCULAR EXTERNO	Motor	<p>- Incidir foco de luz pouco intenso do canto externo para o interno de cada olho e observar a pupila (reação à luz, forma, tamanho);</p> <p>- Testar os movimentos conjugados do globo ocular, pedir à pessoa para seguir o dedo do examinador que desenha um H (verificar os movimentos do globo ocular: movimentos não conseguidos, presença de nistagmo, espaço Ptose palpebral ou Movimentos sacádicos?)</p>	Lanterna
V TRIGÉMEO	sensitivo e motor 3 divisões Oftálmica Maxilar Mandibular	<p>-Pesquisar bilateralmente a sensibilidade térmica, dolorosa (caneta) e táctil (algodão) de olhos fechados, testar nas divisões oftálmicas, maxilar e mandibular;</p> <p>-Testar o reflexo córneo-palpebral: passar pequeno fio de algodão na córnea);</p> <p>-Testar os movimentos dos músculos mastigadores, através da avaliação da capacidade da pessoa mover e encerrar a mandíbula bilateralmente, observando simetrias.</p>	Algodão Caneta sem tinta Objeto frio Objeto quente

VII FACIAL	sensitivo e motor	<p>-Pesquisar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano: solicitar a pessoa a sorrir e a franzir o sobrolho encerrando as pálpebras;</p> <p>-Validar se a pessoa apresenta dificuldade em manter a saliva, os alimentos sólidos ou líquidos na cavidade oral;</p> <p>-Reconhecer o salgado/ doce/amargo nos 2/3 anteriores da língua</p>	Material- açúcar sal e limão
VIII ESTATO-ACÚSTICO	sensitivo 2 divisões coclear (audição) e vestibular (equilíbrio)	<p>-Audição: Avaliação bilateral pedir à pessoa para fechar os olhos bater palmas e pedir para identificar o som. (som dos ponteiros do relógio);</p> <p>-Avaliar a presença de tonturas ou vertigens;</p> <p>-Equilíbrio estático sentado;</p> <p>-Equilíbrio dinâmico sentado: induzir um ligeiro balancear no tronco da pessoa;</p> <p>-Avaliar o equilíbrio estático em pé:</p> <p><u>Teste de Romberg</u> Calcanhares unidos e pés separados em 30°, membros superiores ao longo do corpo, posição anatómica e olhos fechados durante 1 minuto (incapaz senão conseguir manter a posição durante 10 segundos pelo menos) Se o teste deixar dúvidas pode ser feito a <u>prova Romberg- barré</u>, colocar um pé à frente do outro em linha recta, diminuindo a base de sustentação. <u>Teste de babinski-Weil</u> (marcha às cegas): caminhar 1,5m para a frente e para atrás de olhos fechados, espera-se que não ocorra desvio da marcha.</p>	
IX Glossofaríngeo	Sensitivo e motor	-Testar: doce, salgado no 1/3 posterior da língua.	Material açúcar e sal
X Vago	Sensitivo e motor	<p>-Testar reflexo de vômito com uma espátula na porção posterior da língua;</p> <p>-Procurar alterações da voz, tosse ou dor local.</p>	Material espátula
XI Espinhal	Motor	<p>-Pedir à pessoa para lateralizar a cabeça contra a resistência da mão do EEER. Que foi posicionada no lado contralateral do musculo esternocleidomastoideu;</p> <p>-Força muscular do trapézio parte superior solicita-se que eleve os ombros contra a resistência da mão do EEER.</p>	

XII hipoglosso	Motor Motricidad e dos músculos da língua	-Testar os diferentes movimentos da língua: propulsão antero-posterior na linha média e lateralização esquerda e direita, verificar se existem desvios ou tremores da língua, atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva na fossa piriforme	
-------------------	---	---	--

Fonte: MENOITA, SOUSA, ALVO, VIEIRA (2012)

Apêndice 5

Mobilizações: Movimentos do corpo humano

Mobilizações: Movimentos do Corpo Humano¹

SEGMENTOS CORPORAIS	MOVIMENTOS
Pescoço	<ul style="list-style-type: none"> • Flexões laterais e antero-posterior • Rotação
Escapulo-umeral	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão²/Extensão³ (até aos 90º parar se resistência ou dor) • Abdução/Adução • Elevação/depressão • Rotação interna e externa
Cotovelo	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão
Antebraço	<ul style="list-style-type: none"> • Pronação/supinação
Punho	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão • Desvio Radial/ Cubital
Dedos	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/Extensão • Abdução/Adução
Polegar	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/Extensão • Abdução/Adução • Oponência
Coxo-femural	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão • Abdução/ Adução • Rotação interna e externa
Joelho	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão
Tíbio-társica	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão
Antepé	<ul style="list-style-type: none"> • Inversão/ Eversão
Dedos	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/ Extensão
<p>Realizar 2-3 vezes por dia repetir cada movimento no mínimo 10 vezes, executados ao limite da dor, da fadiga e da tolerância. O EEER sustenta os segmentos em torno das articulações</p>	

¹ Unidade curricular de Reabilitação II. (Apresentação PowerPoint). Prof. João Santos. ESEL. 2021

² Até aos 120º em caso de articulações com estabilidade

³ Hiperextensão se articulação com estabilidade, parar se resistência ou dor

Apêndice 6

Estudo de caso em contexto comunitário:

Áreas de intervenção sensoriomotoras e atividades desenvolvidas

Estudo de caso em contexto comunitário: Áreas de intervenção sensoriomotora e atividades desenvolvidas

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação: do equilíbrio; e das AVD	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da Escala de Equilíbrio de Berg e índice de Tinetti; • Avaliação dos pares cranianos; • Implementação MIF.
Consciencializar para o risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre fatores intrínsecos que predispõe ao risco de queda e as estratégias terapêuticas a implementar para minimizar o risco de queda: treino de equilíbrio/fortalecimento muscular. • Ensinar sobre a necessidade de adaptação da habitação: remoção de obstáculos, utilização de calçado adequado (antiderrapante/fechado), necessidade de andar com precaução e apoio na rua (piso irregular, piso molhado, obstáculos).
Treino de equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir /assistir/treinar para o treino de equilíbrio dinâmico: <ul style="list-style-type: none"> - Exercício dinâmico sentado com recurso a bola Suíça: deslizamentos para frente/ trás/laterais; - Exercício dinâmico em pé: alternância unipodal, andar em linha, contorno de obstáculos, subir e descer para a frente e para trás, e equilíbrio dinâmico com mudança de rotação.
Treino de fortalecimento muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir /assistir/treinar para o treino de fortalecimento muscular: flexão plantar/flexão do joelho/flexão coxofemoral/ extensão coxofemoral /elevação lateral da perna/levantar e sentar sem apoio de mãos.
Andar com tripé	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir /assistir/treinar/incentivar para a utilização de tripé. Na utilização de tripé: posicionar o tripé no lado são (esquerdo), avançar com o tripé e simultaneamente com o membro superior e inferior direito. Na subida de escadas: avança o membro inferior são para o degrau e de seguida avança o tripé e o membro inferior direito, na descida: avança o membro inferior direito e tripé e de seguida o membro inferior são.

Apêndice 7

Prestação de cuidados em contexto comunitário:

Áreas de intervenção sensoriomotoras e atividades desenvolvidas

Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção sensoriomotora e atividades desenvolvidas

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação: da força muscular; do tónus muscular; do equilíbrio estático e dinâmico e das AVD	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da força muscular pela MRC e do tónus muscular pela Escala modificada de Ashworth; • Avaliação do equilíbrio: estático sentado, controlo da postura e simetria corporal quando sentado sem apoio; estático de pé, controlo postural de pé com pés paralelos sem apoio, aplicação do teste de Romberg¹ e prova de Romberg-Barré; • Avaliação do equilíbrio: dinâmico sentado, aplicação de um ligeiro balanço no tronco da pessoa; dinâmico em pé, teste de Babinski-Weil; • Avaliação das AVD pela aplicação do Índice de Barthel.
Paresia Espasticidade	<ul style="list-style-type: none"> • Execução mobilizações passivas dos vários segmentos corporais bilateralmente no sentido cefalocaudal, dos segmentos distais para os proximais, numa primeira fase no leito; • Adaptação da execução das mobilizações à condição da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas autopsíquicamente e/ou alopsíquicamente desorientadas: consciencializar/ instruir/assistir/treinar e incentivar o cuidador/familiar para a realização das mobilizações ativas assistidas, diariamente, pelo menos duas vezes dia, no leito; • Paresia do punho e dedos: exercícios com os dedos: Instrução, assistência e treino de preensão de objetos de diferentes tamanhos e pesos, sendo posteriormente necessário colocar os mesmos num recipiente; execução de exercício de ativação dos extensores dos

¹ Segundo Segundo Albernaz et al (1997) e Menon et al (2000) este teste consiste em colocar a pessoa em posição ortostática, com os calcanhares unidos e pés separados a 30º, membros superiores ao longo do corpo, na posição anatómica, de olhos fechados, durante um minuto. (Menoita et al, 2012, p. 56)

	<p>dedos <i>sweep tapping</i>¹; e instrução, assistência e treino de automobilização do membro superior² (sentado ou deitado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espasticidade: consciencializar, instruir, assistir e treinar o cuidador e família à adoção do posicionamento em padrão antispástico para lado afetado, não afetado, dorsal e sentado. Alertar para o facto do decúbito dorsal ser promotor de espasticidade pelo que deve ser reservado a períodos de refeições. • Atividades terapêuticas: executar e assistir no rolar no leito para lado são e afetado (em decúbito dorsal sem almofada na cabeça), realização da ponte, rotação controlada da anca, automobilização, e carga no cotovelo.
Treino de Equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado	<ul style="list-style-type: none"> • Treino do equilíbrio estático: assistir na correção da postura (pessoa posicionada com os pés totalmente apoiados no chão, com suporte nos ombros dado pelas mãos do EEER e joelhos trancados pelos joelhos do EEER) numa primeira fase sentado na cama, numa segunda fase sentado na cadeira; • Treino do equilíbrio dinâmico: assistir a pessoa a lateralizar o tronco e apoiar o peso do corpo no cotovelo e na anca, bilateralmente; assistir a pessoa a manter a postura correta após a aplicação de um ligeiro balanço no tronco da pessoa.
Transferência	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa na transferência: rolar a pessoa para o lado afetado, com as mãos entrelaçadas, realização de carga no cotovelo da pessoa conforme tolerância, estabilização da cintura escapular da mesma. Incentivar a pessoa a empurrar o colchão com a mão afetada, realizando a extensão do cotovelo, até atingir a posição de sentada, nesta posição manter as mãos da pessoa apoiadas no colchão. Executar a transferência para o lado não afetado, para maior participação da pessoa, o joelho do lado afetado deve ser controlado com o joelho do EEER, o cotovelo e antebraço afetado devem ser apoiados na mão do EEER, o membro superior não afetado apoia-se no ombro do EEER, a cintura da pessoa deve ser segura com a mão

¹ Segundo Davies, 2008 esta técnica consiste em o EEER apoiar o membro superior da pessoa com uma das mãos e utilizar a outra mão para friccionar rapidamente os extensores dos dedos, a partir do carpo através da aplicação de pressão sobre o dorso da mão e dedos. (Araújo, Soares, Ribeiro, Martins, 2021, p. 188)

² As mãos da pessoa devem juntar-se (mãos juntas e dedos unidos), o polegar do membro superior afetado fica por cima, solicitar à pessoa para erguer os membros superiores em extensão acima da cabeça. (Araújo et al, 2021)

	<p>disponível do EEER para esse apoio. Através da realização de um movimento único a pessoa deve ser levantada, sendo que posteriormente a pessoa é solicitada a dar alguns passos e a realizar inclinação do tronco para se sentar na cadeira. Para voltar à cama a pessoa é assistida a realizar as mesmas etapas, pelo lado não afetado.</p>
Andar	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a andar, primeira fase (a realização implicou a assistência do por parte de dois elementos): o primeiro elemento fica de frente para a pessoa com as mãos colocadas na cintura pélvica, de forma a conferir suporte e os antebraços da pessoa ficam suportados nos membros superiores desse elemento; o segundo elemento coloca-se na retaguarda com suporte de cadeira de rodas. • Assistir a pessoa andar, segunda fase (assistência de dois elementos): realizar apoio lateral no lado afetado com suporte ao nível da cintura pélvica (ajuda na transferência de peso e apoio no membro superior afetado); o outro elemento coloca-se na retaguarda com suporte de cadeira de rodas. • Instrução e treino de marcha com auxiliares de marcha (andarilho e muleta), terceira fase. <p>- Andarilho: Instruir, assistir e treinar a segurar o andarilho e movimentá-lo para a frente cerca de um “braço” de comprimento, um membro inferior é movimentado para a frente e de seguida o outro é movimentado para frente para além do primeiro, repetindo-se o ciclo. - Bengala: Instruir, assistir e treinar a colocar a bengala no lado não afetado (punho deve estar ao nível da região trocantérica e a base da bengala deve tocar o solo entre 10 a 15 centímetros de distância da borda lateral dos pés) e a bengala e a perna afetada deslocam-se simultaneamente.</p>

Apêndice 8

Prestação de cuidados em contexto comunitário:

Áreas de intervenção cognitiva e atividades desenvolvidas

Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção cognitiva e atividades desenvolvidas

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação dos domínios cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do MMSE; • Avaliação da atenção nas componentes da vigilância, da tenacidade e da concentração, por meio de observação e entrevista.
Desorientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da técnica de orientação para a realidade espacial e temporal: <ul style="list-style-type: none"> - Construção de um calendário e preenchimento do mesmo diariamente; - Análise de imagens de mapas de distritos, de concelho, de freguesia, de localidade; - Construção da planta da casa da pessoa para identificação esquemática das divisões da casa em suporte de papel e identificação no “terreno” com porta fechada (recurso à planta e identificação com recurso a imagens colocadas nas portas).
Memória a curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Conversas sobre os acontecimentos recentes do dia a dia; • Disponibilização de uma agenda para escrever os acontecimentos diários e futuros significativos; <ul style="list-style-type: none"> - Instruir/treinar sobre: o preenchimento da agenda, a consulta da agenda (para recordar a informação) e a colocação de marcador para localização do mês/semana/ dia onde se encontra. • Analisar notícias da semana: <ul style="list-style-type: none"> -Leitura da Notícia em voz alta e síntese da notícia, imediatamente após a /leitura; -Responder a questões sobre a notícia de forma escrita (data/local/ País/ assunto/meio de divulgação da notícia/ resumo da notícia); - Solicitar/incentivar a seleção de uma notícia e responder às questões apresentadas pelo menos 1 x por semana.
Atenção comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de um ambiente calmo; • Estimular a dirigir a atenção para as tarefas a executar; • Desenvolvimento de atividades terapêuticas (construção de puzzle, sopas de letras, copias de textos e ditados).

Apêndice 9

Prestação de cuidados em contexto comunitário:

Áreas de intervenção respiratória e atividades desenvolvidas

Prestação de cuidados em contexto comunitário: áreas de intervenção respiratória e atividades desenvolvidas

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação da função respiratória	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia e toracalgia);• Avaliação objetiva, a partir de exame físico: observação do tórax, auscultação pulmonar, avaliação da frequência, ritmo e padrão respiratório em repouso e saturações de oxigénio;• Avaliação da dispneia pela escala de Borg modificada (em repouso, durante e após a execução de técnicas respiratórias e realização de exercícios musculoesqueléticos¹• Monitorização das saturações de oxigénio, tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e características da respiração (em repouso, durante e após a execução de técnicas respiratórias e exercícios musculoesqueléticos).
Dispneia em repouso	<ul style="list-style-type: none">• Executar, assistir e treinar a posição de relaxamento que se adequa à pessoa:<ul style="list-style-type: none">- Posição dorsal (com almofada na nuca a apoiar as omoplatas, membros superiores em ligeira abdução e almofada na região poplíteica) e posição coqueiro (sentada na cama ou cadeira com os pés assentes no chão, inclinar o tronco para a frente e apoiar os membros superiores sobre almofadas) a utilizar em situação de dispneia em repouso;- Situação 2: correção postural (tendência para a adotar posturas incorretas em virtude de hemiparesia)

¹ Mobilizações ativas assistidas ou ativas dos membros superiores: articulação escapulo-umeral (flexão/extensão e abdução/adução), do cotovelo (flexão/extensão), do antebraço (pronação/supinação), do punho (flexão/extensão) e dos dedos (flexão/extensão), e inferiores: articulação coxofemoral (flexão/extensão e abdução/adução) do joelho (flexão/extensão) e da tibiotársica (flexão/extensão).

<p>Ventilação comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar, assistir e treinar: <ul style="list-style-type: none"> -Consciencialização e controlo da respiração com dissociação dos tempos respiratórios: situação 1, inspiração lenta e profunda pelo nariz, faz uma pausa, e faz uma expiração com os lábios semicerrados e situação 2 inspiração pelo nariz, faz uma pausa, e faz uma expiração lenta com os lábios semicerrados) - Técnica de respiração diafragmática da porção posterior (realizada em posição de relaxamento) e das hemicúpulas do diafragma (posição lateral direita e esquerda). A técnica de reeducação da porção posterior foi realizada primeiro com compressão manual e posteriormente com aplicação de resistência (embalagem de 1kg de arroz) e com flexão da articulação coxofemural à expiração, e à extensão, inspiração. -Técnica de abertura costal com recurso a bastão (bengala/cabo de uma pá), em decúbito dorsal, na posição de sentado e ortostática (a pessoa inspira quando sobe o bastão e expira quando desce o bastão).
<p>Intolerância à atividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar, assistir e treinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores <ul style="list-style-type: none"> - Situação 1: primeiras sessões exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores em decúbito dorsal, gradualmente nas seguintes sessões transitou-se para a posição de sentado e por último na posição ortostática; - Situação 2: primeiras sessões exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores na posição sentado, posteriormente na posição de sentado os exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e na posição de pé os dos membros inferiores, gradualmente na posição ortostática ambos com apoio de cadeira; • Executar, assistir e treinar para a implementação de técnicas de conservação de energia: planeamento de repouso e coordenação do movimento muscular com os movimentos respiratórios, na inspiração momento de repouso ou menor esforço e na expiração o momento de maior esforço;
<p>Limpeza da via aérea comprometida (situação 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executar, assistir e treinar o ciclo ativo de técnicas respiratórias <ul style="list-style-type: none"> -Respiração diafragmática; -Exercícios de expansão torácica com ênfase na inspiração;

	<p>-<i>Huff</i> de baixo volume² com recurso a um espelho com o intuito do embaciar.</p>
--	---

² A pessoa realiza uma inspiração profunda, posteriormente, abre a boca e coloca a língua para fora e realiza uma expiração lenta, isto é, realiza uma “baforada” para embaciar um vidro. (Cordeiro, Menoita, 2012)

Apêndice 10

Capacitação para o autocuidado (AVD E AVQ) em contexto comunitário:
atividades desenvolvidas

Capacitação para o autocuidado em contexto comunitário: Intervenções e atividades desenvolvidas

Área de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Autocuidado -AVD e AVQ	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação das particularidades do domicílio e avaliação do papel do familiar/cuidador na promoção do AC nas AVD e AVQ,<ul style="list-style-type: none">- Entrevista à pessoa e familiar/cuidador e observação das características do domicílio;• Analisar com a pessoa e familiar/cuidador a relação entre as técnicas de conservação de energia e autonomia no AC;• Ensinar, instruir e treinar a pessoa e o cuidador familiar sobre as estratégias adaptativas e de gestão de energia para as AVD e AVQ:<ul style="list-style-type: none">- Providenciar um folheto educativo (apêndice 11): explicar, “discutir” e validar as informações presentes no mesmo;- Apresentação de vários cenários (casa de banho, quarto, sala, cozinha, varanda, supermercado), figuras e objetos em suporte de papel, com o intuito de a pessoa e o familiar/cuidador recrearem as adaptações necessárias, os produtos de apoio e as técnicas de conservação de energia a empregar para a realização de AVD e AVQ (apêndice 12).• Ensinar, instruir e treinar a gerir a atividade e a planear o repouso através da implementação da escala modificada de Borg.

Apêndice 11

Folheto Educativo:

Técnicas de Gestão de energia na Doença Respiratória

Cozinhar...

- ✓ Preparar antecipadamente o material
- ✓ Colocar todos os ingredientes e utensílios de que vai necessitar na bancada da cozinha
- ✓ Fazer a preparação dos alimentos sentado.

Cuidar da Roupa...

- ✓ Transportar a roupa num carrinho se possível
- ✓ Passar a ferro sentado e colocar a roupa ao alcance das mãos.
- ✓ Para estender a roupa, colocar o cesto à altura da cintura. A corda ou o estendal não devem estar acima dos ombros.

Fazer compras...

- ✓ Utilizar carrinhos de compras
- ✓ Organizar a lista de compras para não percorrer um corredor mais do que uma vez
- ✓ Colocar as mercearias por grupos nos sacos para ser mais fácil arrumá-las.

(OE, 2018; Couto et al,2021)

O Enfermeiro Especialista de Enfermagem Reabilitação intervém junto da pessoa e família no ensino, instrução e treino de técnicas que se adaptam ao dia a dia e à individualidade de cada pessoa

Referências. Bibliográficas:

Couto, Silva, Mar, Gomes (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p. 234-280). Lisboa: Lidel. Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa prática- Reabilitação Respiratória. [s.l.]*: Ordem dos Enfermeiros.

Documento elaborado por Marisa Nunes estudante do Mestrado de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Técnicas de gestão de energia na doença respiratória

Aprender a diminuir o cansaço e a falta de ar nas tarefas do dia a dia





O que são as técnicas de conservação de energia?

As atividades do dia a dia como a **higiene**, o **arranjo pessoal**, o **vestir-se**, o **alimentar-se**, o **mover-se**, as **atividades domésticas** e o **ir às compras** causam na pessoa com doença respiratória situações de falta de ar, cansaço e exaustão.

Existem **comportamentos** que permitem **"gastar" menos energia** e deste modo melhorar o dia a dia e a qualidade de vida.

(OE, 2018; Couto et al,2021)

Princípios a considerar, para a gestão eficaz da sua energia...

- Inspirar no movimento que cansa menos, expirar no movimento que cansa mais;
- Alternar tarefas leves com as mais cansativas;
- Reunir e organizar todo o material necessário para a tarefa;
- Arrumar os objetos que se utilizam com maior frequência em locais de fácil acesso, ao nível do tronco.

(OE, 2018; Couto et al,2021)

Como fazer?

Higiene/ Arranjo Pessoal	-Reunir o material necessário em local acessível -Utilizar produtos de apoio -Sentar-se -Secar o corpo com roupão atalhado
--------------------------------	---



Vestir-se	-Roupa pela ordem que vai vestir -Roupas largas, calçado antiderrapante -Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado), depois a metade superior -Pôr-se de pé e ajustar a roupa. -Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima da perna oposta
Alimentar-se	-Sentar-se -Comer pausadamente -Refeições em pouca quantidade e frequentes -Repousar antes e após as refeições
Andar	-Controlar a respiração: Inspirar primeiro e dar alguns passos enquanto expira lentamente
Subir e descer escadas	-Inspirar lentamente parado, subir um ou mais degraus enquanto expira lentamente
Levantar-se	-Levantar-se da cama faseadamente
Atividades em casa	- Utilizar utensílios de cabo comprido (vassouras, aspirador) -Fazer a cama de forma a só mudar para o outro lado uma única vez

(OE, 2018; Couto et al,2021)

Apêndice 12

Treino de autocuidados a partir da utilização de figuras

Treino de autocuidados, AVD e AVQ, a partir da utilização de figuras

As figuras apresentadas foram recortadas e fornecidas à pessoa e familiar/cuidador, sendo que o objetivo foi selecionar as figuras e dispor nos cenários, de forma a serem retratadas as adaptações necessárias ao AC, isto é, utilização de produtos de apoio e identificação de estratégias adaptativas e de conservação de energia.

A figura 1 representava a pessoa dentro do cenário.

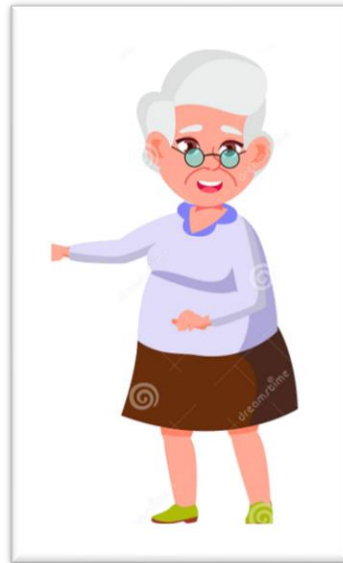


Figura 1- Representação da pessoa

Para o treino da **higiene e arranjo pessoal** foram selecionadas as figuras 2, 3, 4, 5 e 6 que ilustram produtos de apoio, que permitem adaptações aos AC, sendo que simultaneamente representam estratégias de conservação de energia.



Figura 2- cadeira de banho para banheira



Figura 3 – escova de cabo longo



Figura 4- Roupão



Figura 4- Produtos de Higiene

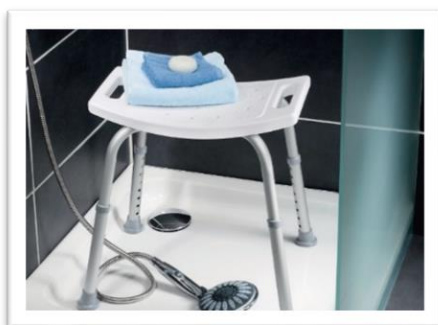


Figura 5 – banco para poliban



Figura 6- Espelho móvel para arranjo pessoal



Figura 7- Banco para realização da higiene e arranjo pessoal

Para o AC **vestir-se** foram apresentadas as figuras 8, 9 e 10 cuja intenção de seleção das mesmas foram no sentido de treinar a pessoa: para a escolha de uma roupa confortável, para a dispor a roupa pela ordem que a iria vestir, e sobre como se deve vestir de forma a minimizar o cansaço.

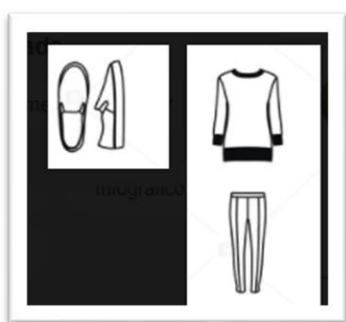


Figura 8- roupa e sapatos (antiderrapantes) confortáveis



Figura 9- Roupa ordenada pela ordem que será vestida



Figura 10- técnica utilizada para vestir-se na posição de sentado

Para o AC **alimentar-se** foram selecionadas duas figuras 11 e 12 com intuito de a pessoa e o familiar/cuidador reconhecerem a necessidade de estar sentado e com os cotovelos apoiados durante as refeições. A figura 13 ilustra os cuidados a ter na confeção das refeições por parte da pessoa de forma a minimizar o cansaço.



Figura 11- cadeira com apoio de antebraço.



Figura 12- Pessoa a alimentar-se pausadamente de uma refeição ligeira, sentada e com apoio de cotovelos.

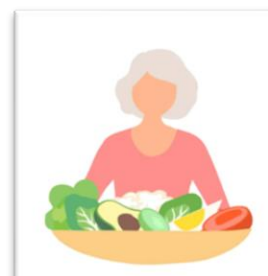


Figura 13- Confeção das refeições na posição de sentado, com reunião prévia dos alimentos necessários

No que concerne ao AC **transferir-se e andar** com subir e descer escadas foram selecionadas as figuras 14, 15 e 16 de forma a serem descritas pela pessoa e cuidador as estratégias de adaptação e de conservação de energia.

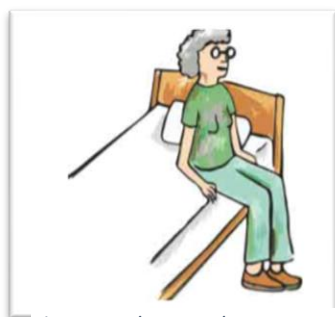


Figura 14- levantar da cama faseado



Figura 15- Técnica de andar com controlo de respiração



Figura 16- técnica de subir e descer escadas com controlo da respiração

Dado que a pessoa previamente à ocorrência do evento de saúde realizava **atividades domésticas**, foram treinadas atividades tais como passar a ferro, estender a roupa, aspirar e ir às compras representadas respectivamente pelas figuras 17, 18, 19 e 20, utilizando adaptações e estratégias de conservação de energia.



Figura 17- Passar a ferro, figura para discussão das adaptações necessárias e nomeação de estratégias de conservação de energia.



Figura 18- Exemplo de estendal a utilizar pela pessoa



Figura 19- Exemplo de aspirador a utilizar



Figura 20- Exemplo de carro para transporte de compras

De forma a tornar mais real o treino dos AC supracitados, optou-se pela apresentação dos seguintes cenários, onde a pessoa e o familiar/cuidador descreviam as adaptações e as estratégias de conservação de energia a empregar, considerando as aprendizagens e instruções fornecidas pelo folheto educativo previamente analisado e discutido.

A figura 21, o quarto foi utilizado como cenário para o treino do vestir-se, levantar da cama e fazer a cama. A figura 22, a casa de banho com banheira, foi necessária para o treino da higiene e arranjo pessoal. A figura 23 a cozinha foi utilizada para o treino do alimentar-se e confeção das refeições. A figura 24, a sala, para treino do andar, do aspirar a casa e do passar a ferro. A figura 25 foi necessária para exemplificar e treinar a tarefa doméstica de estender a roupa. A figura 26, o supermercado, para o treino de ir às compras.



Figura 21- Quarto



Figura 22- Casa de Banho com banheira

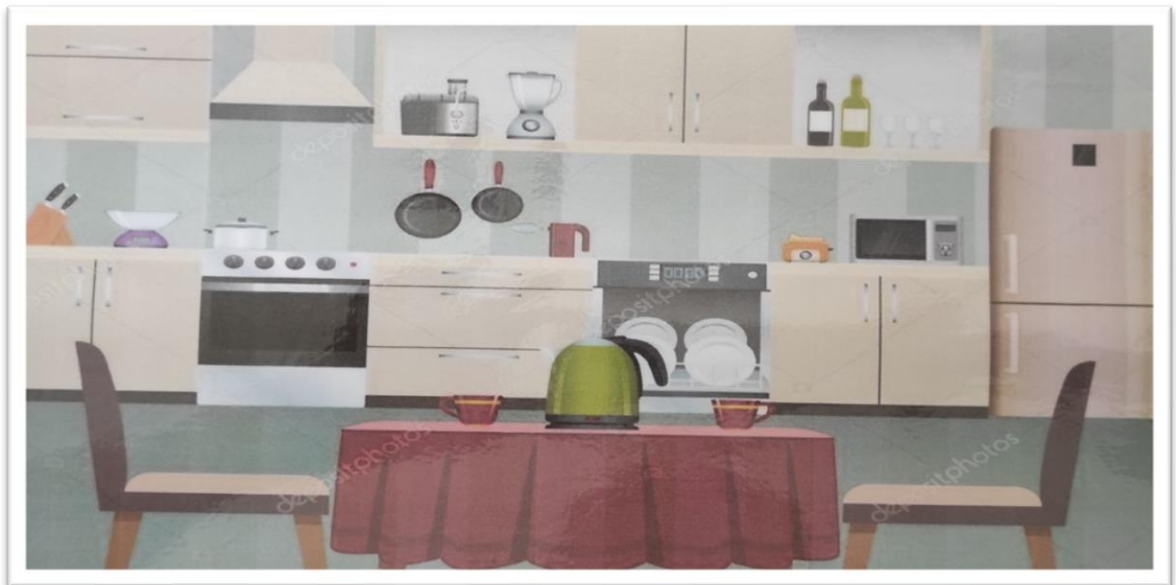


Figura 23- Cozinha



Figura 24- Sala de estar



Figura 25- Varanda



Figura 26- Supermercado

Apêndice 13

Capacitação para a autogestão da doença em contexto comunitário:

atividades desenvolvidas

**Capacitação para a autogestão da doença em contexto comunitário:
intervenções e atividades**

Área de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Gestão da doença	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)<ul style="list-style-type: none">- Compreender a doença: fisiopatologia/ sinais e sintomas/ fatores agravantes.• Ensinar, instruir e treinar a pessoa e o cuidador familiar sobre: plano de ação e de automonitorização dos sintomas da doença; técnicas de controlo da respiração (respiração com lábios semicerrados, respiração diafragmática, posição para reduzir a falta de ar, técnicas de relaxamento); técnica de higiene brônquica (CATR); e programa de exercícios domiciliários (exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular);- Providenciar folheto educativo (apêndice 14).

Apêndice 14

Folheto Educativo para a pessoa com doença respiratória:
Exercícios de Reabilitação- para praticar no seu dia a dia

Como sinto hoje?

VERDE: Sinto-me bem.

Faço os exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular.

AMARELO: Sinto-me pior que o habitual.

- dificuldade em respirar nas tarefas habituais;
- mais tosse;
- maior quantidade de expetoração.

Faço a medicação em SOS/ aumento os períodos de descanso, controlo a respiração e executo as técnicas de higiene brônquica.

SE OS SINTOMAS NÃO MELHORAM PROCURO UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.

VERMELHO: Não me sinto bem.

- Dificuldade em respirar,
- Respiração acelerada,
- Febre, dor no peito, sonolência, confusão, expetoração com sangue)

Faço a medicação SOS, Ligo 112 ou recorro a serviços médicos imediatamente.



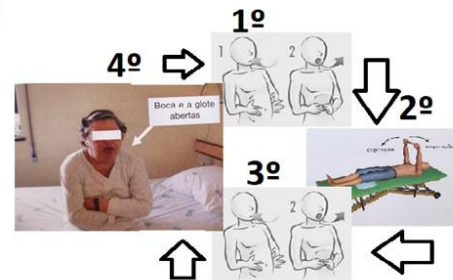
Higiene Brônquica/ limpeza das vias aéreas

1º Respiração diafragmática

2º Expansão torácica

3º Respiração diafragmática

4º "Huff" inspiração lenta e expiração lenta, boca aberta e língua para fora, embaciar o espelho



Elaborado por Marisa Nunes, estudante do Curso de Mestrado da Especialidade de enfermagem de Reabilitação da ESEL sob orientação da EEER [REDACTED]

Referencias Bibliográficas

Couto, G., Silva, R., Mar, M., Gomes, B. (2021) Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro, (coord), Enfermagem de Reabilitação— Conceções e práticas (234-280).Lisboa: Lidel.

Cordeiro, M., Menoita, E., (2014) Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M., Menoita, E., Manual de Boas práticas na Reabilitação Respiratória— Conceitos, princípios e técnicas (61-115). Loures:Lusociência.

Exercícios de Reabilitação

Para Praticar no seu Dia a dia

Programa individual



Exercícios Respiratórios

Exercícios respiratórios:

⇒ Conscientização da respiração

“Cheira a flor” E “sopra a vela”



⇒ respiração diafragmática



Posição: deitado de barriga para cima

Frequência: 2 a 3x dia

Duração: 3 repetições de 10 ciclos com

Melhorar a mobilidade, a expansão torácica e a ventilação pulmonar.

Posição: deitado para o lado esquerdo e direito

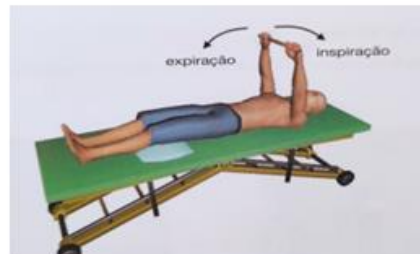


Inspiração



Expiração

Posição: deitado de barriga para cima



2 a 3x dia / 2 repetições de 10 ciclos com pausa entre repetições

Exercícios para fortalecimento dos músculos respiratórios



Exercícios de Fortalecimento Muscular

da anca, abdômen e membros inferiores



Apêndice 15

Prestação de cuidados à pessoa com EAM em programa de RC, fase I:

Áreas de intervenção e atividades desenvolvidas

**Prestação de cuidados à pessoa com EAM em programa de RC, Fase I:
áreas de intervenção e atividades desenvolvidas**

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação da função cardíaca e da capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da capacidade funcional através da implementação de escalas e instrumentos de medida: implementação da MRC; Implementação de testes de equilíbrio: equilíbrio estático/ equilíbrio estático dinâmico/ equilíbrio ortostático estático e dinâmico; Aplicação do Índice de Barthel; • Reconhecimento dos FRCV; • Monitorização dos parâmetros vitais (tensão arterial, FC, saturações de oxigénio, dor); • Avaliação do traçado cardíaco se indicação médica por telemetria ou se sinais ou sintomas de alarme; • Monitorização do cansaço através da Escala Modificada de Borg antes, durante e após a realização de exercícios (respiratórios e musculoesqueléticos), recomendado que o esforço não ultrapasse o valor de 3, de cansaço moderado; • Monitorização de sinais de alarme (dor torácica, dispneia, aumento da FC > 30 bpm, com o exercício, aumento da tensão arterial sistólica >40 ou decréscimo > 10 mmHg, com o exercício, e diastólica > ou = a 110 mmHg) antes, durante e após os exercícios; • Monitorização do cansaço e sinais de alarme durante a realização do AC.
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir, assistir e treinar à realização de exercícios respiratórios e musculoesqueléticos na posição de sentado (48 horas após o EAM): <u>1ª sessão (5+5 repetições)</u> - Na posição de sentado: consciencialização e controlo da respiração e respiração diafragmática/ Flexão e extensão: do ombro e cotovelo; - Na posição de deitado: flexão /extensão/ adução e abdução coxo-femural; e flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo. <u>2ª sessão</u> - Exercícios da primeira sessão na posição ortostática (5+5 repetições) - Na posição ortostática: alternar apoio de metatarsos e apoio de calcanhar e semi-agachamentos com apoio dorsal

	<p>-Deambulação durante 5 minutos com descanso se necessário</p> <p><u>3ª sessão</u></p> <p>- Exercícios realizados na 2ª sessão na posição ortostática e deambulação durante 5 minutos</p> <p>-Treino de escadas com recurso a técnica de conservação de energia (inspira em repouso e expira no movimento): subida e descida de 10 degraus (3 repetições).</p>
Autocuidado AVD	<ul style="list-style-type: none"> • <u>1ª sessão</u> <p>- Incentivar a alternância de posicionamento no leito e incentivar/assistir e treinar a realização do AC higiene, arranjo pessoal, vestir-se e uso do sanitário na casa de banho (com recurso a cadeira sanitária e técnicas de conservação de energia: descansar no momento certo/ alternar atividades menos cansativas com mais cansativas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>2ª sessão/ 3ª sessão</u> <p>- Treinar o AC higiene, arranjo pessoal e vestir-se na casa de banho com recurso à posição de sentado e planeamento de repouso;</p> <p>- Assistir e treinar ao uso do sanitário sentado na sanita.</p>
Autogestão da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a doença: descrição do EAM e efeitos nefastos dos FRCV (HTA, hipercolesterolemia e diabetes de mellitus); • Informar sobre o tratamento (angioplastia e regime medicamentoso): instrução para a necessidade de cumprir a medicação para controlo dos FRCV e manutenção da permeabilidade das artérias coronárias previamente obstruídas e assim reduzir o risco de novos eventos cardiovasculares; • Informar sobre a recuperação: controlar os FRCV e prática de atividade/exercício físico; <ul style="list-style-type: none"> - Importância de estilo de vida saudável: temas abordados alimentação saudável, controlo da HTA, diabetes, colesterol, importância do exercício físico, peso e perímetro abdominal; • Disponibilização de folhetos informativos sobre a doença, o tratamento e a recuperação, anexo 2, e validação da informação fornecida em todas as sessões; • Instrução, assistência e treino para a autovigilância do pulso radial antes do exercício (valor em repouso). Durante o exercício se cansaço (Borg >3) suspender o exercício. No final do exercício verificar a FC se o valor se encontrar dentro dos valores de segurança, pode ser dada

	<p>continuidade ao programa de exercícios, perante o aumento da FC superior a 30 bpm suspender os exercícios;</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar sobre sinais de alarme e estratégias de atuação (caraterísticas da dor anginosa, uso de nitratos sublinguais e ativação dos serviços de emergência).
Preparação para a alta	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhamento para o programa a RC fase 2;- Entrega do folheto sobre RC disponível no serviço, anexo 2 (o que é? a onde se faz? quem faz?)• Marcação da consulta de reabilitação cardíaca (após 1 mês);• Incentivar para a andar em plano horizontal, 3-5 vezes por semana, aumentado a duração progressivamente, com monitorização da FC, escala modificada de Borg e identificação de sinais de alarme para suspensão da atividade/exercício físico.• Elaboração de um folheto com plano de exercícios individual para realização no domicílio até ao ingresso no programa de RC fase 2, apêndice 16 (informações sobre o controlo FRCV; plano de exercícios para realizar em casa; autogestão do cansaço através da utilização da escala modificada de Borg; sintomas que requerem a suspensão do exercício e conselhos úteis para gestão da doença).

Apêndice 16

Folheto Educativo para a pessoa com doença cardíaca:
Exercícios de Reabilitação para praticar no dia a dia

Como me sinto com a realização dos exercícios?

ESCALA DE BORG MODIFICADA	
0	NADA CANSADO
1	MUITO FÁCIL
2	FÁCIL
3	MODERADO
4	MODERAMENTE DIFÍCIL
5	DIFÍCIL
6	DIFÍCIL
7	MUITO DIFÍCIL
8	MUITO DIFÍCIL
9	MUITO, MUITO, DIFÍCIL
10	MÁXIMO: NÃO AGUENTO MAIS

Pode continuar
descanse

Não deve fazer os exercícios se ...

- ⇒ Cansaço
- ⇒ Dor no peito
- ⇒ Falta de ar
- ⇒ Palpitações/ tonturas



Conselhos úteis:

- ⇒ Evite tarefas de maior esforço (levantar pesos/ exposição a frio intenso/ atividade física intensa);
- ⇒ Não faça atividades ou exercício físico após as refeições;
- ⇒ Se sentir dor no peito deve colocar 1 comprimido de nitrato debaixo da língua, esperar 5 minutos, se a dor continuar colocar outro (repetir o procedimento até 3x).

Se a dor persiste deve dirigir-se ao serviço de urgência.

- ⇒ TOME A SUA MEDICAÇÃO SEMPRE CONFORME INDICADO PELO SEU MÉDICO.

Elaborado por Marisa Nunes, estudante do Curso de Mestrado da Especialidade de enfermagem de Reabilitação da ESEL sob orientação da EEER

Fevereiro de 2022

PLANO INDIVIDUAL

Exercícios de Reabilitação

PARA PRATICAR NO SEU DIA-A-DIA



Recomendações para um Coração saudável

Controlar a Tensão Arterial

TA sistólica <130 e Diastólica < 80 mmHg

Controlar a Diabetes

Glicemia em jejum 90-130 mg/dl

Controlar o Colesterol

Cuidados com a Alimentação

Peso adequado à altura

Redução do sal a <5g dia

Não ingerir bebidas alcoólicas

Dieta rica em frutas e hortícolas

Alimentos integrais e ricos em fibras

Consumir peixe pelo menos 2x semana

Produtos lácteos desnatados

Carnes magras

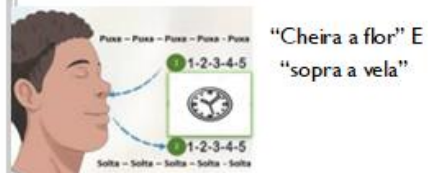
Gorduras saudáveis a partir de nozes, azeite extra virgem, abacate e sementes



Plano de Exercícios para realizar em CASA

1. SENTADO

⇒ Consciencialização da respiração



(3+3+3)

2. DEITADO, SENTADO OU EM PÉ



Ombro: flexão e extensão
(6x)



Cotovelo: flexão e extensão
(6x)

1. EM PÉ



Alternar apoio em "bicos de pé" e calcanhares
(6x)



Abdução/adução coxo-femural
(6x)



Semi-agachamentos com apoio
(6x)

4. ANDAR E SUBIR/DESCER ESCADAS



50-100 metros: progredir 10 a 15 metros dia



Subir escadas até 20 degraus: progredir 3 a 5 degraus dia
Inspira em repouso
Expira ao subir

Apêndice 17

Observação do papel do EEER em programa de RC, fase II:
em contexto de consulta de enfermagem e ginásio

Programa de RC: fase II

Intervenções e atividades desenvolvidas pelo EEER

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RC

- **Colheita de dados**

- Verificar origem do encaminhamento (UCIC, consulta de cardiologia, internamento de cardiologia, encaminhamento por parte de outra instituição)

- Verificar critérios de elegibilidade/ ausência de contra-indicações para ingresso no programa de RC;

- Conhecer a situação atual de saúde: questionar e esclarecer sobre o motivo pelo qual a pessoa se encontra na consulta; identificação dos FRCV; questionar sobre o esquema terapêutico, questionar sobre os hábitos alimentares e de atividade física/exercício físico, reconhecer sinais de alarme para a atividade física/ exercício físico (cansaço, dor no peito, falta de ar, palpitações/tonturas);

- Conhecer o contexto familiar, social e económico onde se insere (avaliar necessidade de encaminhamento/referenciação para a assistente social, por exemplo poderá ser necessário apoio para o retorno ao trabalho ou procurar um trabalho mais adequado à sua condição atual de saúde);

- Monitorização dos sinais vitais: tensão arterial, FC, saturações de oxigénio e dor;

- Monitorização dos dados antropométricos (peso e perímetro abdominal) e abordagem de encaminhamento para a consulta de nutrição para estabelecimento de um plano dietético;

- Verificar a realização dos exames complementares de diagnósticos e consultar os resultados dos mesmos (ECG, prova de esforço, ecocardiograma e análises).

- Avaliação de sinais e sintomas de depressão, ansiedade e stress relacionados com a doença cardiovascular e se necessário encaminhamento/referenciação para consulta de psicologia.

- **Informar sobre o programa de RC, fase II**

- Descrever funcionamento do programa de RC fase II (decorre no ginásio do hospital, durante 3 meses, para pessoas com baixo risco para o exercício, ou durante 6 meses para pessoas com moderado a elevado risco para o exercício, com periodicidade de 2

x por semana/ objetivo: ensinar a realizar exercício físico adaptado à situação de saúde atual em segurança/ as sessões de exercício são dirigidas por médico de medicina física e reabilitação e dadas por um técnico de cardiopneumologista, fisioterapeuta e EEER/ as instalações dispõem de sala de exercício, balneário e sala de leitura/educação);

- **Educar para a saúde cardiovascular**

- Evidenciar os benefícios da atividade física/exercício físico para a saúde cardiovascular
- Informar sobre a patologia cardíaca, fatores de risco, medicação, sinais de alarme para a atividade física/ exercício físico, alimentação saudável, meios complementares de diagnóstico...

PROGRAMA DE EXERCÍCIO REALIZADO NO GINÁSIO

Avaliação inicial que precede as sessões de exercício

- **Colaboração na implementação da bateria de testes de aptidão física funcional e/ou verificação dos resultados da aplicação dos mesmos, no âmbito da avaliação inicial que precede as sessões de exercícios**

- A Bateria de testes de aptidão física tem como objetivos a avaliação de parâmetros físicos de capacidade funcional como a força, a flexibilidade, a resistência, a agilidade e equilíbrio:

1º Levantar e sentar da cadeira: avaliar a força e resistência dos membros inferiores, contabilização do número de execuções corretas em 30 segundos);

2º Flexão do antebraço com recurso a halteres (mulher -2.27kg; homem- 3.63kg): avaliar a força e resistência do membro superior, contabilização do número de execuções corretas em 30 segundos);

3º Sentado e alcançar: avaliar a flexibilidade dos membros inferiores, com recurso a régua contabilizar a distância atingida em direção dos dedos dos pés; avaliar a flexibilidade dos membros superiores, com recurso a régua distancia que as mãos podem atingir atrás das costas;

4º Sentado, caminhar 2,44m e voltar: avaliar a velocidade, a agilidade e o equilíbrio, contabilizar tempo necessário para realizar a tarefa;

5º Andar 6 minutos: avaliar a distância percorrida durante 6 minutos;

6º 2 minutos de step no próprio lugar: avaliar a resistência aeróbica (teste alternativo ao de 6 minutos), contabilizar o total de “steps” realizados em 2 minutos.

- **Avaliação da estatura e o peso**, para determinar o índice de massa corporal;
- **Avaliação do perímetro abdominal**;
- **Avaliação dos parâmetros vitais** (tensão arterial, FC e saturações de oxigénio);

Sessões de exercício

- **Monitorização do peso corporal semanalmente;**
- **Avaliação dos parâmetros vitais antes e depois das sessões de exercício;**
- **Verificar presença de sintomas adversos durante o dia a dia** (tonturas, dispneia, palpitações, dor torácica, cefaleias, fadiga excessiva ou intolerância ao exercício físico no domicílio);
- **Verificar a categoria (baixo, moderado e elevado) de risco individual para eventos adversos durante o exercício:**
 - Colocar ou verificar a colocação do equipamento de monitorização adequado a cada situação (telemetria ou cardiofrequencímetro);
- **Encaminhar para a realização de aquecimento (ativação geral e preparação musculartoarticular) e treino de força (potencializar os ganhos do treino) a realizar antes do treino aeróbico e encaminhar no final do treino aeróbico para o retorno à calma (alongamentos estáticos e dinâmicos);**
- **Incentivar, instruir, assistir, treinar a realização de treino aeróbico (15 a 20 minutos):**
 - Primeiras duas a três semanas: treino contínuo a 60-70 % da FC de reserva;
 - Progressão: iniciar com 10 a 15 minutos a 40-50% progredindo até 25 minutos a 60-70% da FC máxima;
 - A partir da terceira semana e quarta semana: incluir treino de alta intensidade intervalado (progressão iniciar com 5 patamares de 2 minutos a 85%-90% da FC reserva intercalado com 1 minutos de pausa ativa a < ou = a 50% da FC reserva / ir aumentado patamares de 1 em 1 semana até atingirmos 10 patamares de 2 minutos e 9 pausas ativas);
 - Se intolerância para a realização do treino intervalado, realizar treino contínuo a 60 a 70% FC reserva.
- **Monitorização do treino:**
 - Preenchimento da folha de registo de sessões de exercício.

Fonte: adaptado de Centro Hospitalar Universitário de [REDACTED]. Unidade de Reabilitação cardíaca (2022). Protocolo de Reabilitação Cardíaca. Acessível no serviço de Cardiologia do Hospital [REDACTED], Lisboa, Portugal.

Apêndice 18

Prestação de cuidados à pessoa com IC:
intervenções e atividades desenvolvidas

Prestação de cuidados à pessoa com IC: intervenções e atividades desenvolvidas

Áreas de intervenção	Intervenções e atividades desenvolvidas
Avaliação da pessoa com IC	<ul style="list-style-type: none"> • Colheita de informação sobre condição de saúde atual: motivo de internamento, diagnóstico (sinais e sintomas, exames de diagnóstico, marcadores cardíacos, causas), FRCV, antecedentes pessoais; <ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico, entrevista à pessoa, transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar; • Avaliação da situação familiar, social, habitacional e económica; <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista à pessoa e cuidador e avaliação da família através da utilização do modelo de Calgary, construção de ecomapa e de genograma; • Avaliação dos parâmetros vitais; • Realização de exame físico: aparência geral, peso, altura, monitorização do perímetro e edema (escala de avaliação do edema¹) da região gemelar, abdominal e maleolar, estado da pele e mucosas e utilização de próteses; • Avaliação neurológica: aplicação do MMSE, avaliação do equilíbrio, avaliação do risco de queda (Escala de Morse²) e avaliação da força muscular (aplicação de MRC); • Avaliação das AVD (Índice de Barthel); • Avaliação do andar (Classificação Funcional da Marcha de Holden³); • Avaliação do impacto do AC a partir da Teoria de Orem; • Implementação da Escala Europeia do AC na IC (EEAIC).
Movimento corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Instrução, assistência, treino: para a execução dos exercícios respiratórios: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática; • Execução de mobilizações ativas assistidas e instrução, assistência e treino para a execução dos exercícios musculoesqueléticos:

¹ A técnica consiste em pressionar o polegar sobre a pele contra uma superfície óssea durante 5 segundos, sendo o resultado da avaliação o tempo que demora a voltar à posição inicial. (Ordem dos Enfermeiros, 2020, p. 211)

² Instrumento de medida utilizado para avaliar as pessoas com risco de queda, discriminando-as em três grupos diferentes: sem risco, com baixo risco ou com alto risco, sendo amplamente utilizado em contexto hospitalar. (Norma n.º 008/2019)

³ Escala que estabelece o grau de autonomia para a marcha a partir do tipo de apoio e supervisão necessário de acordo com o tipo de superfície. (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, [s.d.])

<p>Equilíbrio</p> <p>Intolerância à atividade</p> <p>Andar com auxiliar de marcha</p>	<p>-flexão/extensão da articulação escapulo-umeral e úmero-radial;</p> <p>-elevação e depressão das omoplatas;</p> <p>-flexão/extensão das articulações metacarpo-falangeanas;</p> <p>-flexão/ extensão da articulação coxo-femural e joelho;</p> <p>- adução e abdução coxo-femural;</p> <p>-flexão plantar e dorsiflexão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da percepção do esforço antes, durante e após o exercício através da escala modificada de Borg; • Monitorização de sinais vitais antes, durante e após o exercício; • Monitorização e despiste precoce de sinais de alarme (dispneia, dor no peito ou aumento da FC); • Instrução e treino para gestão dos períodos de atividade e repouso; • Instrução e treino para a expiração na fase concêntrica dos exercícios e inspiração na fase excêntrica dos exercícios; • Instrução, treino e assistência: para levantar a cintura pélvica do assento e voltar a sentar, passar da posição de sentado para a posição de pé e andar com andarilho.
<p>Autocuidado AVD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir na realização AVD (tomar banho, higiene pessoal, ao vestir-se/despir-se, ao uso do sanitário, ao transferir-se e ao alimentar-se); • Avaliação da percepção do esforço antes, durante e após a realização das AVD; • Instruir e treinar a execução das AVD com recurso a produtos de apoio (cadeira sanitária, escova de cabo longo e barras de apoio) estratégias adaptativas (adoção da posição de sentado com os cotovelos apoiados, reunir antecipadamente o material necessário, roupa confortável e fácil de vestir/despir, usar roupão atalhado) e de conservação de energia (planear períodos de repouso, inspirar quando realiza o movimento que cansa menos e expirar quando realiza o movimento que cansa mais, descansar após as refeições); • Fornecer material educativo: folheto (apêndice 20).
<p>Gestão da doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a IC (definição, causas, sinais e sintomas de alarme); • Informar sobre a adoção de hábitos saudáveis (alimentação e atividade física) e cumprimento do regime medicamentoso (tomar sempre a medicação, trazer sempre a tabela de medicação, importância da vacinação);

	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a necessidade de monitorização de sintomas IC, fornecer e instruir sobre preenchimento da folha de registos (apêndice 19); • Fornecer um plano de ação para a automonitorização dos sintomas de IC e instruir sobre as medidas a adotar; • Fornecer material educativo: folheto (apêndice 20).
Desorientação temporal	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de técnica de orientação para a realidade temporal, através da utilização diária de um calendário.
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Sinalização de alto risco de queda na unidade da pessoa, nos registos de enfermagem e na passagem de turno; • Implementação de medidas de segurança para minimizar o risco de queda: <ul style="list-style-type: none"> -utilização de calçado adequado (antiderrapante e bem adaptados ao pé); manter o sistema de chamada junto da pessoa; remoção de barreiras e obstáculos no percurso da marcha; verificar se piso para deslocação se encontra limpo e seco, e caso não esteja se se encontra sinalizado; garantir a iluminação adequada; colocar os óculos; manter as cadeiras, as camas travadas, colocar a cama na altura mais adequada para a pessoa; promover a utilização das barras de apoio nos sanitários; e informar sobre a necessidade de supervisão e assistência no transferir-se, no andar com auxiliar de marcha e no banho (piso molhado). • Consciencializar para a relação entre risco de queda e o equilíbrio comprometido: <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre os fatores intrínsecos que predispõe o risco de queda (alteração da força muscular; equilíbrio ortostático estático e dinâmico comprometido); - Ensinar as estratégias terapêuticas que minimizam o risco de queda (treino de equilíbrio com treino de marcha, realização de exercícios musculoesqueléticos, utilização de produtos de apoio).
Preparação para a alta	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciação para a RNCCI para a tipologia de unidade de convalescença, após “discussão” com a assistente social, com a pessoa e familiar e equipa multidisciplinar; • Elaboração de nota de alta para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação onde constou: informações de caráter

	<p>geral (contextualização do internamento), a avaliação inicial de enfermagem de reabilitação, os objetivos da intervenção delineados para o internamento, as intervenções implementadas, com as respectivas avaliações no momento que antecede a alta, onde se verificam os progressos alcançados, e as necessidades de intervenção no âmbito do EEER que carecem de desenvolvimento na unidade de convalescença. A nota de alta para a continuidade dos cuidados de reabilitação pode ser consultada em apêndice 21.</p>
--	---

Apêndice 19

Folha de registo: automonitorização diária no domicílio

Apêndice 20

Folheto educativo: viver com IC

Como saber se a sua Insuficiência cardíaca está CONTROLADA? [2;3]

VERDE	Sem falta de ar Sem desconforto, pressão ou dor no peito Sem inchaço ou aumento do inchaço
 SINTOMAS CONTROLADOS	
AMARELO	Aumento de peso de mais 2 kg em 3 dias ou mais de 5 kg em 1 semana Falta de ar em atividades anteriormente bem toleradas ou em repouso Aumento do inchaço: pés, tornozelos, pernas ou abdômen
 INFORME O SEU MÉDICO OU ENFERMEIRO	Vertigens / tonturas Acorda durante a noite com falta de ar (precisa de dormir com mais almofadas) Tosse persistente
EMERGÊNCIA	Dor no peito Dificuldade em respirar/falta de ar que não desaparece sentado em repouso Palpitações/ batimento cardíaco rápido Tosse com expectoração rosada e espumosa Confusão Desmaio
 LIGUE 112	

Registe diariamente a sua **tensão arterial, frequência cardíaca e peso.**

Recomendações para reduzir a falta de ar e cansaço [4]

Higiene pessoal: sentado com apoio de cotovelos, lavar a cara, barbear e pentear

Tomar banho :sentado, com apoios laterais, tapete antiderrapante, escova de cabo comprido para lavar o corpo (costas e pés) e roupão em vez de toalha.

Vestir e despir-se: sentado, preferir roupa fáceis de vestir (larga com velcros/sapatos sem atacadores)

Comer e beber :sentado com apoio de cotovelos na mesa / após a refeição descansar 1,5h

Subir escadas e rampas: Encher o peito de ar parado, subir um degrau enquanto deita o ar fora (inspira pelo nariz e expira pela boca).

Tarefas domésticas: objetos mais utilizados colocar à altura do tronco, realizar apenas as tarefas domésticas que consegue realizar sentado (passar a ferro, estender a roupa, preparar alimentos), fazendo uma pausa para descansar.

Referencias Bibliográficas:

[1] Centro Hospitalar de Lisboa EPE. Hospital de Santa Marta. Serviço de Cardiologia internamento. [s.d.]. *Insuficiência cardíaca: Aprenda a viver com a sua doença.* Disponível no serviço de cardiologia internamento, Lisboa, Portugal.

[2] Heart and Stroke Foundation of Canada(2017-2018). Living with heart failure Resources to help you manage your heart failure. Acedido em: <https://www.heartandstroke.ca/media/pdf-files/canada/health-information-catalogue/en-living-with-heart-failure.pdf>

[3] Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular.* [s.l.]: Núcleo de Enfermagem em Cardiologia.

[4] Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2020). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de Reabilitação: Reabilitação cardíaca trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.* [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.

Elaborado por Marisa Nunes, estudante do 12º Curso de Mestrado da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL sob orientação da EEER Lina Aleixo, Centro Hospitalar de Lisboa EPE. Hospital de Santa Marta. Serviço de Cardiologia internamento

Março de 2022

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



Aprenda a viver com a sua doença

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - APRENDA A VIVER COM A SUA DOENÇA

O que é a Insuficiência Cardíaca?

A insuficiência cardíaca é uma doença **crônica** que acompanha a pessoa para toda a vida [1].

Ocorre quando a quantidade de sangue que o coração bombeia **não é adequada para satisfazer as necessidades do organismo** [1].



A insuficiência cardíaca surge por **problemas do funcionamento do próprio coração** ou por **doenças que prejudicam o funcionamento do coração** [1].

As **causas Comuns** podem ser doenças das artérias que irrigam o coração, hipertensão arterial, doenças das válvulas e do músculo do coração, anomalias com que as pessoas podem nascer, doenças graves dos pulmões, alteração do ritmo do coração [1]...

Sinais e Sintomas

A progressão da doença faz com que o coração aumente de tamanho, não é capaz de bombear o **sangue** e este **acumula-se nos órgãos** causando acumulação de líquidos [1].



<https://insuficiencia-cardiaca.pt/quais-os-sinais-e-sintomas-da-insuficiencia-cardiaca/>

Aprender a vigiar [2;3;4]

	Vigiar sinais e sintomas de descompensação: falta de ar, cansaço, aumento do peso, tosse, palpitação
	Tomar os medicamentos conforme receitados pelo médico Tenha sempre consigo a sua tabela de medicação
	Avalie o seu peso Diário e em Jejum Após esvaziar a bexiga Usar sempre a mesma roupa
Alimentação 	Rica em legumes, verduras e frutas e à base de cozidos e grelhados. SAL: 2g/dia , uma colher de sobremesa Não recomendado: alimentos processados, salgadinhos, batatas fritas e conservas 1,5 a 2 litros/dia (valide com o seu médico)
Atividade 	Caminhe em superfícies planas, aumente gradualmente o tempo de caminhada, peça indicações ao médico ou enfermeiro. O nível de atividade é adequado se conseguir falar, sem sentir falta de ar. Evitar: atividades que envolvam movimento acima da cabeça; levantar ou empurrar objetos pesados; ambientes quentes ou demasiado frios; subir muitas escadas.

Apêndice 21

Nota de alta:

Continuidade de cuidados para a pessoa com IC

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: NOTA DE ALTA

Nome	M. P.		
Data de Nascimento	02/07/1933	Estado civil	Viúva
Idade	88 anos	Situação profissional	Reformada
Local de residência	Lisboa	Agregado familiar	Vive sozinha
Data de admissão (no serviço de Cardiologia)	15/02/2022 23/02/2022	Cuidador	P. P. (filha)

História de Saúde

A Sr^a E. P. esteve internada num Hospital privado desde 29/01/2022 por cansaço, dispneia e edema dos membros inferiores com agravamento nas últimas semanas, ficou com o diagnóstico médico de Insuficiência Cardíaca Crónica Descompensada e Derrame Pleural Bilateral.

Após a realização de exames complementares de diagnósticos nomeadamente Ecografia Transtorácica foi diagnosticada Estenose Aórtica Grave, pelo que foi transferida a 15/02/2022 para implementação de Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI).

Apresenta na admissão neste internamento diagnósticos médicos de Insuficiência Aórtica Grave e Miocardiopatia dilatada com má função sistólica.

Realizada implementação de TAVI a 16/02/2022 procedimento decorreu sem intercorrências imediatas realizada abordagem da via femoral direita. Após o procedimento readmitida em Unidade de cuidados Intensivos Coronários (UCIC), onde permaneceu 8 dias por taquicardia (flutter auricular vs taquicardia supraventricular), HTA e Hipocaliémia e Infeção do trato urinário. Transferida de novo para a Enfermaria a 23/02/2022.

A Sr^a no internamento a 23/02 refere cansaço a pequenos esforços, apresenta tendência para a hipotensão e encontra-se eupneica em repouso.

História Pgressa

A Sr^a apresenta antecedentes pessoais: de Diabetes Melitus tipo II, de HTA, de ICC e Estenose aórtica grave, fratura do membro inferior direito, alterações osteoarticulares dos membros superiores.

Previamente ao internamento a Sr^a refere viver sozinha, sendo autónoma e independente para nos AC: higiene, vestir-se e despir-se, alimentar-se, uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se. Deambulava com apoio de bengala e refere ter ajuda na confeção das refeições, que eram entregues no seu domicílio, assim como na limpeza da casa. Diariamente saía de casa para ir ao café.

Previamente ao internamento no Hospital privado, foi internada em novembro de 2021 por ICC descompensada, tendo sido necessária institucionalização para recuperação de

autonomia e independência prévia ao internamento com a finalidade de regressar ao domicílio.

Na carta de transferência de enfermagem do Hospital privado é referido que a Srª apresenta necessidade de supervisão e ajuda parcial nas AVD, nomeadamente na higiene (apoio parcial); transferir-se e posicionar-se (incentivo e orientação), deambular (apoio parcial), uso do sanitário (apoio parcial), com score de 65 na escala de Barthel.

Avaliação da pessoa

Neurológica: Aplicado o Mini-Mental State Examination, relativamente ao estado de orientação encontra-se orientada na pessoa, no espaço e destaca-se desorientação no tempo (ano, mês, dia do mês, dia da semana e estação do ano). Apresenta capacidade de retenção de informação e linguagem, apresenta alterações na atenção e calculo, evocação, não consegue escrever por deformação das articulações dos dedos e por último no item 6 de habilidade construtiva referiu não ser capaz de diferenciar as formas apresentadas nem de as copiar. (Score 20- escolaridade de 3 anos: defeito cognitivo)

Equilíbrio: Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Apresenta alteração do equilíbrio ortostático estático e dinâmico. Na posição ortostática necessita de estar apoiada, na marcha necessitou de apoio de andarilho e apoio lateral.

Força Muscular: A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais bilateralmente, dos segmentos distais para os proximais, através da aplicação do MRC (Medical Resource Council). Ao nível dos membros superiores apresenta força 5/5 nos vários segmentos corporais, destaca-se presença de artroses nos membros superiores com limitação das amplitudes articulares na articulação escapulo-umeral e articulações interfalângicas proximais. Ao nível dos membros inferiores apresenta força 4/4 nos vários segmentos corporais.

Grau de dependência nas AVD: avaliação realizada a 24/02: apresenta alterações para a eliminação intestinal e urinária, acidente ocasional, apresenta controlo de esfínteres, mas tem acidentes ocasionais, higiene pessoal, necessita de ajuda, ir à casa de banho encontra-se dependente, alimentar-se, precisa de ajuda, nas deslocações necessita de grande ajuda física, mobilidade encontra-se imobilizado, vestir-se dependente, escadas, incapaz e tomar banho dependente. Score 20. Dependência Total.

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Score de 41 revelador de comportamentos no AC desadequados.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Objetivos das intervenções de enfermagem de reabilitação:

- Melhorar a capacidade funcional e a tolerância ao esforço
- Readaptar as limitações existentes
- Incentivar e capacitar para a realização de atividade física
- Capacitar para a adequada gestão da doença
- Envolver o prestador de cuidados na gestão da doença

	Escala					
	MMSE	Equilíbrio	MRC	Índice de Barthel	EEAIC	Escala de Morse
Admissão	20 Defeito cognitivo	Ausência de equilíbrio ortostático estático e dinâmico	Membros superiores 5/5 Membros inferiores 4/4	20 Dependência total	41 Comportamento no AC desadequado	35 Baixo risco de queda
Intervenção do EEER						
Internamento	-Avaliar o estado de orientação através do MMSE	<u>Executar exercícios musculares:</u> Sentada em cadeirão: - Realizado ensino e treino sobre dissociação dos tempos respiratórios			- Avaliados os conhecimentos da Sr ^a e da filha sobre a	70 Alto risco de Queda

	<p>- Implementar a técnica de orientação para a realidade temporal, através da utilização de um calendário.</p>	<p>- Realizadas mobilizações ativas-assitidas dos membros superiores: flexão e extensão da escapulo- umeral com recurso a bastão e abdução e adução desta articulação, apresenta limitação do movimento da articulação flexão máxima tolerada aos 45°, flexão/extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão e extensão dos dedos e pronação. Nos membros inferiores realizadas mobilizações ativas assistidas: abdução/adução/flexão/extensão da articulação coxo-femural, extesão e flexão do joelho e flexão e dorsiflexão plantar.</p> <p>- Instruída e treinada sobre técnica de sistema de alavanca para colocação em posição ortostática, com apoio de andarilho.</p> <p><u>Incentivar a treinar o equilíbrio corporal:</u> Apresenta alteração do equilíbrio ortostático estático e dinâmico pelo que foram realizados exercícios de fortalecimento muscular, e treino de marcha com andarilho e com apoio lateral.</p> <p><u>Assistir no andar com auxiliar de marcha:</u> Realizado treino de marcha com andarilho com apoio lateral, foi instruída sobre aplicação do sistema de alavanca para adoção da posição ortostática, 1ª sessão deambulou cerca de 15 metros com 3 descansos e com tolerância ao esforço. 2ª sessão deambulou cerca de 20 metros com 2 descansos e com tolerância ao esforço. 3ª sessão deambulou cerca de 30 metros, com necessidade de 3 descansos e com tolerância ao esforço (treino de marcha com andarilho sem apoio lateral).</p> <p><u>Treino de AVD com enfoque nas estratégias de conservação de energia:</u> -Avaliação da capacidade para as AVD - Instruída e treinada para o AC: tomar banho/ vestir-se e despir-se/ Higiene pessoal/uso do sanitário -Produtos de apoio para aquisição sugerido: escova de cabo longo.</p>	<p>doença e a sua gestão, revelam poucos conhecimentos, trata-se de um diagnóstico recente;</p> <p>- Fornecidas informações sobre a IC, sinais e sintomas, tratamento e gestão do regime terapêutico</p> <p>- Disponibilizado um folheto informativo personalizado com o objetivo de aprender a viver com a IC.</p>	<p>-Sinalização do alto risco de queda -Utização de calçado adequado -Manter o sistema de chamada junto da pessoa; -Remoção de barreiras e obstáculos no percurso da marcha; -Manter as cadeiras, as camas travadas, --- Colocar a cama na altura mais adequada para a pessoa; -Promover a utilização das barras de apoio nos sanitários -Informar sobre a necessidade de supervisão e assistência no transferir-se, no andar com auxiliar de marcha e no banho</p>
--	---	---	---	---

Alta	20 Defeito cognitivo	Equilíbrio ortostático estático e dinâmico melhorado (consegue estar na posição ortostática apenas com apoio de andarilho e sem apoio lateral e deambular nas mesmas condições)	Membros superiores 5/5 Membros inferiores 4 (direito) /5 (esquerda)	65 Ligeiramente dependente	Comportamento no AC em aquisição.	40 Baixo risco de Queda
------	-------------------------	---	--	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

Necessidades de intervenção do âmbito do EEER identificadas e que carecem de desenvolvimento na unidade de convalescença:

- Treino de escadas/rampa
- Articulação com médico/enfermeiro dos cuidados de saúde primários para monitorização e apoio na gestão da doença e/ou, idealmente encaminhamento para equipa especializada em IC, aquando a alta da unidade de convalescença.
- Estabelecer um programa de atividade física adequado às capacidades individuais e às condições domiciliares e da comunidade onde a Srª se insere.
- Envolver a filha no processo de gestão/reabilitação da doença.
- Ponderar no regresso ao domicílio encaminhamento para equipa de cuidados domiciliários integrados com o intuito de otimizar a adaptação à sua condição atual de saúde.

ANEXOS

Anexo 1

Critérios para início e progressão
do Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca Intra-hospitalar

TABELA 28.1 Critérios para início e progressão do PERCI

Critérios	Descrição
Estabilidade	Clinica, elétrica e hemodinâmica
Ausência de contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angina instável ▪ Hipertensão descontrolada – ou seja, pressão arterial (PA) sistólica em repouso >180 mmHg e/ou PA diastólica em repouso >110 mmHg ▪ Queda na PA ortostática de 20 mmHg com sintomas ▪ Estenose aórtica significativa (área da válvula aórtica: 1,0 cm²) ▪ Arritmias auriculares ou ventriculares não controladas ▪ Taquicardia sinusal descontrolada [>120 batimentos por minuto (bpm)] ▪ Insuficiência cardíaca descompensada ▪ Bloqueio auriculoventricular (BAV) completo sem <i>pacemaker</i> ▪ Trombos intracardíacos ▪ Pericardite ou miocardite ativa ▪ Medicação vasopressora em doses muito elevadas ▪ Embolia recente ▪ Tromboflebite aguda ▪ Doença sistémica aguda ou febre ▪ Diabetes <i>mellitus</i> não controlada ▪ Condições ortopédicas complexas que impedem o exercício ▪ Outras condições metabólicas, como tiroidite aguda, hipocaliemia, hipercalemia ou hipovolemia (até tratamento adequado) ▪ Alterações psicológicas severas
Restrições musculoesqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A presença de introdutores/cateteres pode restringir a mobilização total da articulação, privilegiando-se o início da mobilização pela articulação ipsilateral às 6-8 horas após a retirada dos mesmos, com despiste prévio de complicação vascular ou hemorrágica ▪ No caso da presença de dispositivo cardíaco implantável, a flexão acima dos 90° do membro superior ipsilateral deve ser evitada durante seis semanas.
Ausência e despiste precoce de sinais de alarme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da frequência cardíaca (FC) >30 bpm ▪ Aumento da PA sistólica >40 mmHg ▪ PA diastólica ≥110 mmHg ▪ Decréscimo da PA sistólica >10 mmHg com a realização de exercício ▪ Presença de disritmias auriculares ou ventriculares (com ou sem sintomas) ▪ Bloqueio auriculoventricular (BAV) de 2.º ou 3.º grau ▪ Presença de sinais/sintomas de intolerância ao exercício (dor isquémica, dispneia intensa; alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia)
Critérios para a progressão na autonomia para os autocuidados e do programa de exercícios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de dor isquémica de novo ou recorrente, nas 8 horas anteriores ▪ Valores estáveis ou decrescentes de creatina quinase (CK) e troponina ▪ Ausência de sinais de insuficiência cardíaca (IC) descompensada (por exemplo, dispneia em repouso e estertores bibasais) ▪ Ritmo cardíaco normal e eletrocardiograma estável nas 8 horas anteriores

Adaptado de: Piepoli et al. (2011); American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) (2013); ACSM (2014); ACSM (2018); Ordem dos Enfermeiros (OE) (2020).

Anexo 2

Folhetos educativos:

“O que fazer depois de um enfarte”

“O que é um cateterismo, uma Angioplastia”

“O que deve saber sobre Reabilitação Cardíaca”

O QUE FAZER DEPOIS DE UM ENFARTE

Atenção aos Conselhos



- Procure tornar o seu estilo de vida mais saudável.
- Não pare os medicamentos sem indicação do seu médico assistente/cardiologista.
- Se possível entre num programa de reabilitação cardíaca: pode ajudá-lo a recuperar a sua saúde cardiovascular!

**Lembre-se: a saúde é sua e a doença também.
A promoção da saúde é um direito e um dever.
Cuide bem de si!**



O que é um enfarte do miocárdio?

Um enfarte é uma lesão do músculo cardíaco geralmente causada por entupimento de uma artéria que irriga o coração (artéria coronária).



Quais são as queixas de um enfarte?

- Dor no peito forte - Na maioria dos casos, é a queixa principal e pode estender-se ao braço esquerdo, ao pescoço e às costas
- Desmaio
- Falta de ar
- Sensação de batimentos cardíacos rápidos

O que devo fazer depois do tratamento hospitalar?

É necessário um compromisso com a sua saúde porque esta depende sobretudo de si.

- Adotar um estilo de vida saudável
- Tratar e prevenir os fatores de risco cardiovascular
- Tomar um conjunto de medicamentos fundamentais e obrigatórios, cujo objetivo é prevenir novos entupimentos das artérias e reduzir o risco de morte e complicações nos meses e anos que se seguem ao enfarte
- É recomendável entrar num programa de reabilitação cardíaca onde terá acompanhamento adequado



Quais são os principais fatores de risco cardiovascular?

Fatores modificáveis:

- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Colesterol
- Obesidade
- Sedentarismo
- Tabagismo
- Stress e depressão



Fatores não modificáveis:

- Idade
- Sexo masculino
- História familiar de doença cardíaca

Como posso controlar os meus fatores de risco?

Através de um estilo de vida saudável:

- Prática regular de exercício físico
- Alimentação saudável*
- Deixar de fumar
- Evitar bebidas alcoólicas
- Reduzir o stress



Na maioria dos casos, é também necessário recorrer a medicação para o controlo mais rigoroso dos fatores de risco

Quais os valores recomendados para o controlo dos fatores de risco?

Após enfarte, recomenda-se:

- PRESSÃO ARTERIAL inferior a 140/90 mmHg (140/80 mmHg caso seja diabético)
- COLESTEROL o mais importante é o colesterol-LDL (o chamado «mau colesterol») que deve ser inferior a 70 mg/dl
- DIABETES recomenda-se que a hemoglobina glicosilada seja inferior a 7,0%



Durante quanto tempo deverei manter os medicamentos?

O seu médico avaliou quais os medicamentos necessários e que devem ser mantidos a longo-prazo. A interrupção de medicamentos receitados após enfarte, sem indicação do médico, pode causar agravamento da sua situação clínica, com aumento do risco de novo enfarte ou mesmo morte em casos mais extremos.

* Em termos gerais uma alimentação saudável tem pouco sal, reforço de vegetais, leguminosas, frutas, frutos secos (nozes, amêndoas, avellãs, etc.) e peixe, consumo preferencial de cereais integrais (em vez de farinhas brancas) e de gorduras insaturadas (em vez de saturadas).



O QUE É UM CATETERISMO, UMA ANGIOPLASTIA



Atenção aos Conselhos:

E depois da angioplastia?

Após realização de uma angioplastia, sobretudo com *stent* implantado, o seu médico irá prescrever-lhe alguns medicamentos que deve tomar sem interrupção. Alguns destes medicamentos (antiagregantes plaquetários) evitam o agravamento da doença e a formação de trombos no interior das artérias coronárias, o que pode levar a ocorrência de enfarte agudo do miocárdio ou mesmo morte súbita. Mesmo que outro profissional de saúde sugira parar estes medicamentos, não deve fazê-lo sem primeiro consultar o seu cardiologista.

Após o enfarte e a angioplastia terá benefício para a sua saúde entrar num programa de reabilitação.

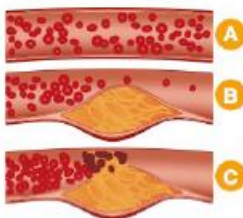


Apoiado:



O que são artérias coronárias e para que servem?

As artérias coronárias (A) são como canos que levam o sangue até ao músculo do coração e o mantêm vivo e saudável.

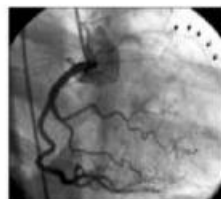


O que é arteriosclerose?

É uma doença inflamatória das artérias, em que a gordura (colesterol) e células se acumulam na parede, tornando as artérias mais apertadas (B) ou rompendo para o interior destas com formação de um trombo (C).

O que é uma coronarlografia?

É um exame com contraste feito com RX em que se consegue ver o interior das artérias. Através da picada de uma artéria no pulso ou na virilha, entra um catéter (tubo muito fino) que leva o contraste até as artérias do coração.



É um exame doloroso?

Não é muito doloroso porque é feito com anestesia local. Se estiver muito nervoso(a) poderá tomar antes um calmante. Terminado o exame deve ficar algumas horas em repouso para evitar hemorragia.



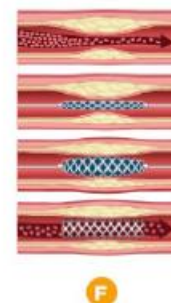
O que é uma angioplastia coronária?

É um tratamento de um aperto ou entupimento de artérias coronárias, através de um balão (D) que se insufla dentro da artéria (E) e depois se retira.



O que é um stent?

É uma rede de metal (F) que se deixa ficar no local do aperto da artéria coronária para que não volte a apertar



E depois da angioplastia qual é o tratamento?

Os medicamentos chamados anti-agregantes, como a aspirina, evitam agravamento da doença e formação de trombos. Se parar estes medicamentos (geralmente 2 comprimidos diferentes) sem ordem do seu cardiologista pode sofrer um enfarte ou morrer.



O QUE DEVE SABER SOBRE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Atenção aos Conselhos:

- Não fume
- Faça exercício regular
- Coma, mas bem
- Relaxe e descanse
- Tome sempre os medicamentos
- Vigie a sua pressão arterial, o colesterol, a glicemia e o peso

Viva mais saudável com a doença controlada:
Viva melhor!



O que é um enfarte do miocárdio?

O enfarte é uma lesão de uma parte do músculo cardíaco que deixa de estar irrigado por entupimento de uma artéria.

O que se deve fazer depois do tratamento agudo do enfarte?

O ideal será entrar num programa de Reabilitação Cardíaca

O que é a Reabilitação Cardíaca?

A Reabilitação Cardíaca é uma intervenção estruturada, multidisciplinar, destinada a recuperar e melhorar o estado físico, psíquico, social, profissional. Inclui um programa de treino de exercício que é individualizado e progressivo, medidas de prevenção secundária (combate aos fatores de risco) e estratégias de ensino com apoio à modificação do estilo de vida, adesão ao tratamento, retorno ao trabalho e à atividade sexual.

Onde é possível frequentar um Programa de Reabilitação Cardíaca?

Na fase de internamento e após a alta, fase de ambulatório precoce, o programa deve ser frequentado nos hospitais que disponham de programa de reabilitação cardíaca. Na fase de manutenção, doentes de risco devem ser encaminhados para centros com reabilitação cardíaca com supervisão, devendo os doentes de baixo risco recorrer a programas em ginásios ou nas autarquias. O exercício deve ser indicado ao doente pelo cardiologista da equipa.

Quem faz a Reabilitação Cardíaca?

Toda uma equipa multidisciplinar, coordenada por médico, geralmente cardiologista e/ou com fisioterapeuta/técnico de cardiopneumologia/fisiologista de exercício, dietista, psicólogo e assistente social estará disponível para apoiar o processo.



Qual o risco de fazer exercício depois do enfarte?

O risco cardiovascular deve ser avaliado por cardiologista do programa de Reabilitação Cardíaca, em baixo, médio e alto risco, através da avaliação clínica e através de exames, como ECG, ecocardiograma e prova de esforço. O risco músculo-esquelético deve ser avaliado por fisiatra.



Os 5 segredos da saúde depois do enfarte?

Aproveite o tempo livre: faça mais exercício de que goste na companhia de quem mais gosta.

- Dançar e passear faz bem ao coração.

Basta de fumar: O tabaco tira-lhe saúde, anos de vida e dinheiro, que pode usar melhor.

- Distraia-se com outra coisa!

Coma, mas bem: Escolha salada, fruta, carne de frango e peru, peixe, sopa e água.

Os doces, a carne vermelha, os fritos e o álcool são só para festas.

- Lembre-se que o ar não engorda!

Descanse o corpo e a mente: Durma bem, relaxe e organize o tempo e o trabalho para não sofrer com *stress*.

- Maior tranquilidade ajuda a aproveitar a vida.

Entenda e não esqueça: Tome sempre a medicação conforme indicado pelo seu médico

- Não deixe acabar os medicamentos.



Anexo 3

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si.

Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de "1 - **Concordo Totalmente**" a "5 - **Discordo Totalmente**". Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

Scores

12 pontos: Comportamentos de autocuidados adequados

60 pontos: Comportamentos de autocuidado não adequados

	CONCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	DISCORDO TOTALMENTE
1. Peso-me todos os dias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Se fico com falta de ar abrando o meu ritmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Se a minha falta de ar aumenta contacto o meu médico ou enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Se os meus pés, ou as minhas pernas, ficarem mais inchados que o habitual contacto o meu médico ou enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Se aumento 2 quilos numa semana contacto o meu médico ou enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 litros por dia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Se sinto um aumento da fadiga contacto o meu médico ou enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Faço uma dieta com pouco sal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Tomo a medicação tal como foi prescrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Faço exercício regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Adaptado de Pereira F. (2013). O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português: Universidade do Porto.