



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

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a  
Cirurgia com Ostomia de Eliminação**

**Beatriz Lopes Domingues**

---

**Lisboa  
2021**



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

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a  
Cirurgia com Ostomia de Eliminação**

**Beatriz Lopes Domingues**



**Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira**



**Lisboa  
2021**

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,  
mas em ter novos olhos.”

Marcel Proust

## **Agradecimentos**

Ao Professor Joaquim Paulo Oliveira, por ter aceitado partilhar este desafio comigo, pelo apoio ao longo deste percurso e por todos os conhecimentos transmitidos.

A todos os enfermeiros orientadores e equipas dos contextos de estágio, pela disponibilidade para me receber e pelas experiências de aprendizagem que me proporcionaram.

A todos os colegas de trabalho que colmataram as ausências para que pudesse estar focada neste percurso tão exigente.

À Inês, a minha companheira neste percurso, pelos momentos de riso e de choro, de estudo e de brincadeira, essenciais para chegar ao fim!

Ao Diogo, por fazer parte da minha vida, por me apoiar e me tranquilizar quando é mais preciso.

À minha avó Maria e ao meu irmão Renato, pela paciência e incentivo para continuar.

Ao meu pai Henrique, por toda a compreensão, pela assertividade, pelas revisões infundáveis, pelo “bichinho da investigação”.

À minha mãe Maria João, que sempre me apoiou e incentivou, que me proporcionou sempre a melhor educação e que foi a maior impulsionadora desta aventura. Obrigada por tudo!

## Lista de Siglas e Abreviaturas

6MWT	Teste de marcha dos 6 minutos
AVD	Atividades de Vida Diária
DT	Drenagem Torácica
EC	Ensino Clínico
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EOT	Entubação Orotraqueal
EPIC-26	<i>Expanded Prostate Cancer Index Composite – Short Form</i>
ER	Enfermagem de Reabilitação
FPO	Fadiga Pós-operatória
GCS	Escala de Coma de Glasgow
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
IIEF-5	Índice Internacional da Função Erétil
IPSS	Índice Internacional dos Sintomas Prostáticos
MIF	Medida de Independência Funcional
MMSE	<i>Mini-mental State Exam</i>
MRC	<i>Modified Medical Research Muscle Scale</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PE	Projeto de Estágio
QoL	Qualidade de Vida
RFM	Reeducação Funcional Motora

RFR	Reeducação Funcional Respiratória
TVP	Trombose Venosa Profunda
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VVST	<i>Volume-viscosity swallow test</i>

## Resumo

A pessoa submetida a cirurgia abdominal major encontra-se em risco de desenvolver múltiplas complicações relacionadas com capacidade funcional pré-operatória, com o tipo e duração da cirurgia e da anestesia, com a idade e presença de comorbilidades. A construção de uma ostomia de eliminação gera uma situação de vulnerabilidade acrescida pelo risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal. Estes fatores influenciam fortemente a capacidade da pessoa para o desempenho das atividades de vida diária, aumentam significativamente o tempo de estadia no hospital e os custos associados aos cuidados de saúde. O impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho do autocuidado tornam esta temática importante para a prática clínica dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Para aprofundar o estudo nesta área foi realizada uma revisão *scoping* da temática. Posteriormente foi implementado em contexto de ensino clínico um projeto de estágio que contemplava o desenvolvimento das competências específicas de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Os objetivos e as atividades planeadas no projeto de estágio contemplavam também o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e as restantes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros em Diário da República.

Os estágios foram realizados em contexto hospitalar e em contexto comunitário. De forma a responder a todos os objetivos e atividades propostos, no contexto hospitalar optei por realizar ensino clínico em ambulatório (unidade de digestivo e unidade de urologia) e numa unidade de cuidados intensivos. No contexto comunitário, o ensino clínico foi realizado numa equipa de cuidados continuados integrados.

O presente relatório espelha o percurso realizado e a implementação do projeto de estágio, bem como demonstra a aquisição e desenvolvimento das competências referidas.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidados de enfermagem, Reabilitação, Ostomia de Eliminação.

## **Abstract**

The person undergoing abdominal surgery is at major risk of developing multiple complications related to pre-operative functional capacity, type and duration of surgery and anaesthesia, age and presence of comorbidities. The construction of an elimination ostomy generates an increment of vulnerability and the risk of developing paraestomal hernia. These factors strongly relate to the person ability to perform his/her activities of daily living, significantly increasing the duration of hospitalization and its associated costs. Also, its negative impact in quality of life and ability to self-care, state the importance of this matter for the clinical practice of Rehabilitation Specialist Nurses.

A *scoping review* of this theme was performed in order to in-depth its study. Afterwards it was implemented in clinical practice as an Internship Project which contemplated the development of specific skills related to the practice of the Rehabilitation Specialist Nurse.

The objectives and planned activities of this Internship Project also contemplate the development of general skills, related to the Specialist Nurse Diploma, published and defined by the Portuguese Order of Nurses In *Diário da República*.

The internships occurred in Hospital and Community context. In order to respond to all proposed objectives and activities, in the Hospital Context I have decided to do my internship in two Outpatient Units (Gastrointestinal and Urology) and in Intensive Care Unit. Regarding the Community Context, the internship was performed in *Home Health Care* environment.

The present report outlines the chosen direction and its implementations in the Internship Project, as demonstrates the acquisition and development of referred general and specific skills.

Key words: Nursing; Nursing care; Rehabilitation; Ostomy.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	13
1.1. Enquadramento Conceptual do Tema.....	13
1.1.1. A Pessoa submetida a Cirurgia com construção de Ostomia de Eliminação .....	13
1.1.2. Impacte na Pessoa, Família e Sociedade .....	17
1.1.3. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação .....	20
1.1.4. Quadro Teórico de Referência em Enfermagem .....	23
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....	25
2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	25
2.2. Locais de estágio .....	26
2.3. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos 27	
2.4. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio .....	38
2.5. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Estágio	
Apêndice II – Sessão “Prevenção não invasiva da hérnia paraestomal – cuidados de ER” – Unidade Urologia/Digestivo	
Apêndice III – Sessão “Relembrar a intervenção do EEER na RFR” – ECCI	
Apêndice IV – Sessão “Prevenção não invasiva da hérnia paraestomal – cuidados de ER” – ECCI	
Apêndice V – Estudo de Caso 1	
Apêndice VI – Estudo de Caso 2	
Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem 1	
Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem 2	

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a duração de três semestres letivos, entre setembro de 2019 e maio de 2021.

No decorrer do 2º semestre, previamente à realização do ensino clínico (EC), foi construído e desenvolvido um projeto de estágio que incidiu em dois aspetos: o primeiro, o estudo aprofundado de uma temática na área da estomaterapia, na perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). O segundo, a operacionalização das ferramentas necessárias para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b).

A decisão pelo estudo aprofundado na área da estomaterapia deveu-se ao interesse pessoal e profissional na temática. A pessoa com ostomia de eliminação encontra-se numa situação de vulnerabilidade acrescida: após a cirurgia surgem questões relacionadas com alterações na autoimagem, com a alteração na capacidade para desempenhar o autocuidado relacionado com a eliminação, e conseqüente necessidade de adaptação ao novo padrão de eliminação (Silva et al, 2019).

Para além do exposto, a pessoa submetida a cirurgia major abdominal encontra-se em risco de desenvolver mais complicações pós-operatórias. Estas estão diretamente relacionadas com a sua capacidade funcional pré-operatória, com o tipo e duração da cirurgia e da anestesia, com a idade e presença de comorbilidades. (Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Awasthi et al, 2016; Helander et al., 2019; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). O risco para desenvolver hérnia paraestomal após a cirurgia aumenta significativamente em pessoas com patologias associadas e com potencial fragilidade da musculatura da parede abdominal. (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; Russell, 2017a; Russell, 2017b).

As complicações decorrentes do procedimento cirúrgico/anestésico quer do desenvolvimento de hérnia paraestomal podem condicionar fortemente a

capacidade da pessoa para o desempenho das atividades de vida diária (AVD). Esta incapacidade aumenta o tempo de estadia no hospital após a cirurgia, gera dependência de terceiros por um período de tempo prolongado e aumenta também a taxa de readmissões hospitalares. (Tevis & Kennedy, 2016).

A reabilitação destas pessoas centra-se essencialmente na intervenção em dois momentos-chave do seu percurso: no pré e no pós-operatório.

No pré-operatório, a literatura sugere a implementação de programas de pré-habilitação, que consistem numa intervenção multidisciplinar nas quatro semanas que antecedem a cirurgia. Englobam a otimização nutricional e psicológica, bem como o treino de exercício com o objetivo de melhorar a capacidade funcional da pessoa. (Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019).

No que diz respeito ao período pós-operatório, os autores sugerem um início precoce da reabilitação, com o intuito de minimizar os efeitos colaterais da imobilidade e promover a recuperação mais rápida e a otimização da sua funcionalidade. (Cordeiro & Menoita, 2012; Cerantola et al., 2013; Gustaffson et al, 2013; Scott et al., 2015; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019; Helander et al., 2019; Zhang et al., 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece ao EEER as competências para avaliar, planear e intervir junto da pessoa, em todos os contextos, ao longo do ciclo de vida, com o objetivo de maximizar a sua funcionalidade e capacidade para desempenhar o autocuidado (OE, 2010b). Esta área em particular inclui: a prescrição de treino de exercício com o objetivo de otimizar e/ou melhorar a capacidade funcional para fazer face a uma cirurgia major; a implementação de programas de reabilitação que incidam na mobilização precoce, na reabilitação respiratória, no treino para fortalecimento da musculatura da parede abdominal e no regresso à atividade física após a alta. (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; Cordeiro & Menoita, 2012; Cerantola et al., 2013; Gustaffson et al, 2013; North, 2014; Scott et al., 2015; ASCN, 2016; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019; Helander et al., 2019; Russell, 2019; Anderson et al., 2020; Zhang et al., 2020). Os autores são ainda consistentes no que diz

respeito à duração do programa de reabilitação: este deve ser iniciado no pré-operatório, ou na sua impossibilidade, no pós-operatório imediato, e ser mantido mesmo após a alta para o domicílio.

O desenvolvimento das competências teórico-práticas preconizadas pela OE para o EE e o EEER foi operacionalizado através da integração em contexto de ensino clínico. O percurso de estágio decorreu em dois contextos da prática clínica dos EEER. Em contexto hospitalar o estágio foi realizado em dois locais: numa unidade de cuidados intensivos (UCI) e em ambulatório, nas consultas multidisciplinares de urologia e de digestivo, ambos na mesma Instituição em Lisboa. Em relação ao contexto comunitário integrei uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

No meio hospitalar e no contexto comunitário é notório o foco do EEER na capacitação da pessoa para o desempenho das AVD bem como na maximização das suas potencialidades e minimização da situação de dependência/incapacidade. Desta forma, o projeto de estágio construído (que se encontra na íntegra em apêndice I) preconizou o desenvolvimento das competências comuns e específicas para o EEER através dos seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências para prestar cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação à pessoa em perioperatório de cirurgia com construção de ostomia de eliminação.
2. Desenvolver competências para prestar cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas com alterações sensoriomotoras, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, eliminação e sexualidade.

Todo o trabalho desenvolvido girou em torno da otimização da capacidade funcional e da capacitação da pessoa para desempenhar o autocuidado pelo que optei pela Teoria do Défice de Autocuidado de *Dorothea Orem* como quadro teórico de referência.

Orem identifica na sua teoria seis requisitos universais essenciais de autocuidado (Taylor, 2004). Dada a temática em estudo, todos os requisitos podem estar potencialmente alterados. No entanto, destacam-se dois: o 3º – *cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos* e o 5º – *prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana*.

Quando o desempenho do autocuidado está comprometido gera-se uma situação de défice de autocuidado. Nestas situações, é essencial a intervenção do EEER de forma à recuperação da funcionalidade, dentro das potencialidades da pessoa.

O relatório aqui apresentado pretende espelhar o desenvolvimento teórico-prático das competências mencionadas, relacionando-as com as aprendizagens realizadas ao longo do Curso de Mestrado, em contexto de ensino clínico, bem como o suporte bibliográfico pesquisado ao longo do percurso.

A estrutura do relatório divide-se em duas partes: a componente científica e formativa, e a implementação do projeto de estágio.

Na primeira parte é apresentado sucintamente o enquadramento conceptual da temática em estudo, que inclui: a revisão *scoping* realizada na fase de construção do projeto de estágio (PE), o impacto da cirurgia com construção de ostomia de eliminação na pessoa, na sua família e na sociedade, o papel do EEER e uma breve descrição e análise da teoria de enfermagem selecionada para sustentar todo este percurso.

Na segunda parte é descrita e analisada a implementação do projeto de estágio. Inicia-se com uma breve descrição dos locais de estágio, seguindo-se a descrição e análise de cada um dos objetivos específicos e respetivas atividades planeadas. Inclui-se nesta parte a análise e reflexão das competências desenvolvidas em contexto de estágio, demonstradas através do trabalho desenvolvido ao longo deste percurso, e que se encontra em apêndices.

Este relatório foi produzido de acordo com as normas de elaboração de trabalhos de natureza científica em vigor na Escola no momento da sua construção. Segue ainda as orientações APA 7<sup>th</sup> no que diz respeito às referências bibliográficas.

# 1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

## 1.1. Enquadramento Conceptual do Tema

### 1.1.1. A Pessoa submetida a Cirurgia com construção de Ostomia de Eliminação

O *stress* cirúrgico tem sido amplamente estudado como indutor do aumento de respostas inflamatórias, metabólicas e hormonais, originando disfunções e outras complicações orgânicas multissistémicas (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Scott et al., 2015; Helander et al., 2019). Pode ainda resultar em estados de malnutrição e níveis reduzidos de atividade física (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014). Prevenir o *stress* e minimizar esta resposta é a chave para potenciar a recuperação do doente cirúrgico, e envolve uma intervenção multimodal (Scott et al., 2015).

Os efeitos catabólicos da cirurgia associados à imobilidade imposta no pós-operatório promovem a perda de massa muscular magra (Scott et al., 2015), que pode ser de até 2kg após cirurgia abdominal eletiva (Helander et al., 2019). Esta perda leva ao aumento das complicações musculoesqueléticas (atrofia e perda de força muscular, perda de massa óssea), potencia complicações respiratórias (tosse ineficaz, atelectasias, pneumonia) (Scott et al., 2015; Helander et al., 2019) e pode resultar em úlceras por pressão, tromboembolismo e diminuição da sensibilidade à insulina (Scott et al., 2015).

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos *per se* estão associados a uma franca diminuição da capacidade funcional para desempenhar AVD no pós-operatório (Gillis et al., 2014; Awasthi et al, 2016; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019), conduzindo ao aumento das complicações pós-operatórias bem como ao aumento da estadia no hospital.

Outra complicação associada à cirurgia é a fadiga pós-operatória (FPO), que se caracteriza por sensação de cansaço e falta de concentração. A FPO está diretamente relacionada com a cirurgia, sendo mais prolongada no tempo quanto maior for a intensidade do procedimento cirúrgico (Scott et al., 2015). Traduz-se na diminuição da reserva fisiológica nos dois a três meses após a

cirurgia (Awasthi et al., 2019) e está associada: ao aumento da frequência cardíaca em repouso, à elevação de parâmetros inflamatórios, a um declínio na função cardiorrespiratória, perda de peso, fraqueza muscular e anorexia (Scott et al., 2015). A ansiedade e a depressão pré-operatórias estão associadas à incidência de FPO (Scott et al., 2015).

Os idosos encontram-se em maior risco de desenvolver estas complicações pós-operatórias, uma vez que o processo de envelhecimento *per se* é responsável pela diminuição da reserva funcional e da capacidade funcional, levando a uma menor tolerância para suportar o *stress* cirúrgico (Scott et al., 2015). No entanto, outros fatores de risco foram identificados: comorbilidades – hipertensão arterial, doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral, hipercolesterolemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes; obesidade; estado nutricional; controlo glicémico; doença oncológica; dependência de tabaco e/ou álcool; anemia; ansiedade, depressão e outras alterações emocionais (Scott et al., 2015). Também as pessoas com fraca condição física e com uma capacidade funcional reduzida se encontram mais predispostas a morbidade e mortalidade cirúrgica e aumento do tempo de estadia no hospital (Scott et al., 2015; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Minnella et al., 2019).

As especialidades cirúrgicas abordadas neste trabalho são duas das que envolvem manipulação da cavidade abdominal e podem resultar na construção de ostomia de eliminação: cirurgia colorretal (construção de ileostomia ou colostomia) e a cirurgia urológica – cistectomia (construção de conduto ileal – urostomia). O estado inflamatório causado pela manipulação cirúrgica da cavidade abdominal pode levar a alterações da motilidade gastrointestinal que resulta em ileus paralítico, prolongando o tempo de estadia no hospital (Helander et al., 2019).

As complicações pós-operatórias podem acontecer em até um terço dos doentes submetidos a cirurgia colorretal (Tevis & Kennedy, 2016). As mais frequentes neste tipo de cirurgia relacionam-se com a manipulação da cavidade abdominal e são: infecção da ferida cirúrgica, infecção da cavidade abdominal, deiscência da anastomose e alterações da motilidade gastrointestinal

como ileus parálitico e/ou obstrução (Tevis & Kennedy, 2016). Embora as complicações *major* sejam relativas à abordagem da cavidade abdominal, estes doentes também estão suscetíveis a complicações cardiorrespiratórias, hemorrágicas, urinárias e trombose venosa profunda (TVP) como todas as outras pessoas submetidas a cirurgia (Tevis & Kennedy, 2016).

Tal como identificado para a cirurgia coloretal, os doentes submetidos a cistectomia encontram-se em risco de desenvolvimento de ileus parálitico, infecção da ferida cirúrgica, infeções da cavidade abdominal/pélvica, sepsis, hemorragia, pneumonia, TVP, úlceras por pressão, deiscência da anastomose (Nieuwenhuijzen et al., 2008). Richards & Steinberg (2013) sugerem uma percentagem de complicações pós-operatórias superior a 60% nos doentes submetidos a cistectomia radical (Richards & Steinberg, 2013) podendo ir até aos 64% (Jensen, Petersen, Jensen, Laustsen & Borre, 2014).

As intervenções de reabilitação implementadas apenas no período pós-operatório tornam-se mais difíceis de desenvolver e com menor adesão dado que: os doentes se encontram sobre os efeitos catabólicos da cirurgia, experienciam fadiga, estão mais ansiosos e mais preocupados em interferir com a recuperação (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2019).

O período pré-operatório surge como o momento ideal para otimizar a capacidade funcional e a reserva funcional da pessoa, o que lhe vai permitir gerir de melhor forma e com maior tolerância o *stress* cirúrgico ao qual vai ser submetida (Gillis et al., 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019). A este processo deu-se o nome de pré-habilitação (*prehabilitation*), e requer uma intervenção multimodal (Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019) que inclui a capacidade aeróbica e a força muscular da pessoa, o estado nutricional e a intervenção na ansiedade/estratégias de *coping* (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019). Estas mostraram-se eficazes na otimização da capacidade funcional e, como consequência, numa recuperação pós-operatória

facilitada e mais rápida (Gillis et al, 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minella et al., 2019).

No pós-operatório, o programa de reabilitação inclui as intervenções de treino de exercício já iniciadas no pré-operatório (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019). Importa salientar que nesta fase também se dá especial enfoque: à mobilização precoce, com o objetivo de manter a capacidade funcional e diminuir as complicações mencionadas associadas à imobilidade (Cerantola et al., 2013; Gustaffson et al, 2013; Scott et al., 2015; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Helander et al., 2019; Zhang et al., 2020); à reabilitação respiratória para mitigar os efeitos e complicações pulmonares (Cordeiro & Menoita, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

Embora a pessoa submetida a cirurgia da qual resulta uma ostomia de eliminação esteja em risco de desenvolver todas as complicações acima descritas e beneficie das intervenções mencionadas, a abordagem cirúrgica da qual resulta um estoma contempla riscos próprios.

Os efeitos da cirurgia abdominal e da construção de um estoma na função dos músculos da parede abdominal não está totalmente explorada (Anderson et al., 2020). No entanto, uma das complicações mais frequentes da construção de uma ostomia após cirurgia é o risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; Russel, 2017b; Anderson et al., 2020) por potencial fragilidade/trauma da musculatura da parede abdominal (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; Russell, 2017a; Russell, 2017b).

A hérnia paraestomal consiste numa deformação abdominal causada pela passagem de ansas intestinais através de um defeito iatrogénico na fáscia paraestomal até ao tecido subcutâneo (Thompson & Trainor, 2005; Pérez & Mateos, 2016; Russel, 2017a; Russell, 2017b).

Fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem: idade; tosse crónica e/ou situações que aumentem a pressão intra-abdominal; mau estado nutricional, obesidade, distensão e perímetro abdominal; tabagismo ativo;

infecção; uso de corticosteroides; alterações no metabolismo do colagénio; tipo de estoma e localização no abdómen; tipo de cirurgia (eletiva ou de urgência), técnica cirúrgica e/ou cirurgias abdominais prévias (North, 2014; Pérez & Mateo, 2016; Russell, 2017a).

A prevenção e tratamento da hérnia paraestomal está amplamente estudada na literatura médica através da utilização de redes profiláticas ou terapêuticas, para reforço dos tecidos da parede abdominal. No entanto, existe também disponível evidência relativamente à prevenção da hérnia paraestomal com recurso a intervenções não invasivas. Os autores consultados sugerem a utilização de planos de treino da musculatura abdominal, musculatura do core e musculatura pélvica através de exercícios específicos em momentos específicos (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007, North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019; Anderson et al., 2020).

Iniciar exercícios leves no pós-operatório e ir incrementando a sua intensidade consoante a tolerância da pessoa resulta na redução da incidência da hérnia paraestomal, se houver adesão total ao programa (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; Russel, 2019). Estes exercícios devem ser incluídos nos programas de intervenção perioperatória à pessoa portadora de ostomia de eliminação no sentido de proporcionar os melhores cuidados possíveis.

#### 1.1.2. Impacte na Pessoa, Família e Sociedade

A capacidade funcional pré-operatória tem vindo a ser estudada como um dos fatores preditores de risco de desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Mesmo na ausência de comorbilidades, a cirurgia abdominal é responsável por 20 a 40% de redução da capacidade funcional basal (Gillis et al., 2014; Awashti et al., 2019; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). A sua otimização é um dos objetivos *major* nos cuidados pré-operatórios, quer em cirurgia colorretal quer em cirurgia urológica (Gillis et al., 2014; Jensen et al., 2016; Awashti et al., 2019; Minnella et al., 2019; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

A capacidade funcional pode ser avaliada através da realização do teste de marcha de 6 minutos (6MWT). O desempenho no teste está diretamente relacionado com a capacidade aeróbica, endurance cardiovascular, força muscular e capacidade para a pessoa desempenhar AVD (Awasthi et al., 2019). Um fraco desempenho no teste corresponde à capacidade funcional para andar inferior a 400 metros no decorrer dos 6 minutos da duração da prova (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019).

A ocorrência de fadiga pós-operatória constitui-se como outro fator altamente limitativo e incapacitante para a realização das AVD, dada toda a sintomatologia associada descrita.

Da mesma forma, a mitigação da ansiedade desempenha um papel importante na recuperação após a cirurgia, uma vez que quando instalada constitui um fator aditivo de stress para a pessoa. O estado emocional influencia negativamente a qualidade de vida (QoL), os *outcomes* cirúrgicos e aumenta o tempo de estadia no hospital (Cerantola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Awasthi et al., 2019).

Um dos grandes fatores que contribui para o aumento dos níveis de ansiedade, para além do procedimento cirúrgico, é a possibilidade de viver com uma ostomia. Não só a hérnia paraestomal é uma das complicações mais comuns na pessoa portadora de ostomia, como é também a que mais afeta significativamente a QoL destas pessoas (North, 2014; Russel, 2017b; Anderson, 2020).

North (2014) avaliou a QoL de ostomizados submetidos a intervenção precoce para a prevenção de hérnia paraestomal: a presença da hérnia afeta negativamente a QoL das pessoas (North, 2014). No entanto, a longo prazo, independentemente da presença ou não da hérnia paraestomal, a QoL de todos os participantes aumentou, embora com maiores *scores* no grupo de doentes que não desenvolveu hérnia (North, 2014).

Russell estudou em 2017 a atividade física e ser portador de estoma (Russell, 2017a). Uma das conclusões apresentadas sugere que as pessoas portadoras de ostomia referem sentir medo da prática de exercício e atividade

física pelo risco de desenvolver hérnia paraestomal (Russell, 2017a). A mesma autora sugere ainda que existe uma correlação entre a prática de exercício físico e os sentimentos de bem-estar face ao estoma, aumentando a QoL (Russell, 2017a).

Após o diagnóstico de hérnia paraestomal as pessoas tendem a reduzir ou até mesmo cessar toda a prática de atividade física por receio de piorar a hérnia, por terem sido aconselhadas por um profissional de saúde a ser cautelosas ou por não terem recebido qualquer aconselhamento (Russell, 2017b). A inatividade pode aumentar o risco de incidência de outras comorbilidades (Russell, 2017b).

Todos estes fatores têm como consequência uma potencial incapacidade para desempenhar as AVD e, portanto, dependência de terceiros. Esta dependência pode sobrecarregar a família e/ou os cuidadores e ser ainda mais geradora de stress para todos os intervenientes.

As complicações pós-operatórias são identificadas como um dos fatores que mais contribui para o aumento do tempo de estadia e para a taxa de readmissões hospitalares (Jensen, Petersen, Jensen, Laustsen & Borre, 2014; Tevis & Kennedy, 2016); assim como geram um impacto negativo mais significativo na QoL da pessoa, morbidade e mortalidade, e nos custos associados aos cuidados de saúde (Barberan-Garcia et al., 2019).

Uma das formas de reduzir a incidência das readmissões hospitalares passa por identificar os fatores de risco e implementar programas específicos para a prevenção das complicações pós-operatórias (Tevis & Kennedy, 2016). Caso estas ocorram, a sua identificação precoce e o tratamento em regime de ambulatório são a chave para a prevenção da readmissão (Tevis & Kennedy, 2016).

No caso específico dos programas de pré-habilitação que incluem treino no hospital, Barberan-Garcia et al. (2019) concluíram que estes reduzem as complicações perioperatórias sem aumentar diretamente os custos para o sistema de saúde, podendo ser considerada uma intervenção custo-efetiva (Barberan-Garcia et al., 2019).

O tempo de estadia bem como as readmissões hospitalares que podem ser prevenidas têm vindo a ser estudadas como indicadores da qualidade dos cuidados e da satisfação dos doentes perante os cuidados prestados (Tevis & Kennedy, 2016).

### 1.1.3. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Face ao exposto infere-se que as pessoas submetidas a cirurgia colorretal e/ou urológica estão sujeitas a um risco elevado de desenvolver complicações pós-operatórias relacionadas com a anestesia geral, mas também com a abordagem da cavidade abdominal. Quando da cirurgia deriva a construção de uma ostomia de eliminação, estas pessoas enfrentam uma vulnerabilidade acrescida: não apenas pelo trauma cirúrgico, mas também pela necessidade de aprender a viver com um estoma. Todos estes fatores podem afetar a sua funcionalidade bem como a QoL.

Faz parte das competências dos EEER avaliar as alterações potenciais ou reais apresentadas pelas pessoas de quem cuida, ao longo de todo o ciclo de vida, e a todos os níveis funcionais (OE, 2010b). Nesta população em particular há um elevado potencial de alterações multissistémicas e o EEER deve ser capaz de as reconhecer, avaliar e planear intervenções específicas. Face aos autores consultados, a avaliação da pessoa deve incidir especialmente nos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações; e na capacidade funcional com recurso ao 6MWT.

No âmbito do domínio das intervenções do EEER, torna-se essencial conceber e implementar intervenções para a redução do risco de alterações sensoriomotoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, relacionadas com a alimentação, eliminação e sexualidade; bem como maximizar a funcionalidade da pessoa (OE, 2010b). Assim sendo, com base na bibliografia estudada, sugerem-se de seguida intervenções a implementar num programa de reabilitação específico para as pessoas em perioperatório de cirurgia colorretal e/ou urológica da qual resulta uma ostomia de eliminação.

## Pré-operatório

O período pré-operatório foi identificado como sendo o momento-chave para se iniciar a implementação de intervenções de reabilitação (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo, 2019). A maioria dos autores refere um período ótimo para iniciar o programa até quatro semanas antes da intervenção cirúrgica (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019). No entanto, Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo (2019) sugerem que um programa com um período de intervenção pré-operatória mais curto (cerca de dois a três dias antes da cirurgia) pode ter benefícios: maior adesão por parte dos doentes, diminuição da sobrecarga da equipa de reabilitação e facilitação da implementação dos programas nos hospitais (Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo, 2019).

Nesta fase o EEER deve encontrar-se com a pessoa de forma a transmitir informação, aconselhar e responder às dúvidas dos doentes no que diz respeito:

- Procedimento cirúrgico e utilização de drenagens e cateteres; alimentação precoce; controlo da dor; estomaterapia (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Mobilização precoce e prevenção do tromboembolismo (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Estratégias de prevenção de ileus parálítico (Gustafsson et al., 2013).
- Objetivos a serem alcançados pelo doente em cada momento do pós-operatório (Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).

Todas as informações transmitidas ao doente devem ser fornecidas em suporte escrito como, por exemplo, panfletos ou diários do doente (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).

A otimização pré-operatória e a pré-habilitação consistem num conjunto de intervenções implementadas com o objetivo de melhorar a capacidade funcional da pessoa. Podem sintetizadas em:

- Cessação tabágica e alcoólica, a ocorrer até quatro semanas antes da cirurgia (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Introdução exercícios de reabilitação respiratória (Menoita e Cordeiro, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).
- Encorajamento da prática de atividade física (Cerontola et al., 2013).
- Aconselhamento nutricional, estratégias de redução de ansiedade e implementação de treino de exercício (aeróbico, endurance e de força muscular) (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018).

### **Pós-operatório**

No que diz respeito ao período pós-operatório, o EEER deve implementar intervenções que vão ao encontro da minimização dos efeitos nefastos da imobilidade e promoção da recuperação e da funcionalidade. Estas devem ser iniciadas no pós-operatório imediato, desenvolver-se ao longo de todo o internamento e, posteriormente, mantidas no domicílio. Sintetizam-se em quatro pontos:

- Mobilização precoce (Richards & Steinberg, 2013; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019; Zhang et al., 2020).
- Reabilitação respiratória (Menoita & Cordeiro, 2012; Richards & Steinberg, 2013; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).
- Exercícios específicos para o fortalecimento da musculatura abdominal, core e pélvica (Thompson & Trainor, 2005; Thompson, 2007; North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019; Andersen et al., 2020).
- Promoção da atividade física em segurança após ostomia (Russell, 2017a; Russell, 2017b).

#### 1.1.4. Quadro Teórico de Referência em Enfermagem

O quadro de referência teórico que norteou a construção deste trabalho foi a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de *Dorothea Orem*. (Taylor, 2004).

*Orem* define autocuidado como a capacidade do próprio para executar tarefas em benefício próprio, com o objetivo de preservar a vida, o funcionamento saudável, o desenvolvimento e o bem-estar (Taylor, 2004, p. 213). Para se manter saudável e funcional é necessário que a pessoa tenha capacidade para satisfazer seis requisitos universais.

A existência de complicações pós-operatórias com enfoque particular na diminuição da capacidade funcional e na FPO podem condicionar a capacidade da pessoa para desempenhar as AVD e, desta forma, para o autocuidado.

Caso a pessoa não seja capaz dar resposta às suas necessidades de autocuidado surge o défice de autocuidado (Taylor, 2004). O EEER intervém no sentido de colmatar ou ajudar a colmatar os défices identificados. Pode intervir como um sistema total ou parcialmente compensatório, ou orientar/apoiar a pessoa na satisfação das suas necessidades de autocuidado (Taylor, 2004).

No caso particular da população em estudo, todos os requisitos universais podem estar potencialmente alterados. No entanto, é necessário focar a atenção no requisito *Prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana*, dado que se pretende prevenir a incidência de complicações pós-operatórias, otimizar a capacidade funcional e promover a saúde. É essencial mencionar ainda o requisito *cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos*, dado que a temática em estudo envolve as alterações na eliminação intestinal e/ou vesical derivado da construção de ostomia de eliminação.

Ao longo do percurso perioperatório da pessoa, a necessidade de intervenção do EEER vai alternando entre os três sistemas de enfermagem.

No pré-operatório espera-se que a intervenção seja essencialmente preparatória/educativa, pelo que se destaca o sistema de apoio/orientação. Centra-se na otimização pré-operatória do doente e em fornecer ferramentas para que consiga alcançar a máxima capacidade funcional para o desempenho das AVD.

Já no período pós-operatório imediato, verifica-se uma maior dependência nos cuidados de enfermagem e, regra geral, impera o sistema parcial e totalmente compensatório. Nesta fase o EEER implementa intervenções que visam prevenir as potenciais complicações pós-operatórias e minimizar os efeitos das complicações que efetivamente ocorrem.

À medida que a pessoa vai recuperando autonomia, as intervenções de enfermagem de reabilitação tornam-se cada vez menos compensatórias: o objetivo é que a pessoa recupere a totalidade da capacidade de se autocuidar. Na sua impossibilidade, o EEER introduz ajudas técnicas ou outros dispositivos de compensação que permitam a máxima capacidade funcional para o desempenho das AVD (OE, 2010b).

## **2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

### **2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos**

Para a implementação deste PE foram definidos objetivos gerais e específicos. Os objetivos preveem a aquisição e desenvolvimento das competências definidas nos regulamentos de competências comuns do EE (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b), e foram construídos com base nos referidos documentos.

Os objetivos específicos definidos pretenderam responder aos objetivos gerais já mencionados na introdução deste Relatório, e são:

1. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a intervenção especializada do EEER, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática clínica.
2. Analisar as dinâmicas dos locais de ensino clínico, através da perspetiva do EEER.
3. Analisar a função do EEER na equipa multidisciplinar em todos os contextos de ensino clínico.
4. Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER.
5. Prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriomotoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, da eliminação, da alimentação e da sexualidade em contexto hospitalar e comunitário, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.
6. Prestar cuidados de ER à pessoa em situação de perioperatório com ostomia de eliminação nos contextos de ambulatório, internamento e comunitário, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.
7. Analisar regularmente o processo de aprendizagem de forma a evoluir na aquisição e desenvolvimento de competências.

## **2.2. Locais de estágio**

Os locais de estágio foram selecionados tendo em consideração dois critérios: a especificidade do tema desenvolvido no PE e a aquisição de todas as competências comuns Do enfermeiro EE e as específicas do EEER.

A intervenção do EEER desenvolve-se em todos os contextos da prática clínica, pelo que o estágio foi realizado em contexto hospitalar e em contexto comunitário.

Em contexto hospitalar, o estágio decorreu entre 23 de novembro de 2020 e 4 de dezembro de 2020 na consulta das Unidades Multidisciplinares de Digestivo e Urologia; e entre 7 de dezembro de 2020 e 29 de janeiro de 2021 na Unidade de Cuidados Intensivos da mesma Instituição situada em Lisboa.

Em relação ao contexto comunitário, integrei uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados de um Agrupamento de Centros de Saúde pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no período entre 8 de março de 2021 e 7 de maio de 2021.

### **2.3. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos**

As atividades a ser desenvolvidas em EC foram elaboradas na fase de construção do PE e sujeitas a reavaliação e adaptação ao longo do percurso de estágio. As tabelas referentes aos objetivos e respectivas atividades a desenvolver constam no PE que pode ser consultado em apêndice I.

De seguida, será descrito e analisado cada objetivo e o seu respetivo desenvolvimento na prática.

**Objetivo 1:** *Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a intervenção especializada do EEER, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática clínica.*

As atividades planeadas para este objetivo foram trabalhadas ao longo de todo o EC, dado que este objetivo se relaciona com o desenvolvimento profissional permanente, e são:

- ✓ Realização de revisão bibliográfica de artigos científicos e manuais de referência da área da enfermagem de reabilitação.
- ✓ Mobilização dos conhecimentos já adquiridos em unidades curriculares (UC) bem como na prática clínica enquanto enfermeira.
- ✓ Participação em programas de reabilitação já implementados nos locais de estágio.
- ✓ Participação em eventos específicos do âmbito da reabilitação (congressos, seminários, formações).
- ✓ Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER) baseados na evidência científica, adequando os conhecimentos teóricos à individualidade da pessoa alvo de cuidados.
- ✓ Prestação de cuidados de ER centrados na pessoa, de forma ética, legal e deontológica.

Em retrospectiva, verifico que todas as atividades que propus desenvolver para atingir este objetivo foram realizadas. Ao longo de todos os contextos de estágio foi sempre necessária a realização de pesquisa bibliográfica específica relativa aos cuidados de ER prestados em cada ambiente. Foi possível participar nos programas de reabilitação já implementados em contexto de

ambulatório: em reabilitação respiratória pré-operatória (quer na unidade de urologia quer na unidade de digestivo), assim como em reabilitação na sexualidade (disfunção erétil) e da incontinência urinária no pós-operatório de prostatectomia radical. Importa salientar, no contexto da consulta de urologia, a necessidade de aprofundamento de conhecimentos especificamente relacionados com intervenções e cuidados de ER na sexualidade do doente submetido a este tipo de cirurgia.

Neste contexto de ambulatório desenvolvi uma sessão de formação dirigida à equipa cirúrgica da Unidade de Digestivo e respetivos enfermeiros, bem como à equipa de enfermagem da Unidade de Urologia sobre a prevenção não invasiva da hérnia paraestomal. Em apêndice II encontram-se os documentos relativamente a esta sessão.

Na instituição onde desenvolvi estágio nos contextos mencionados bem como na UCI existe implementado um programa de recuperação avançada que consiste, entre outros aspetos multidisciplinares, na intervenção precoce na mobilidade e na reeducação funcional respiratória (RFR) no pós-operatório. Foi possível, desta forma, participar ativamente na implementação do referido programa, relacionando-o com os resultados obtidos da pesquisa bibliográfica realizada para sustentar o meu PE no que diz respeito à mobilização precoce.

Em relação ao contexto comunitário, existe implementado no local de estágio um programa de reeducação funcional motora (RFM), em que participei ativamente, e que inclui exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de marcha e exercícios aeróbicos. O programa está desenvolvido genericamente para todas as pessoas com perda de mobilidade, sendo posteriormente individualizado consoante a avaliação realizada pelo EEER.

Ainda neste local de estágio, foi necessário a mobilização dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos em contexto de sala de aula, bem como a realização de estudo aprofundado e de revisão bibliográfica para a construção e realização de duas sessões de formação em serviço realizadas na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Em ambas as formações participaram as três enfermeiras da ECCI, uma enfermeira da UCC e estudantes de enfermagem em estágio no local.

A primeira sessão foi relativa à intervenção do EEER em RFR, no contexto domiciliário. Expus as particularidades anatómicas desde a idade pediátrica ao idoso, incluindo também a mulher grávida. Foram ainda abordadas técnicas de RFR em situações de cuidados específicas como na patologia respiratória restritiva e na patologia respiratória obstrutiva.

A segunda sessão foi especificamente planeada para dar a conhecer a todos os elementos da ECCL e da UCC intervenções não invasivas para prevenção da hérnia paraestomal que podem ser desenvolvidas pelo EEER junto da pessoa com ostomia de eliminação. O objetivo foi incluir no programa de RFM um conjunto de intervenções a ser incluídas nos programas individualizados de cada doente portador de ostomia de eliminação definitiva.

O planeamento e suporte visual para apresentação de ambas as sessões, assim como os relatórios de avaliação encontram-se disponíveis para consulta em apêndice III e IV, respetivamente.

Ao longo do período de estágio participei em *webinars* e formações específicas na área da reabilitação ministradas por diversas entidades. Saliento as seguintes:

- ❖ *Webinar Repensar a Hérnia Periestomal e o Exercício*, ministrado por Sarah Russel (Convatec®), decorrido a 25 de novembro de 2020, com a duração de duas horas.
- ❖ *Reabinar Projetos de Reabilitação na Comunidade*, ministrado por elementos da Ordem dos Enfermeiros (secção regional do Norte), decorrido a 20 de abril de 2021, com a duração de uma hora.
- ❖ *Webinar Fisioterapia e prevenção da hérnia paraestomal*, ministrado por Sarah Russel (Convatec®), decorrido a 5 de maio de 2021, com a duração de duas horas.

**Objetivo 2:** *Analisar as dinâmicas e organização dos locais de ensino clínico, através da perspetiva do EEER.*

**Objetivo 3:** *Analisar a função do EEER na equipa multidisciplinar em todos os contextos de ensino clínico.*

Estes objetivos interligam-se na prática clínica e, portanto, serão descritos e analisados neste relatório em simultâneo.

As atividades planeadas para responder a estes objetivos foram:

- ✓ Consulta e análise de protocolos, normais e manuais e visita ao local.
- ✓ Realização de uma entrevista ao enfermeiro responsável de cada local de estágio.
- ✓ Análise da estrutura física e especificidades do serviço na perspetiva do EEER.
- ✓ Identificação e conhecimento das dinâmicas da prestação de cuidados especializados do EEER.
- ✓ Identificação dos materiais disponíveis e produtos de apoio existentes no serviço/unidade.
- ✓ Observação e participação em programas de reabilitação já implementados.
- ✓ Observação da participação do EEER na equipa multidisciplinar.
- ✓ Observação e análise da articulação dos cuidados de reabilitação entre o EEER e os outros profissionais.
- ✓ Observação e análise da articulação entre os EEER do hospital e da comunidade/ambulatório.
- ✓ Identificação e observação das atividades de ER desenvolvidas pelo EEER.
- ✓ Colaboração com todos os membros da equipa de enfermagem.
- ✓ Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER.

Todas as atividades planeadas foram implementadas nos vários locais de ensino clínico. Em todos os contextos realizei uma entrevista informal aos enfermeiros orientadores no sentido de compreender as dinâmicas e o funcionamento do próprio serviço, quer na perspetiva do enfermeiro quer na do EEER.

No contexto de ambulatório foi possível compreender o papel fundamental que o EEER desempenha na preparação pré-operatória das pessoas submetidas a cirurgia abdominal digestiva e/ou urológica. A reabilitação pré-operatória, ou a pré-habilitação, são essenciais para a promoção da recuperação da funcionalidade da pessoa no pós-operatório. Na consulta de urologia o programa de reabilitação passa essencialmente pelo

acompanhamento pós-operatório na recuperação da continência urinária e da sexualidade após prostatectomia radical. Na consulta da unidade de digestivo, encontra-se implementado um programa de recuperação avançada, focado na reabilitação respiratória pré-operatória, apesar de se traduzir em apenas uma sessão. Foi possível iniciar o planeamento do programa de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal no decorrer do estágio na unidade de digestivo, que no momento da redação deste relatório se encontra em fase de implementação.

Na UCI verifiquei que apesar de na equipa existirem cinco EEER não há uma distribuição desses enfermeiros para prestação de cuidados de ER. Assim, os EEER assumem todos os cuidados necessários aos doentes que lhes são distribuídos, nos três turnos. Durante a minha passagem pela UCI foi possível dar visibilidade aos cuidados de ER e ao papel dos EEER, permitindo que, muitas vezes, a equipa médica e os colegas recorressem à opinião profissional e aos cuidados específicos de ER.

No contexto comunitário, o EEER assume-se como o gestor de caso da pessoa alvo de cuidados, sendo, portanto, o responsável por toda a articulação das necessidades individuais com os restantes membros da equipa multidisciplinar. Em todos os contextos de ensino clínico observei que os EEER se articulam com todos os restantes membros da equipa multidisciplinar (comunidade-ambatório-internamento/UCI) recorrendo essencialmente às tecnologias como o email/carta escrita e o contacto por via telefónica. Em caso de necessidade, não se descora a transmissão presencial da informação necessária à continuidade de cuidados em momentos informais presenciais.

***Objetivo 4: Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER.***

Para antigir este objetivo as atividades planeadas foram cruciais no processo de aprendizagem e desenvolvimento das competências do EEER, e são:

- ✓ Integrar a equipa de enfermagem em todos os contextos de estágio.
- ✓ Acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER.
- ✓ Colaboração na prestação de cuidados especializados de ER.
- ✓ Garantir que os cuidados de ER são holísticos e centrados na pessoa.

- ✓ Análise da articulação para aquisição/aluguer dos materiais de apoio necessários.
- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança com os familiares/cuidadores de modo a envolvê-los na prestação de cuidados de ER à pessoa.
- ✓ Instruir os familiares/cuidadores e supervisionar os cuidados delegados garantindo a segurança e a qualidade.

Em todos os contextos de estágio desenvolvi as atividades mencionadas acima para atingir este objetivo, nomeadamente: a integração fácil na equipa de enfermagem e o acompanhamento do enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER, sob a sua supervisão. Na instituição onde realizei os EC em contextos hospitalares a filosofia de cuidados adotada é a prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa. Na ECCI não está formalmente definida uma filosofia de cuidados de ER. No entanto, sendo o EEER o gestor de caso e a prestação de cuidados na esfera íntima da pessoa e da sua família, é adotada uma abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades e objetivos específicos de cuidados.

Desta forma, em todos os momentos de prestação de cuidados de ER procurei garantir uma perspetiva de avaliação e intervenção holística e centrada na pessoa, nos seus objetivos e nas suas necessidades, como pode ser evidenciado nos estudos de caso, em apêndice V e VI.

Dado o contexto pandémico que vivemos na altura da realização dos EC, as visitas e acompanhantes estavam restritas no ambiente hospitalar. Desta forma, o estabelecimento da relação de confiança e o respetivo envolvimento dos familiares/cuidadores na prestação de cuidados de ER foram atividades desenvolvidas apenas em ECCI. Estas atividades verificam-se como essenciais na continuidade de cuidados dado que durante o estado de emergência o EEER apenas realizava duas a três visitas para prestação de cuidados de ER ao domicílio. Um dos critérios de integração de utentes em ECCI é a necessidade de educação dos cuidadores relativamente aos posicionamentos, mobilidade e transferências.

Da mesma forma, a articulação para aquisição de dispositivos e materiais de apoio foi uma atividade desenvolvida essencialmente em ECCI.

Tive oportunidade de prescrever dispositivos de apoio e auxiliares de marcha, bem como de avaliar as condições habitacionais dos utentes e introduzir alterações necessárias para adaptação à nova condição de saúde. Destaco: a identificação de obstáculos como a necessidade de reajustar móveis e remover tapetes e a adaptação da casa de banho com alteadores de sanita, barras de apoio e cadeira/banco de duche/banheira.

**Objetivo 5:** *Prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriais, motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, da eliminação, da alimentação e da sexualidade em contexto hospitalar e comunitário, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.*

**Objetivo 6:** *Prestar cuidados de ER à pessoa em situação de perioperatório com ostomia de eliminação nos contextos de ambulatório, internamento e comunitário, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.*

Uma vez que pretendi uma prestação de cuidados de ER holística e centrada na pessoa os dois objetivos acima mencionados serão analisados em simultâneo.

Para responder a estes objetivos, defini como atividades principais a desenvolver em contexto de estágio as seguintes:

- ✓ Consulta de bibliografia específica da ER.
- ✓ Consulta do processo clínico da pessoa alvo de cuidados.
- ✓ Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER.
- ✓ Planeamento de programas de reabilitação centrados na pessoa e tendo por base o processo de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro orientador.
- ✓ Mobilização de instrumentos e escalas para avaliar a funcionalidade e a capacidade para o autocuidado.
- ✓ Realização de técnicas de ER:
  - ✓ RFR a pelo menos 2-3 doentes.
  - ✓ Relativas à área motora: posicionamentos, levante, transferências, mobilizações.
- ✓ Realização do exame neurológico a pelo menos 2-3 doentes.

- ✓ Realização de consulta de ER pré-operatória:
  - ✓ Realização de colheita de dados e avaliação da pessoa através de escalas da funcionalidade, força muscular e capacidade aeróbia.
  - ✓ Prescrição de programa de treino de exercícios aeróbicos, de força muscular e de *endurance* a realizar no domicílio.
  - ✓ Educação para a saúde (cessação tabágica e alcoólica).
  - ✓ Introdução de técnicas de RFR, de relaxamento e de levante precoce, transferências e mobilizações.
  - ✓ Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de materiais escritos com os objetivos a ser atingidos no pós-operatório.
  - ✓ Referenciação para apoio nutricional.
  - ✓ Referenciação para apoio psicológico.
- ✓ Implementação do programa de ER no pós-operatório em contexto hospitalar:
  - ✓ Realização de levante precoce.
  - ✓ Realização de mobilizações passivas e ativas dos segmentos corporais.
  - ✓ Realização de exercícios específicos para prevenção da hérnia paraestomal após 3-4 dias de pós-operatório.
  - ✓ Realização de técnicas de RFR.
- ✓ Supervisionar a pessoa no pós-operatório em contexto ambulatório ou cuidados de saúde primários.
- ✓ Realização de registos de ER.
- ✓ Identificação dos materiais/produtos de apoio necessários à situação de cuidados da pessoa e efetuar os respetivos ensinamentos com vista à maximização da funcionalidade e independência para o desempenho das AVD.
- ✓ Envolvimento do familiar/cuidador na prestação de cuidados.
- ✓ Avaliação da prática com o enfermeiro orientador e o professor orientador uma vez por semana.

O processo dos doentes foi sempre consultado de forma sistemática para melhor planear as intervenções a implementar, em todos os contextos de estágio.

A revisão *scoping* que sustentou a construção do PE foi essencial para desenvolver conhecimentos aprofundados sobre os cuidados de ER à pessoa submetida a cirurgia com construção de ostomia de eliminação. Permitiu o desenvolvimento de intervenções baseadas na evidência científica para o cuidado a estas pessoas, em contexto de EC e posteriormente como futura EEER.

Nas unidades multidisciplinares pude participar nas consultas de enfermagem de reabilitação e respetivos programas de intervenção já implementados. São exemplos a consulta pós-operatória após prostatectomia radical, onde se inicia o programa de treino da musculatura do pavimento pélvico (prevenção da incontinência urinária) e a abordagem inicial ao retorno à vida sexual ativa.

No caso da unidade de digestivo, a consulta é pré-operatória e inclui um momento de treino de técnicas de RFR como, por exemplo, o controlo e dissociação dos temas respiratórios, a utilização do inspirómetro de incentivo e técnicas de reeducação diafragmática. Nesta consulta é também abordada a importância do exercício físico e da capacidade aeróbia na minimização das complicações pós-operatórias e na maximização da recuperação funcional. No entanto, a prescrição de exercício físico é protocolada e corresponde à caminhada com duração de 30 minutos para doentes sem história de atividade física. Caso o doente já mantenha uma atividade física regular, é instruído a mantê-la durante o tempo que medeia a consulta e a data da cirurgia.

Em nenhuma das unidades se realiza a pré-habilitação dos doentes, essencialmente porque as consultas decorrem no máximo uma semana antes da cirurgia (e não as quatro semanas recomendadas para a melhoria da capacidade funcional através de programas de pré-habilitação). Da mesma forma, em nenhuma das duas unidades existem implementado um programa de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal após cirurgia abdominal com construção de ostomia de eliminação.

No entanto, dada a casuística elevada de pessoas submetidas a cirurgia com construção de ostomia de eliminação, propus a implementação de um programa de reabilitação específico para estes doentes, no pós-operatório. O objetivo foi a implementação de um acompanhamento estruturado aos doentes

com ostomia de eliminação definitiva, sendo inicialmente incluídos os portadores de colostomia ou ileostomia definitiva, ou temporária com permanência expectável de cerca de um ano. O programa encontra-se atualmente em fase de implementação, tendo já incluídos em acompanhamento dois doentes portadores de colostomias definitivas.

Na UCI tive a oportunidade de participar na implementação do programa de reabilitação já em prática na Instituição, e que contempla: exercícios de RFR, levante precoce, treino de mobilizações passivas e ativas dos segmentos corporais e treino de marcha. Para além do protocolo já instituído, pude participar ainda na prestação de cuidados de ER específicos a doentes ventilados, com drenagens torácicas (DT) e abdominais, atelectasias e submetidos a cirurgia *major*.

Dado o contexto pandémico, na Instituição onde foram realizados os estágios na unidade de urologia, unidade de digestivo e UCI as visitas estavam, no momento, restritas. Desta forma, não houve a possibilidade de trabalhar com os cuidadores/pessoas significativas. No entanto, no decorrer do estágio na ECCI, o envolvimento dos familiares/cuidadores nos cuidados de reabilitação prestados foram cruciais para a manutenção do programa.

Durante o estágio em ECCI os cuidados de ER foram mais focados em utentes com alterações na mobilidade, maioritariamente por se encontrarem em situação de pós-operatório de cirurgia ortopédica. Grande parte dos utentes integrados na equipa, durante o período em que realizei o estágio, tinha o diagnóstico de demência e encontravam-se em estado já avançado, o que dificultou/inviabilizou a realização de exame neurológico. No entanto, foi realizado um exame neurológico completo ao utente alvo de estudo de caso, que pode ser consultado em apêndice, como já referido.

Em ECCI foi ainda possível acompanhar dois utentes com ostomia de eliminação intestinal. Foram incluídas intervenções e exercícios específicos para a prevenção da hérnia paraestomal no programa de reabilitação individual destes utentes, sendo uma mais-valia o meu contributo nesta área.

Nos contextos de ensino clínico foram mobilizados instrumentos de avaliação da pessoa e da sua funcionalidade como, por exemplo: teste *volume-viscosity swallow test* (VVST) para despiste da disfagia, a escala *medida da independência funcional* (MIF), *escala de Barthel*, *escala de Braden*, *escala de*

Morse, escala de Lower, escala de força modificada do *Medical Research Council* (MRC), escala de tónus muscular de Ashworth, escala de Borg modificada.

**Objetivo 7:** *Analisar regularmente o processo de aprendizagem de forma a evoluir na aquisição e desenvolvimento de competências.*

Este objetivo pretendeu o *feedback* constante dos orientadores e a autorreflexão sobre o percurso realizado em ensino clínico. Desta forma, as atividades que propus foram:

- ✓ Validação do desenvolvimento de conhecimentos e competências junto do enfermeiro orientador de estágio.
- ✓ Realização de sessões de orientação tutorial com o professor orientador.
- ✓ Análise de situações de cuidados através da construção de pelo menos um plano de cuidados por local de estágio.
- ✓ Utilização do método reflexivo de *Gibbs* através da construção de pelo menos três jornais de aprendizagem sobre as situações de cuidados/aprendizagens experienciadas.
- ✓ Construção do relatório final de estágio.

As atividades propostas foram realizadas ao longo de todo o percurso do estágio. Validei constantemente as intervenções que planeei juntos dos enfermeiros orientadores como forma de garantir a segurança do doente bem como a qualidade dos cuidados de ER prestados. Dado o contexto pandémico as sessões de orientação tutorial com o professor orientador ocorreram essencialmente por via digital (email e plataformas de videoconferência). Realizei jornais de aprendizagem ao longo do percurso, onde refleti sobre os momentos de aprendizagem experienciados. Os jornais podem ser consultados em apêndice VII e VIII. A elaboração deste relatório de estágio teve por base todo o trabalho efetuado ao longo do percurso de aprendizagem.

## **2.4. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio**

O percurso formativo teórico-prático e em contexto de EC foi planeado e realizado no sentido do desenvolvimento das competências comuns do EE (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b).

No que diz respeito às competências comuns do EE, são definidos os seguintes domínios:

### **A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

- ✓ A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
- ✓ A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante a realização dos EC, todos os cuidados de enfermagem e especializados de ER que prestei foram baseados nos princípios éticos e deontológicos que regem a prática dos enfermeiros (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). A prática de cuidados centrada na pessoa pressupõe o respeito pela individualidade, crenças e valores da pessoa, colocando-a no centro do processo de cuidados. Em todos os momentos foram respeitados: o direito ao consentimento informado, na medida em que explicava sempre à pessoa todas as intervenções a ser implementadas e os respetivos objetivos pretendidos, obtendo sempre o seu consentimento previamente à realização das sessões de ER; o direito à privacidade e ao sigilo, questionando sempre a pessoa se pretendia acompanhantes na consulta (em contexto de ambulatório) ou no quarto (no contexto domiciliário) no momento da prestação de cuidados, assim como mantendo apenas a exposição corporal necessária para a realização da sessão de ER em contexto de UCI; os valores, crenças e costumes da pessoa foram sempre incluídos em todos os planos de cuidados elaborados.

Destaco a intervenção realizada em contexto de UCI aos doentes internados. Na UCI onde realizei o EC, o EEER é reconhecido como perito na

área de reabilitação pela equipa multidisciplinar e intervém como consultor na elaboração dos planos de cuidados de ER dos doentes internados, inclusivamente dos que não estão diretamente sob o seu cuidado no respetivo turno. A participação nestes momentos foi ao encontro do previsto para a aquisição das competências deste domínio dado que: promoveu a partilha de experiências e conhecimentos sustentando o processo de tomada de decisão, permitiu agir como consultora na área de cuidados de reabilitação, promoveu a reflexão sobre a ação e a adoção de uma prática que respeita os princípios éticos e deontológicos, é centrada na pessoa e no seu direito à privacidade, confidencialidade e segurança.

#### B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

Para atingir as competências descritas neste domínio demonstrei em todos os momentos de EC a necessidade de basear a prática especializada em evidência científica recente, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Destaco a importância da formação contínua e do desenvolvimento profissional para atingir este domínio de competências. Foi demonstrado pela identificação das necessidades de melhoria nos contextos de EC (o cuidado aos doentes em risco de desenvolver hérnia paraestomal) e pela iniciativa para responder a essa necessidade, implementado um programa específico de melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes, baseado na melhor evidência científica disponível (através da revisão *scoping* que realizei previamente).

Para tal, planeei e realizei duas sessões de formação relativamente a esta temática: uma no contexto de ambulatório, a outra na ECCI. Os documentos relativamente ao planeamento das sessões, o suporte visual e a avaliação das sessões encontram-se em apêndice II e IV, respetivamente. O programa encontra-se em fase de implementação na consulta da unidade de

digestivo e já está implementado nos cuidados prestados pela ECCI na comunidade. Em apêndice II pode ser consultado um resumo do programa de prevenção da hérnia paraestomal.

Realizei ainda uma formação em serviço sobre a intervenção do ER em reeducação funcional respiratória de forma a relembrar os princípios de atuação em contexto domiciliário, promovendo sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O documento referente a esta sessão encontra-se em apêndice III.

Em todos os contextos de EC demonstrei a preocupação em gerar um ambiente terapêutico e seguro para as pessoas de quem cuidava, validando constantemente o plano de intervenção e a realização das técnicas de ER junto dos enfermeiros orientadores.

### C. Domínio da Gestão dos Cuidados

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

Em todos os EC integrei-me facilmente na equipa de enfermagem assumindo perante os colegas o papel de futura EEER. Observei claramente a importância do EEER enquanto gestor da equipa de cuidados, na medida em que este orienta a sua equipa na tomada de decisão em relação ao processo de cuidados e nas necessidades de referenciação dos doentes para outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Em todos os contextos da prática clínica é esperado que os enfermeiros deleguem e supervisionem tarefas. Isto assume maior relevância quando se trata de uma prática especializada como é o caso da intervenção do EEER.

Na UCI onde realizei o estágio não existe uma distribuição dos EEER pelos três turnos pelo que foi necessário delegar intervenções aos elementos da equipa multidisciplinar. O levantamento das necessidades de cuidados de ER dos doentes foi sempre realizado por mim, sob supervisão do enfermeiro

orientador, ou pelos outros EEER. Em conjunto com os enfermeiros orientadores participei na avaliação inicial dos doentes utilizando as escalas já mencionadas, resultando na construção de planos de cuidados. A maior parte dos doentes requeriam cuidados relacionados com a imobilidade associada à permanência nos cuidados intensivos/intermédios assim como cuidados específicos de RFR por cirurgia torácica/abdominal alta. As intervenções relacionadas com o levante precoce e com a promoção da mobilidade foram delegadas nos enfermeiros da equipa, como são exemplos: o treino de levante, o treino de marcha e a utilização da pedaleira. Já no que diz respeito aos cuidados de RFR, quando não foi possível a intervenção de um EEER ou minha, enquanto futura EEER, estas foram delegadas na equipa de fisioterapeutas que participaram: na implementação das técnicas de mobilidade torácica, expansão pulmonar (abertura costal global e seletiva e utilização do inspirómetro de incentivo) e treino de tolerância à atividade (treino de marcha e/ou pedaleira).

No decorrer do EC em ECCL, os cuidadores assumem um papel chave na continuidade dos cuidados de ER prestados. Assim, enquanto futura EEER, muito do trabalho desenvolvido junto destas pessoas passou por instruir os cuidadores sobre mobilizações, posicionamentos e transferências. Inicialmente executei demonstração das técnicas, sendo progressivamente exigida maior autonomia ao cuidador. Em simultâneo, foi entregue documentação escrita onde constavam todas as técnicas a ser realizadas, assim como a prescrição do treino de exercício. No decorrer do acompanhamento, os cuidadores foram sempre supervisionados na prestação dos cuidados, de forma a garantir a qualidade dos mesmos e a segurança da pessoa.

Apesar de nos restantes contextos de EC não ser possível trabalhar com os familiares/cuidadores dado as restrições pela situação pandémica, o doente foi sempre colocado no centro dos cuidados, sendo ele próprio o responsável pela sua saúde. Quer isto dizer que, por exemplo, no decorrer das consultas pré-operatórias foi sempre realizada uma breve sessão de RFR, demonstrativa, que o doente tinha de dar continuidade nos dias que antecederiam a cirurgia. Foi realizado acompanhamento do doente por via telefónica para garantir a correta execução dos exercícios e esclarecimento de dúvidas. Da mesma forma, os

treinos prescritos relativamente à gestão da incontinência urinária eram inicialmente realizados sob supervisão direta da minha parte e do enfermeiro orientador, sendo o doente responsável pela sua manutenção no domicílio.

#### D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

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

Este domínio de competências foi trabalhado ao longo de todo o percurso do curso de mestrado e não apenas durante a fase dos EC. Iniciou-se com o desenvolvimento das competências teóricas e com a realização da revisão *scoping* e do projeto de estágio, como forma de sustentar todo o percurso em EC. Esta fase revelou-se essencial para que a prática clínica em contexto de estágio fosse baseada na evidência científica mais recente.

Desde o início do percurso existiu o confronto entre as competências e os conhecimentos prévios e aqueles que era necessário adquirir ou desenvolver/aprofundar, o que revela um trabalho de autorreflexão e autoconhecimento. Este trabalho de análise constante foi continuado durante a realização dos EC, através da realização dos jornais de aprendizagem, da discussão com os enfermeiros orientadores e das sessões de orientação com o professor orientador.

Saliento ainda a relevância das formações realizadas nos contextos de EC. Todas surgiram do levantamento de necessidades das equipas de enfermagem, mas também da importância da partilha do trabalho de investigação e da formação de pares. O planeamento das sessões em conjunto com os enfermeiros e professor orientadores e a avaliação das sessões por parte dos formandos foi essencial para o meu autoconhecimento e melhoria de desempenho.

Este domínio de competências engloba ainda a realização do presente relatório de estágio, que é assente em todo o trabalho realizado desde o início do curso de mestrado, na área de especialização em enfermagem de reabilitação.

No entanto, a aquisição de competências não se esgota nas competências comuns do EE. Para além das acima mencionadas, o EEER tem definidas pela OE as competências específicas no âmbito da sua área de especialidade (OE, 2010b). Dado que pretendi prestar cuidados de ER holísticos e centrados na pessoa ao longo de todos os contextos de EC, opto por descrever, em primeiro lugar, todas as competências específicas. De seguida realizo a análise e a reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento das referidas competências, estabelecendo uma ponte com as experiências vividas em contexto de estágio.

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

- ✓ J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.
- ✓ J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.
- ✓ J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.
- ✓ J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

- ✓ J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.
- ✓ J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J3. Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa

- ✓ J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.
- ✓ J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

A avaliação integral e aprofundada da funcionalidade, desempenho do autocuidado, função cardiorrespiratória, sensoriomotora, da alimentação, eliminação e sexualidade é essencial para o levantamento das necessidades dos doentes e planeamento dos cuidados de ER. Para tal, ao longo dos EC recorri sistematicamente à utilização de escalas e instrumentos para avaliação da pessoa como, por exemplo: escala de coma de *Glasgow* (GCS), escala MIF, escala de *Barthel*, escala de *Braden*, escala de *Morse*, escala de *Lower*, escala de força MRC, escala de tónus muscular de *Ashworth*, escala de *Borg* modificada. Estas permitiram avaliar inicialmente o doente e estabelecer o ponto de partida, assim como avaliar sistematicamente a resposta (positiva ou negativa) dos doentes às intervenções de ER que implementei.

Após a avaliação inicial do doente, estruturei planos de cuidados individualizados e centrados na pessoa, mediante os problemas, necessidades e diagnósticos identificados. Estes planos de cuidados foram, sempre que possível, construídos para ir ao encontro das expectativas, objetivos, crenças e valores da pessoa.

No contexto da consulta de urologia tive contacto com os questionários aplicados aos doentes durante o acompanhamento no perioperatório de prostatectomia radical, e que são: o Índice Internacional da Função Eréctil (IIEF-5), o *Expanded Prostate Cancer Index Composite – Short Form* (EPIC-26), o Índice Internacional dos Sintomas Prostáticos (IPSS) e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF).

Estes questionários são aplicados em vários pontos do percurso do doente, sendo a consulta pré-operatória o primeiro momento.

Nesta unidade participei numa primeira consulta pós-operatória realizada uma semana após prostatectomia radical. Nesta fase a algália foi removida e o doente foi instruído sobre a possibilidade de experienciar perdas de urina. Para reduzir a incidência de episódios de incontinência, instituí um plano de treino para fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico após remoção da algália – exercícios de Kegel. O plano foi adaptado às capacidades e preferências do doente: inicialmente apresentou dificuldade na identificação dos músculos a contrair, pelo que introduzi estratégias como a contração dos músculos perineais, a tentativa de suspensão do jato urinário e a observação

da retração da base do pênis no momento das contrações. Foram necessárias várias tentativas até o doente conseguir executar o exercício corretamente. Prescrevi um plano de treino inicial de dez contrações rápidas e sequenciais, progredindo para cinco contrações de três segundos de duração e aumentando o tempo e a frequência das contrações consoante a tolerância. Foram também fornecidos produtos de apoio para incontinência (pensos absorventes masculinos) e explicada a necessidade de aquisição dos mesmos.

Esta consulta pressupõe também um momento para abordagem da sexualidade do doente. Caso o doente o consinta, esta decorre com a/o companheira/o presente. Dado o contexto pandémico, o doente veio à consulta sozinho. Inicialmente senti alguma relutância em participar neste momento da consulta dado que a temática é sensível e entra na esfera íntima do doente. No entanto, o enfermeiro orientador construiu um ambiente tranquilo e seguro, o que me gerou a confiança necessária para ultrapassar os meus próprios constrangimentos. Abordei estratégias de retoma da vida sexual como, por exemplo, a estimulação manual recorrendo à masturbação e a exploração livre do ato sexual sozinho e/ou com a companheira. O acompanhamento deste doente foi realizado pela equipa de enfermagem da unidade já após o término do meu EC.

Em todas estas consultas que participei abordei a necessidade de adequação do domicílio e eventual remoção de barreiras arquitetónicas (mobiliário, tapetes, iluminação adequada) que dificultem o acesso à casa de banho, em particular nos doentes que apresentavam sintomas sugestivos de incontinência de urgência após remoção da algália. O jornal de aprendizagem em apêndice VI demonstra o trabalho realizado e a aquisição das competências mencionadas.

Na consulta da unidade de digestivo pude especificamente trabalhar com um instrumento que avalia a qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomia de eliminação (*stoma-QoL*). Este questionário é aplicado após a cirurgia com construção de ostomia de eliminação, em vários momentos do acompanhamento pós-operatório. Idealmente, o primeiro momento acontece durante a primeira semana de pós-operatório.

Na consulta pré-operatória é incluída uma sessão de treino de RFR e de RFM, bem como são entregues planos de cuidados escritos com exercícios que o doente deve realizar na semana que antecede a cirurgia. Pude implementar técnicas de expansão pulmonar (utilização do inspirómetro de incentivo, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática), tosse com contenção da ferida cirúrgica e de mobilizações/posicionamentos (levantar e mobilizações precoces e posicionamentos antiálgicos), instruindo o doente para a sua realização. Previamente ao treino foi realizada uma avaliação breve da função cardiorrespiratória através da avaliação dos sinais vitais (nomeadamente a respiração e suas características) e da aplicação da escala de *Borg* modificada. Foi também avaliada a independência através da escala de *Barthel*, assim como a motricidade fina para a realização dos cuidados à ostomia de eliminação.

É recomendado na literatura o início do treino aeróbico, RFR e RFM nas quatro semanas que antecedem a cirurgia como forma de maximizar a capacidade funcional do doente (Gillis et al, 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minella et al., 2019). No entanto, dado que as consultas decorrem com uma semana de antecedência da cirurgia, foi instituído neste momento o treino aeróbico (iniciar ou manter, conforme a atividade física da pessoa), assim como as técnicas de RFR e RFM já mencionadas.

É ainda nesta primeira consulta que se avalia a resposta psicossocial do doente relativamente à necessidade da construção de uma ostomia de eliminação. Foram discutidos, em todas as consultas, aspetos relacionados com a alteração do autocuidado eliminar e com as questões relativas à alteração da autoimagem. Todos os doentes foram instruídos relativamente aos produtos de apoio existentes no mercado (dispositivos de ostomia) bem como sobre a legislação que comparticipa a 100% a sua aquisição.

Dada a casuística elevada de doentes com ostomia de eliminação, durante o EC neste contexto foi possível sugerir a implementação do meu projeto de estágio, no que diz respeito à prevenção não invasiva da hérnia paraestomal. Realizei uma breve sessão informal de apresentação do programa ao cirurgião da Unidade bem como aos enfermeiros da Unidade de Digestivo e da Unidade de Urologia. O *feedback* que obtive foi bastante

positivo, sendo possível iniciar a implementação dos exercícios aos doentes com ostomia de eliminação. Ficou definido pela equipa que seriam incluídos neste programa todos os doentes que fossem portadores de ostomia de eliminação intestinal definitiva, dando maior enfoque aos colostomizados por se encontrarem em maior risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal. Nenhum doente poderia apresentar feridas abertas na região perineal (em caso de cirurgia de amputação abdominoperineal) nem outra contraindicação clínica para a realização de exercício físico.

Durante a semana em que realizei EC neste contexto planeei e construí um *booklet* para entregar aos doentes elegíveis para iniciar o programa. Apenas foi possível realizar uma sessão com um doente. Foi explicado ao doente os benefícios da realização dos exercícios bem como a necessidade de adesão total para a diminuição do risco de incidência de hérnia. Após obtenção do consentimento do doente, foi realizada uma sessão de treino, em sala de consulta, onde foram explicados e treinados todos os exercícios constantes no plano para a fase inicial. Foi entregue ao doente o *booklet*, que pode ser consultado em apêndice II. Dado o término do EC na unidade, a monitorização do progresso do treino foi realizada pela EEER da unidade por via telefónica. Antes da transição para a fase seguinte do treino, o doente veio à unidade e junto da EEER treinou a execução dos exercícios da fase seguinte do plano.

Em apêndice VII pode encontrar-se detalhadamente o trabalho realizado na unidade e a aquisição e desenvolvimento das competências mencionadas.

Na UCI, para além dos instrumentos acima mencionados utilizei ainda o VVST para avaliar o grau de disfagia em doentes em risco após extubação, por exemplo. Este teste avalia o risco de disfagia e a tolerância às diferentes consistências e volumes. Permite ao EEER alimentar o doente com segurança e prescrever um programa de treino da deglutição, diminuindo o risco de aspiração de conteúdo alimentar.

O teste foi aplicado a uma doente após extubação orotraqueal e antes do início da alimentação por via oral. Foram introduzidas as consistências: líquido (água), néctar, mel e pudim, nas quantidades de cinco, dez e vinte mililitros. A doente referida apresentava dificuldade na deglutição da consistência líquida e pudim por odinofagia resultante da entubação

oro-traqueal (EOT) prolongada. Ao longo do teste não se verificaram sinais de aspiração de conteúdo alimentar.

Neste contexto trabalhei as competências de RFR em múltiplas situações de cuidados, destacando: a participação no processo de desmame ventilatório de uma doente na transição da ventilação mecânica invasiva para a extubação, a intervenção junto de um doente com DT por derrame pleural e junto de um doente com atelectasias. Nas situações acima descritas os padrões respiratórios dos doentes são restritivos.

Descrevo uma situação de cuidados em que participei no processo de desmame ventilatório de uma doente com necessidade de ventilação mecânica invasiva após cirurgia abdominal prolongada. A doente foi transferida para a UCI entubada e hemodinamicamente estável. Às 48h após EOT iniciou-se o processo de desmame ventilatório. Trabalhei com a doente a perceção dos tempos respiratórios, o controlo da respiração (quando iniciou treino de peça em T) e técnicas de reeducação diafragmática recorrendo a resistência manual. Verifiquei que este treino permitiu que a doente se consciencializasse novamente dos tempos respiratórios e aumentasse a eficácia da respiração espontânea quando se encontrava em modo ventilatório assistido. Após a extubação, o foco foi essencialmente no controlo da respiração e nas posições de descanso e relaxamento para controlo da dispneia. O objetivo foi reduzir o esforço respiratório, proporcionar conforto à doente e evitar a necessidade de nova EOT. Verifiquei que o controlo da respiração e a utilização das posições de alívio da dispneia permitiram a diminuição da frequência respiratória, traduzindo-se na redução da hiperventilação e, conseqüentemente, na diminuição do trabalho respiratório. Progressivamente foi possível trabalhar técnicas de expansão pulmonar, de reeducação diafragmática e de inspirometria de incentivo. Mais tarde, iniciou-se o treino de mobilização precoce e de equilíbrio para o levante. À data da transferência da UCI para o internamento a doente apresentava um volume inspiratório de cerca de 1000 mL, realizava levante com apoio unilateral e realizava marcha apoiada na cadeira de rodas.

Ainda durante o estágio na UCI/intermédios foi admitido, para vigilância, um doente com um dreno torácico por derrame pleural extenso à direita. À avaliação o doente apresentava diminuição da expansão do hemitórax à direita

e ausência de murmúrio vesicular na base à direita. Apresentava saturações periféricas de oxigénio entre os 90-95% em decúbito *semi-fowler*. Sem aporte de oxigénio suplementar. Na radiografia de tórax observava-se apagamento do seio costofrénico e cardiofrénico à direita. A DT apresentava saída de conteúdo amarelo cítrico límpido, em pequena quantidade. Não borbulhava. No local de inserção da DT não se palpava enfisema subcutâneo. Dado tratar-se de uma patologia restritiva o foco da minha intervenção passou pela implementação de técnicas de expansão pulmonar bem como a implementação da terapêutica de posição para prevenção da formação de aderências. Pude trabalhar com este doente apenas durante duas sessões, tendo sido posteriormente transferido para o serviço de internamento, onde a equipa de fisioterapia deu continuidade ao trabalho já iniciado. Na primeira sessão o doente apresentou dor/desconforto no local de inserção da DT durante a realização do treino de inspirometria de incentivo. Por este motivo apenas se realizou este exercício. Durante a administração de analgesia o doente ficou posicionado em decúbito *semi-fowler*, para maior conforto. Após o término da perfusão expliquei ao doente a necessidade da alternância de decúbitos – terapêutica de posição –, para prevenção de bridas e aderências. Com a minha ajuda, posicionou-se em decúbito lateral esquerdo e posteriormente em decúbito ventral, onde permaneceu durante cerca de 15 minutos. Após este período posicionei o doente em decúbito lateral direito. Sendo este o decúbito em que o doente apresentava maior desconforto (essencialmente pela presença do dreno), apenas permaneceu durante cerca de 10 minutos, altura em que solicitou apoio para se posicionar em *semi-fowler*.

Na segunda sessão de treino, dois dias após da primeira, o doente já se encontrava sentado no cadeirão quando o abordei. Apresentava dor controlada e a DT já não se encontrava funcionante. À auscultação pulmonar apenas se verificou diminuição do murmúrio vesicular na base direita, em relação ao hemitórax esquerdo. O doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável e sem alterações ventilatórias.

Nesta sessão foi possível realizar treino de inspirometria de incentivo, que o doente tolerou sem dor. Observei expansão pulmonar simétrica em relação à avaliação anterior. Após a utilização do inspirómetro introduzi exercícios de abertura costal seletiva à direita, recorrendo a movimentos ativos-

assistidos. O doente apresentou desconforto no local de inserção da DT na realização destes movimentos pelo que não progredimos para movimentos ativos-resistidos. Ainda nesta sessão foi possível realizar treino de respiração diafragmática, introduzindo progressivamente resistência manual na inspiração. O doente realizou os exercícios sem dificuldade, tolerando o treino sem dor ou alterações na ventilação. No final da tarde o doente foi transferido para o internamento onde manteve os cuidados de RFR com a equipa de fisioterapeutas.

Outra situação de cuidados que experienciei relaciona-se com cuidados de ER prestados a um doente com atelectasias. De acordo com o médico assistente, à auscultação pulmonar não se ouvia murmúrio vesicular ou ruídos adventícios no ápex direito. A radiografia de tórax realizada comprovou o diagnóstico de atelectasia no ápex direito. Sem alterações da auscultação nos restantes campos pulmonares. Do ponto de vista respiratório o doente estava estável: expansão simétrica, eupneico em repouso, SPO2 superiores a 95% sem aporte suplementar de oxigénio. À auscultação verifiquei a ausência de murmúrio vesicular no ápex direito, confirmada pelo enfermeiro orientador.

O plano de cuidados que defini focou-se essencialmente em exercícios de promoção da expansão pulmonar. Com o doente na posição sentado no cadeirão iniciei o programa de RFR com a dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. O doente executou os exercícios sem dificuldade. Após, introduzi a utilização do inspirómetro de incentivo. No primeiro treino, o volume inspiratório do doente era cerca de 1000 mL, e apresentava um padrão respiratório misto de predomínio torácico e de média amplitude.

Nas sessões seguintes introduzi exercícios de abertura costal global e abertura costal seletiva. Para a realização dos exercícios de abertura costal global recorri a um lençol que o doente segurou com ambas as mãos. Não apresentou dificuldade na coordenação dos tempos respiratórios (a inspiração associada à flexão do ombro e a expiração associada à extensão dos membros superiores). Inicialmente os movimentos foram realizados de forma ativa-assistida, sendo progressivamente aumentada a dificuldade do exercício com recurso a pesos de 0,5 kg e resistência manual. Em relação à técnica de abertura costal seletiva, utilizei um elástico de baixa resistência para a

realização do movimento. Este treino foi realizado pelo menos duas vezes por dia, contando com o apoio da equipa de fisioterapeutas e da restante equipa de enfermagem do internamento. Progressivamente o doente foi apresentando melhoria na radiografia do tórax, bem como na auscultação pulmonar.

Optei, neste contexto, por estudar aprofundadamente a seguinte situação de cuidados: doente submetido a cirurgia abdominal alta (gastrectomia subtotal) por tumor gástrico. Utilizei para avaliação do doente as escalas já mencionadas, tendo concluído que este se encontrava moderadamente dependente para o desempenho do autocuidado, em grande parte pela necessidade de dispositivos médicos (drenagens, sondas, etc.). O doente apresentava uma capacidade funcional excelente previamente à cirurgia, pelo que a implementação do programa de reabilitação foi bem aceite pelo mesmo e facilitada pela sua condição física. Junto deste doente planeei um programa de RFR que incidia essencialmente em técnicas de expansão pulmonar, bem como na mobilidade da caixa torácica. No que diz respeito à mobilidade precoce, utilizei o esquema adaptado de Almeida et al. (2017) construído com base na revisão *scoping* realizada para a avaliação da capacidade para mobilizações precoces bem como para a prescrição de treino aeróbio. O programa incluiu: treino de fortalecimento muscular com movimentos ativos-passivos, progredindo rapidamente para ativos-assistidos e posteriormente ativos-resistidos recorrendo a elásticos e pesos; treino de marcha, inicialmente com apoio unilateral e progressivamente sem necessidade de apoio; treino da capacidade aeróbica com recurso a pedaleira.

Com base na avaliação dos sinais vitais e através da utilização da escala de *Borg* modificada, tive necessidade de reajustar o plano de cuidados dado que o doente apresentava, inicialmente, sinais de intolerância à atividade física (aumento da pressão arterial superior a 20mmHg e taquicardia sinusal). A intensidade do treino foi ajustada e progressivamente o doente demonstrou maior *endurance*. O estudo de caso e respetivo plano de cuidados do doente mencionado pode ser consultado na íntegra no apêndice V.

Durante o estágio em ECCL, para além dos instrumentos mencionados, recorri adicionalmente ao *mini mental state exam* (MMSE) e aos instrumentos para avaliação dos pares cranianos e realização do exame neurológico.

Neste contexto tive oportunidade de desenvolver e aprofundar competências em RFM. Não obstante, pude ainda intervir junto de uma doente com insuficiência respiratória após pneumonia por SARS-COV2 e de um doente com fibrose pulmonar idiopática. Para ambos foi planeado um programa de RFR e treino aeróbico, adaptado às suas capacidades e especificidades fisiopatológicas, enfatizando a intolerância à atividade e a dispneia como os dois problemas *major* apresentados pelos doentes. Estes doentes eram inicialmente acompanhados por outra enfermeira da equipa que não é especialista em reabilitação, tendo-nos referenciado os doentes pelas especificidades dos cuidados de ER necessários.

O doente com fibrose pulmonar idiopática iniciou oxigenoterapia de longa duração no domicílio, havendo a necessidade de instruir o doente e a esposa sobre os cuidados a ter, assim como a respetiva monitorização da respiração. Expliquei ao doente o funcionamento do oxímetro de pulso e as balizas de saturação que deveria ter atenção para a regulação do débito de oxigénio ao esforço/repouso. Este doente vive sozinho com a esposa numa vivenda de dois pisos, ficando a maior parte do tempo restrito ao andar superior pela incapacidade para subir e descer as escadas (que são em canto com alguns degraus curtos). O casal optou por adquirir um elevador para o doente subir e descer as escadas. Reforcei as medidas de segurança necessárias (cinto de segurança e velocidade) na utilização do elevador, que o doente compreendeu. Para além destas intervenções foi ainda necessário implementar técnicas de conservação da energia bem como treino das AVD.

No caso da doente com insuficiência respiratória o plano de cuidados inicial focou-se essencialmente em técnicas de promoção do conforto e alívio da dispneia, seguindo-se as técnicas de conservação de energia e o treino das AVD. O plano de RFR incidiu essencialmente no treino da tosse (que era eficaz) bem como no treino da respiração diafragmática e na reeducação diafragmática global. A ênfase desde plano incidiu na expiração dado que a doente apresenta um padrão patológico obstrutivo. Posteriormente foi introduzido treino aeróbico (a doente tinha em casa uma bicicleta estática) e treino de força dos membros superiores, recorrendo a garrafas de água de 500mL meio-cheias e depois cheias.

Em ambos os casos descritos, pós a avaliação e implementação inicial do programa de reabilitação, os cuidados foram delegados na enfermeira gestora do caso do doente que manteve as intervenções planeadas. Sempre que necessário foi agendada visita em conjunto com a EEER responsável de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A maioria dos doentes acompanhados na ECCI apresentava alterações na mobilidade decorrentes de cirurgia ortopédica por fratura do colo do fémur. Desta forma, a minha intervenção centrou-se na recuperação da mobilidade e no treino de AVD de forma a maximizar a independência da pessoa. Prescrevi um treino que englobou exercícios de força muscular bem como treino aeróbico, treino de subir e descer escadas e treino de marcha. Em todos os acompanhamentos avalei a situação habitacional dos doentes com o objetivo de levantar necessidades de adequação do domicílio/aquisição de produtos de apoio e/ou auxiliares de marcha. Sempre que indicado, sugeri as respetivas alterações de forma a diminuir as barreiras arquitetónicas, promover a independência e a participação social.

O estudo de caso realizado neste contexto refere-se a um doente que foi submetido a hemiartroplastia bipolar cimentada por fratura subcapital do fémur. No que diz respeito à intervenção junto deste doente, inicialmente foi avaliado recorrendo aos instrumentos já mencionados. Uma vez que apresentava diagnóstico concomitante de síndrome demencial, apliquei também o MMSE, assim como realizei um exame neurológico detalhado. Da avaliação realizada identifiquei como necessidades emergentes a intervenção ao nível da mobilidade, transferências e posicionamentos, da tolerância ao exercício, da capacidade de autocuidado, do risco de dor, hemorragia e nova queda. Pude ainda perceber que o doente apresentava risco de isolamento social, decorrente das alterações na mobilidade. Não se verificaram défices neurológicos nem alterações nos pares cranianos. O doente reside com a filha, que é a cuidadora principal, num apartamento no primeiro andar de um prédio sem elevador. Numa das primeiras visitas domiciliárias realizadas o doente expressou a sua vontade de ir ao café localizado no fim da rua (em descida acentuada) beber café e conversar com os vizinhos como habitualmente fazia. Expressou ainda a necessidade de ir à Igreja (que se encontrava no outro lado

da rua, acessível através de passagem aérea pedonal com três lances de escadas), rezar pela esposa que tinha falecido recentemente. Este doente já era acompanhado em ECCI antes da minha avaliação. Dadas as vontades expressas pelo doente, durante todo o acompanhamento foram estabelecidos objetivos concretos a curto/médio prazo, e com sentido para o si. No último dia de acompanhamento foi possível realizar o percurso até à Igreja e de regresso ao domicílio, demonstrando a evolução positiva na mobilidade e na capacidade de tolerância ao esforço, decorrentes da minha intervenção. O estudo de caso e respetivo plano de cuidados pode ser consultado na íntegra em apêndice VI.

Ainda neste contexto pude prestar cuidados de ER a uma criança com alterações na comunicação, na alimentação e sensoriomotoras graves como consequência de paralisia cerebral. No período pré-pandemia a criança era acompanhada em escola com plano de intervenção e reabilitação individualizado, incluindo: terapia ocupacional, terapia aquática e estimulação cognitiva e sensorial.

Iniciou acompanhamento em ECCI para realização de mobilizações passivas e de ensinios à cuidadora. É totalmente dependente para o desempenho de todas as atividades de autocuidado. O plano de intervenção já iniciado contemplava exercícios de movimentos passivos de todos os segmentos corporais, treino de equilíbrio (sentada na cama, com apoio bilateral e necessidade de suporte da cabeça), assim como alongamentos de todos os grupos musculares. Junto da cuidadora principal, a mãe, a intervenção englobou o ensino dos posicionamentos corretos bem como das transferências leito-cadeira de rodas.

A habitação está adaptada com elevador onde cabe a cadeira de rodas, polibã e cama articulada. A cadeira de rodas já não se encontra adaptada às condições da menina, que desenvolveu escoliose de 60% nos últimos meses. Encontra-se em processamento o pedido para nova cadeira de rodas adaptada que está em avaliação numa Instituição de Lisboa. Existem ainda várias almofadas e rolos que utilizei para realizar posicionamentos no final da sessão.

Esta menina apresenta padrão espástico e rigidez muscular e articular em elevado grau, avaliados e monitorizado através das escalas de força muscular de Lower e escala de avaliação do tónus muscular de Ashword.

A sessão de reabilitação foi sempre iniciada com treino de equilíbrio, dado que após a realização dos movimentos passivos e alongamentos a menina apresentava maior agitação da cabeça (com movimentos descoordenados) e expressava um gemido/choro sugestivo de desconforto/dor. Para a realização do treino de equilíbrio sentámos a criança na sua cama articulada, em plano zero, com apoio bilateral e necessidade de suporte da cabeça. O tempo máximo que a menina aguenta sentada sem esgar de desconforto é de cerca de 5 minutos. Em todas as sessões realizei movimentos passivos de todos os segmentos articulares. A maior resistência ao movimento ocorre na extensão, sendo a flexão realizada sem resistência.

Desde o primeiro contacto com a criança estabeleci uma relação terapêutica, tendo a capacidade de a tranquilizar através do toque (massagem) e dos posicionamentos quando demonstrava desconforto durante a sessão de ER. Após a realização da massagem na região dorsal a menina demonstrava conforto, adormecendo. No final de cada sessão foi sempre posicionada em decúbito lateral esquerdo ou direito, recorrendo às almofadas disponíveis de forma a manter extensão dos segmentos articulares o maior tempo possível.

Em relação ao acompanhamento da cuidadora informal, a mãe, esta foi sempre incluída em todas as sessões de reabilitação. Foram explicados os princípios dos posicionamentos assim como os objetivos pretendidos com a colocação das almofadas. Dado que a criança pesava cerca de 13 kg, foi explicado à mãe os princípios da biomecânica corporal e treinadas as técnicas corretas de levantar e mobilizações. Quando terminou o período de EC na ECCI, a mãe já realizava as transferências da cama para a cadeira de rodas sem dificuldade. Da mesma forma, conseguia transferir a menina para a cadeira de banho para realização da higiene corporal.

## **2.5. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio**

O percurso realizado em EC iniciou-se com a frequência do Curso de Mestrado e com a realização do PE, cujo principal propósito foi a definição dos objetivos e atividades a desenvolver em contexto de estágio.

A construção do PE verificou-se como essencial para o desenvolvimento das competências comuns do EE bem como as competências específicas do EEER.

Após análise das atividades desenvolvidas em contexto de EC verifico que atingi os objetivos propostos para o percurso em estágio. Estas permitiram o desenvolvimento das competências previstas como futura EEER. As situações de cuidados que pude experienciar e que não previ na construção do PE constituíram oportunidades de aprendizagem cruciais nesta fase.

Nas duas primeiras duas semanas de EC foi possível participar em consultas de reabilitação pré e pós-operatórias nas unidades de urologia e de digestivo. Na unidade de urologia, estas focam-se muito na recuperação da incontinência e da funcionalidade sexual após prostatectomia. Tive a oportunidade de desenvolver competências específicas na avaliação da eliminação urinária e da função sexual do doente através das escalas específicas para a avaliação destas dimensões e que já foram mencionadas neste relatório. Apesar de existir um programa de recuperação específico com recurso aos exercícios de Kegel, foi possível implementar também outras estratégias de gestão da incontinência: utilização de dispositivos como penso absorvente, sugerir a reorganização de eventuais barreiras arquitectónicas que dificultem o acesso ao wc no domicílio (mobiliário, tapetes, iluminação inadequada), e gerir a ingestão hídrica. No que diz respeito à intervenção a nível da disfunção sexual foi também possível implementar as estratégias iniciais de gestão da disfunção: incentivar a estimulação manual e/ou visual, e explorar a sexualidade com a/o parceira/o livremente.

Na consulta da unidade de digestivo, e através da sessão de formação que realizei, foi possível iniciar a implementação de um programa de reabilitação para prevenção não invasiva da hérnia paraestomal especificamente desenhado para doentes submetidos a cirurgia de amputação abdominoperineal (exenteração pélvica) com construção de colostomia terminal

definitiva. Para além desta população de doentes, o programa foi alargado a doentes ileostomizados cuja permanência da ostomia fosse previsivelmente de cerca de um ano ou superior. O *feedback* obtido pela equipa de cirurgia (que referencia doentes à EEER para inclusão no programa) foi bastante positivo. Embora ainda não haja dados que evidenciem a importância deste programa, os doentes incluídos demonstram adesão ao plano de treino e satisfação com a retoma à atividade física.

No que diz respeito ao estágio na área de cuidados intensivos e recobro, as áreas de trabalho mais desenvolvidas foram a área cardiorrespiratória e a motora. Existe implementado um programa de recuperação avançada que abarca doentes de cirurgia colorretal e ginecológica e engloba as seguintes intervenções: utilização do inspirómetro de incentivo, RFR com ênfase na expansão pulmonar, levantar, mobilidade precoce e treino de marcha e, posteriormente, já no internamento, treino das AVD. Neste contexto pude desenvolver competências de avaliação cardiorrespiratória: auscultação pulmonar, leitura de radiografia do tórax, avaliação da respiração e da tolerância cardiovascular e respiratória ao esforço. Foi possível a implementação de técnicas de RFR em doentes com patologia restritiva (pós-operatórios de cirurgia abdominal alta e baixa, cirurgia ginecológica, doentes com atelectasias, drenagens torácicas). Pude ainda intervir junto de uma doente sob ventilação mecânica invasiva na fase do desmame ventilatório e extubação e posteriormente no início da RFR e RFM.

No que diz respeito à RFM, foi testado o equilíbrio de todos os doentes (através do Índice de Tinetti), realizado primeiro levantar e implementadas técnicas de treino de força muscular (através de exercícios isométricos e exercícios ativos-resistidos com resistência manual ou pesos de 1kg) e treino de capacidade aeróbia com recurso a pedaleira e/ou treino de marcha. Para além do Índice de Tinetti foram mobilizadas as escalas: escala de Borg modificada, para avaliação da perceção ao esforço; MRC para avaliação da força muscular em todos os segmentos corporais; escala de Morse para avaliação do risco de queda; escala de Barthel e MIF para avaliação da capacidade de autocuidado; escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão.

A ECCI foca-se em duas grandes áreas de intervenção junto dos doentes: cuidados de enfermagem de reabilitação (RFM e RFR) e o tratamento de feridas (muitas vezes associadas à imobilidade). A equipa trabalha em estreita colaboração com os médicos de família de cada utente bem como com a assistente social e psicóloga responsáveis pelo caso. Neste sentido, como futura EEER, colaborei como gestora de caso e foi possível participar ativamente na articulação das necessidades dos utentes com cada elemento da equipa. Apesar de os utentes integrados em ECCI serem maioritariamente adultos e idosos, existem quatro crianças. Gerou-se desta forma uma grande oportunidade de aprendizagem: pude prestar cuidados de ER em idade pediátrica e junto de adultos/idosos, desenvolvendo a competência específica do EEER que preconiza “cuidar de pessoas ao longo de todo o ciclo vital” (OE, 2010b).

Implementei programas de RFM a utentes com alterações da mobilidade decorrentes, essencialmente, de cirurgia ortopédica após fratura do fémur. No entanto, tive ainda a oportunidade de prestar cuidados de ER a uma utente com insuficiência respiratória e enfisema pulmonar após infecção por SARS-CoV2, assim como a um utente com fibrose pulmonar idiopática. Dois utentes acompanhados na ECCI são portadores de ostomia de eliminação (colostomia do cólon sigmoide e ileostomia terminal) pelo que pude ainda implementar um plano de exercícios específicos para prevenção não invasiva da hérnia paraestomal decorrentes da realização da revisão *scoping* que sustentou o meu projeto de aprendizagem.

Tive a oportunidade de realizar duas sessões de formação em serviço. A primeira, relativa à RFR, implicou uma pesquisa aprofundada do tema e a necessidade de reinventar as técnicas de forma a poderem ser desenvolvidas em contexto domiciliário, recorrendo aos materiais disponíveis nas casas dos doentes. A segunda sessão foi relacionada com o meu projeto de estágio – estomaterapia e hérnia paraestomal.

Em todos os contextos integrei facilmente as equipas de enfermagem, participando ativamente na prestação de cuidados de ER, sob supervisão dos enfermeiros orientadores. A minha prática clínica foi sempre baseada na melhor evidência através da consulta de manuais da especialidade e de

pesquisa bibliográfica. Todos os cuidados que prestei foram ao encontro dos princípios éticos e deontológicos dos enfermeiros. Existiu sempre articulação com todos os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente com os EEER e enfermeiros de cuidados gerais, bem como com a equipa de fisioterapeutas. Todas as intervenções foram validadas com os enfermeiros orientadores previamente à sua implementação. Os planos de cuidados elaborados foram discutidos com os doentes e com os orientadores.

Considero que desenvolvi as competências específicas de ER relacionadas com a eliminação urinária e intestinal, a função sexual, a área cardiorrespiratória e a área sensoriomotora. Pude ainda desenvolver competências comuns do EE, como a formação de pares, a prática baseada na evidência, a garantia da qualidade de cuidados e o desenvolvimento profissional contínuo.

No entanto, o desenvolvimento de competências que pretendo demonstrar neste relatório não se esgota nas competências comuns do EE e específicas da enfermagem de reabilitação. Como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem é ainda crucial a análise das competências preconizadas para a frequência do 2º ciclo de estudos, descritas pela *Joint Quality Initiative* (2015). Os descritores de Dublin encontram-se divididos em cinco domínios de competência e são: 1. conhecimento e capacidade de compreensão; 2. aplicação de conhecimentos e compreensão; 3. realização de julgamento/tomada de decisões; 4. comunicação; 5. competências de auto-aprendizagem.

As competências previstas no primeiro descritor *conhecimento e capacidade de compreensão* foram atingidas através da frequência do curso de mestrado, da necessidade de mobilização constante de evidência científica recente e atualizada e da realização da revisão *scoping*.

O segundo descritor *aplicação de conhecimentos e compreensão* encontra-se relacionado com a mobilização dos conhecimentos aprofundados na área da enfermagem de reabilitação, ao longo de todo o ciclo vital e nos mais variados contextos da prática clínica. Demonstrei ao longo de todo o EC e com a redação deste relatório a minha intervenção na gestão de múltiplas

situações de cuidados, quer em contexto hospitalar (em ambulatório e na UCI) assim como em contexto comunitário. Da mesma forma, demonstrei ainda competências de prestação de cuidados especializados de ER aos doentes em todo o ciclo vital (crianças, adultos e idosos), com as mais variadas necessidades de cuidados.

Em relação ao terceiro descritor *realização de julgamento/tomada de decisão*, este pode ser demonstrado através da construção, implementação e reavaliação dos planos de cuidados de ER, incluídos neste relatório em apêndice. Ao longo de todo o EC foram realizadas discussões sobre as situações de cuidados e sobre o processo de tomada de decisão com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador.

No que diz respeito ao descritor *comunicação*, este é evidenciado pela realização das sessões de formação ministradas ao longo dos EC, bem como pela realização deste relatório onde constam a revisão *scoping* assim como os trabalhos desenvolvidos durante o percurso de EC. As sessões foram planeadas consoante as necessidades dos enfermeiros dos locais, onde se incluíam EE (quer em enfermagem de reabilitação quer noutras áreas), enfermeiros de cuidados gerais, estudantes do curso de licenciatura em enfermagem e equipa médica (cirurgiões).

Por fim, o descritor *competências de auto-aprendizagem* foi desenvolvido ao longo de todo o percurso. Iniciou-se com a definição do caminho a percorrer, de forma autónoma, e consoante os meus objetivos pessoais e profissionais. Este percurso foi sempre suportado e norteado quer pelo professor orientador quer pelos enfermeiros orientadores e por toda a equipa multidisciplinar dos contextos de EC.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa submetida a cirurgia com construção de ostomia de eliminação encontra-se em risco acrescido de desenvolvimento de complicações pós-operatórias que podem condicionar fortemente a sua capacidade para o desempenho do autocuidado e afetar negativamente a qualidade de vida.

A capacidade para o autocuidado foi estudada por Orem, traduzindo-se na Teoria do Défice de Autocuidado. Esta pressupõe que a pessoa reúna várias condições para ser capaz de realizar as tarefas que constituem o autocuidado. Na sua impossibilidade, o enfermeiro intervém, substituindo total ou parcialmente a pessoa, ou atuando como educador.

A revisão *scoping* realizada sugere que a intervenção especializada deve ser iniciada no período pré-operatório, mantida durante o internamento e prolongada durante o período pós-operatório e após a alta. O objetivo principal passa pela otimização e maximização da capacidade funcional visando o retorno à atividade basal o mais rapidamente possível. Para tal, surgem como intervenções recomendadas: a pré-habilitação do doente, a mobilização e levante precoce, um programa de RFR e RFM no pós-operatório e um programa de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.

O EEER surge como um profissional com conhecimentos aprofundados e competências especializadas cuja intervenção está direccionada para a maximização da funcionalidade, da qualidade de vida e do desempenho do autocuidado.

Desta forma, o presente relatório surge na etapa final do curso de mestrado com especialização em enfermagem de reabilitação e pretendeu demonstrar: a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEER e as competências previstas para o estudante do 2º ciclo de estudos do ensino superior.

Para a sua realização foi necessário, previamente, construir um PE, baseado na revisão mencionada, e que norteou o percurso realizado em EC. Este foi realizado em contexto hospitalar (na consulta multidisciplinar de urologia e de digestivo, e na UCI) e em contexto comunitário, numa ECCL.

Este percurso revelou-se essencial na implementação do PE, mas também no desenvolvimento de todas as competências já mencionadas, quer no âmbito da especialidade em enfermagem de reabilitação quer como mestrandia.

As maiores dificuldades sentidas relacionaram-se com a especificidade da temática em estudo, que não é dominada amplamente na comunidade dos EEER. No entanto, a população com ostomias de eliminação é cada vez maior, o que leva à necessidade de desenvolvimento de conhecimentos nesta área. Houve necessidade de refletir constantemente sobre as situações de forma a garantir que todos os cuidados prestados iam ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de ER. O apoio dos enfermeiros orientadores, da equipa multidisciplinar e do professor orientador foi fundamental para conseguir ultrapassar este constrangimento.

Desenvolver esta temática nos variados contextos da prática clínica constituiu um grande desafio, embora abraçado com grande expectativa e satisfação pessoal e profissional. Toda a minha experiência profissional tem sido realizada na área da Oncologia, onde a presença de pessoas portadoras de ostomias de eliminação é grande. O doente oncológico só por si experiencia no seu processo de tratamento uma perda significativa da capacidade funcional, o que justifica uma intervenção holística e especializada de cuidados de ER.

Como enfermeira a integrar uma equipa onde se prestam cuidados pré e pós-operatórios a doentes com ostomias de eliminação, acredito que a realização de todo este trabalho se constitui uma mais-valia importante. Permite a implementação, na prática clínica, da evidência científica mais recente (através dos resultados da revisão *scoping*), assim como uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, holísticos e centrados na pessoa. No fundo, acredito que levo comigo para a minha prática clínica uma prestação de cuidados de Enfermagem Avançada.

Analisando em retrospectiva o percurso realizado considero que desenvolvi todas as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o EE, e em particular para o EEER. Da mesma forma, o trabalho realizado

permite-me afirmar que também desenvolvi as competências preconizadas para a atribuição do título de mestre, conforme os descritores de Dublin mencionados.

No final desta etapa importa referir que quando iniciei este percurso em 2019 considero que estava enquadrada no nível de competência de *principiante avançada* (Benner, 2001): enquanto enfermeira de cuidados gerais já executava algumas intervenções de mobilidade e levante precoce, por exemplo, supervisionada pelos colegas EEER.

Atualmente, e após o término desta fase, considero que me encontro em condições de prestar cuidados de ER seguros e com qualidade. No entanto, tenho sempre presente que o meu caminho como EEER não termina com a entrega deste relatório, mas continua ao longo de toda a minha carreira profissional. Assim sendo, e considerando toda a reflexão já realizada e a demonstração das competências desenvolvidas, neste momento posiciono-me num nível de *competente* (Benner, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E.P.M.; Almeida, J.P.; Landoni, G.; Galas, F.R.B.G.; Fukushima, J.T.; Brito, C.M.M.; Cavichio, L.B.L.; Almeida, L.A.A.; Ribeiro-Jr., U.; Osawa, E.A.; Diz, M.P.E.; Cecatto, R.B.; Battistella, L.R.; Hajjar, L.A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 119 (5), p.900–907. DOI: [10.1093/bja/aex250](https://doi.org/10.1093/bja/aex250).
- Andersen, R.M.; Thomsen, T.; Danielsen, A.K.; Gögenur, I.; Alkjær, T.; Nordentoft, T.; Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: [10.1080/09638288.2020.1771620](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620).
- ASCN (2016). ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK. Disponível em: <https://www.sath.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Stoma-Care-Guidelines.pdf>
- Awasthi, R.; Minella, E.M.; Ferreira, V.; Ramanakumar, A.V.; Scheede-Bergdahl, C. & Carli, F. (2018). Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection. *Acta Anaesthesiol Scand*. 63:461-467. DOI: [10.1111/aas.13292](https://doi.org/10.1111/aas.13292).
- Barberan-Garcia, A.; Ubre, M.; Pascual-Argente, N.; Risco, R.; Faner, J.; Balust, J.; Lacy, A.M.; Puig-Junoy, J.; Roca, J. & Martinez-Palli, G. (2019). Post-discharge impact and cost-consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 123 (4): 450-456. DOI: [10.1016/j.bja.2019.05.032](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.05.032).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bousquet-Dion, G.; Awasthi, R.; Loiselle, S.E.; Minnella, E.M.; Agnihotram, R.V.; Bergdahl, A.; Carli, F. & Scheede-Bergdahl, C. (2018). Evaluation of supervised multimodal prehabilitation programme in cancer patients

undergoing colorectal resection: a randomized control trial. *Acta Oncológica*. DOI: [10.1080/0284186X.2017.1423180](https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1423180).

Cerantola, Y.; Valerio, M.; Persson, B.; Jichlinski, P.; Ljungqvist, O.; Hubner, M.; Kassouf, W.; Muller, S.; Baldini, G.; Carli, F.; Naesheimh, T.; Ytrebo, L.; Revhaug, A.; Lassen, K.; Knutsen, T.; Aarsether, E.; Wiklund, P. & Hitendra R.H. Patel, H.R.H. (2013). Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) society recommendations. *Clinical Nutrition*. 32(6):879-887. DOI: [10.1016/j.clnu.2013.09.014](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.09.014).

Gillis, C.; Li, C.; Lee, L.; Awasthi, R.; Augustin, B.; Gamsa, A.; Liberman, S.; Stein, B.; Charlebois, P.; Feldman, L.S.; Carli, F. (2014). Prehabilitation versus Rehabilitation A Randomized Control Trial in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer. *Anesthesiologists*. 121:937-47. DOI: [10.1097/ALN.0000000000000393](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000393).

Grass, F.; Pache, B.; Martin, D.; Addor, V.; Hahnloser, D.; Demartines, N.; Hübner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilisation after colorectal surgery: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 56: 161–166. DOI: [10.1016/j.ijsu.2018.06.024](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.06.024).

Gustafsson, u.o.; Scott, M.J.; Scwenk, W.; Demartines, N.; Roulin, D.; Francis, N.; McNaught, C.E.; MacFie, J.; Liberman, A.S.; Soop, M.; Hill, A.; Kennedy, R.H.; Lobo, D.N.; fearon, K. & Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) Society. *World J Surg*. 37:259–284. DOI: [10.1007/s00268-012-1772-0](https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0).

Helander, E.M.; Webb, M.P.; Menard, B.; Prabhakar, A.; Helmstetter, J.; & Cornett, E.M.; Urman, R.D.; Nguyen, V.H. & Kaye, A.D. (2019). Metabolic and the Surgical Stress Response Considerations to Improve Postoperative Recovery. *Current Pain and Headache Reports*. 23(5):33. DOI: [10.1007/s11916-019-0770-4](https://doi.org/10.1007/s11916-019-0770-4).

Jensen, B.T.; Petersen, A.K.; Jensen, J.B.; Laustsen, S. & Borre, M. (2014). Efficacy of a multiprofessional rehabilitation programme in radical

- cystectomy pathways: A prospective randomized controlled trial. *Scand J Urol*. 49(2): 133–141. DOI: [10.3109/21681805.2014.967810](https://doi.org/10.3109/21681805.2014.967810).
- Jensen, B.T.; Laustsen, S.; Jensen, J.B.; Borre, M. & Petersen, A.K. (2016). Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways—secondary results from a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 24(8): 3325–3331. DOI: [10.1007/s00520-016-3140-3](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3140-3).
- Joint Quality Initiative (2015). Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history. Acedido em 15 Julho, 2021. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>;
- Menoita, E.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Minnella, E.M.; Awasthi, R.; Bousquet-Dion, G.; Ferreira, V.; Austin, B.; Audi, C.; Tanguay, S.; Aprikian, A.; Carli, F. & Kassouf, W. (2019). Multimodal Prehabilitation to Enhance Functional Capacity Following Radical Cystectomy: A Randomized Controlled Trial. *Eur Urol Focus*. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2019.05.016>.
- Nieuwenhuijzen, J.A.; de Vries, R.R.; Bex, A.; van der Poel, H.G.; Meinhardt, W.; Antonini, N. & Horenblas, S. (2008). Urinary Diversions after Cystectomy: The Association of Clinical Factors, Complications and Functional Results of Four Different Diversions. *European urology* 53: 834–844. DOI: [10.1016/j.eururo.2007.09.008](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2007.09.008).
- North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing*. 23(5): S14-S18. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14).

- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (cords.) (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de dados. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (22-10-2011), 1-16. ELI: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEE\\_Reabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEE_Reabilitacao.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIFE® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Loures: Lusodidacta;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Pérez, M.G.; Mateos, M.A.R. (2016). Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm.* 19(4): 55-59;
- Peters, M.D.J.; Godfrey, C.; Mclnerney, P.; Munn, Z.; Tricco, A.C. & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Regulamento nº350/2015 (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série (nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660. ELI: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf).

- Richards, K.A. & Steinberg, G.D. (2013). Perioperative outcomes in radical cystectomy: how to reduce morbidity?. *Curr Opin Urol.* 23(5):456-65. DOI: [10.1097/MOU.0b013e32836392bb](https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e32836392bb).
- Russell, S. (2017a). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(5): 820-826. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.5.S20](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.S20).
- Russell, S. (2017b). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(17): S12-S18. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.17.S12](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12).
- Russell, S. (2019). Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 46(3):215-218.
- Santos, T. (2018). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Scott, M.J.; Baldini, G.; Fearon, K.C.H.; Feldheiser, A.; Feldman, L.S.; Gan, T.J.; Ljungqvist, O.; Lobo, D.N.; Rockall, T.A.; Schricker, T.; & Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica.* 59. p.1212–1231.
- Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, Charlene; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Mesquita Rodrigues, A. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *Journal of Coloproctology.* 39(1):48-55. DOI: [10.1016/j.jcol.2018.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006).

- Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (coord.) *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª ed.), (pp.211-235). Loures: Lusociência;
- Tevis, S.E. & Kennedy, G.D. (2016). Postoperative Complications: Looking Forward to a Safer Future. *Clin Colon Rectal Surg.* 29: 246-252. DOI: [10.1055/s-0036-1584501](https://doi.org/10.1055/s-0036-1584501).
- Thompson, M.J. & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing.* 3(2): 23-27.
- Thompson, M.J. (2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing.* 5(3): 22-28.
- Watanabe, T.; Momosaki, R.; Suzuki, S.; Abo, M. (2019). Preoperative rehabilitation for patients undergoing colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer.* 28(5): 2293-2297. DOI: [10.1007/s00520-019-05061-z](https://doi.org/10.1007/s00520-019-05061-z).
- Zhang, H.; Wang, H.; Zhu, M.; Xu, Z.; Shen, Y.; Zhu, Y.; Xu, Y.; Chen, W.; Miao, C. (2020). Implementation of enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy: A retrospective cohort study. *European Journal of Surgical Oncology* 46:202-208. DOI: [10.1016/j.ejso.2019.07.021](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.07.021)

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Projeto de Estágio**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de  
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
à Pessoa submetida a Cirurgia com Ostomia de Eliminação**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Lisboa**

**Novembro 2020**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de  
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
à Pessoa submetida a Cirurgia com Ostomia de Eliminação**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Miguel Serra**

**Professor Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira**

**Lisboa**

**Novembro 2020**



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

6MWT	Teste de Marcha de 6 minutos ( <i>6 Minute Walking Test</i> )
ACIR	Área de Cuidados Intensivos e Recobro
AVD	Atividades de Vida Diária
CCC	Centro Clínico Champalimaud
CMER	Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
CS	Centro de Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ERAS <sup>®</sup>	Enhanced Recovery After Surgery
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FC	Fundação Champalimaud
FPO	Fadiga pós-operatória
JBI	<i>The Joanna Briggs Institute</i>
LOS	Tempo de estadia no hospital ( <i>Length of Stay</i> )
OE	Ordem dos Enfermeiros
PE	Projeto de Estágio
QoL	Qualidade de Vida ( <i>Quality of Life</i> )
TVP	Tombose Venosa Profunda

# Índice

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	4
1.1. Título.....	4
1.2. Palavras-chave .....	4
1.3. Data de Início .....	4
1.4. Duração.....	4
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....	4
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	5
3.1. Sumário.....	5
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema .....	13
3.2.1. A Pessoa em Situação de Cirurgia com Ostomia de Eliminação .....	13
3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade .....	17
3.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação .....	20
3.2.4. Quadro de Referência.....	23
3.3. Plano de Trabalho e Métodos .....	24
3.3.1. Objetivos gerais e objetivos específicos .....	24
3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio .....	25
3.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados.....	26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
APÊNDICES.....	34
Apêndice I – Protocolo de Revisão <i>Scoping</i> .....	35
Apêndice II – Planeamento de Atividades.....	42
Apêndice III – Cronograma .....	53
ANEXOS .....	55
Anexo I – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Perioperatório .....	56
Anexo II – Exercícios de Mobilização Precoce no período Pós-operatório .....	60
Anexo III – Exercícios para Fortalecimento do Core, Musculatura Abdominal e Pélvica .....	62

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **1.1. Título**

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Perioperatório de Cirurgia com Ostomia de Eliminação.

### **1.2. Palavras-chave**

Enfermagem, Reabilitação, Pré-habilitação, Ostomia de Eliminação, Cirurgia, Exercício, Hérnia Paraestomal.

### **1.3. Data de Início**

24 de novembro de 2020.

### **1.4. Duração.**

18 semanas.

## **2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Estão envolvidas na construção e desenvolvimento deste projeto de aprendizagem três instituições:

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL);
- Centro Clínico Champalimaud (CCC) da Fundação Champalimaud (FC) onde integrei, em contexto de estágio, a consulta multidisciplinar da Unidade de Próstata, Rim e Vias urinárias e da Unidade de Digestivo; bem como a Área de Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR).
- Centro de Saúde (CS) de Alcântara, integrado do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, onde desenvolverei as atividades de estágio em contexto comunitário.

### **3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

#### **3.1. Sumário**

O presente documento reflete a construção de um projeto de aprendizagem a desenvolver e implementar posteriormente em contexto de estágio, no decurso do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMER).

A temática a abordar incide na reabilitação da pessoa submetida a cirurgia coloretal e/ou urológica da qual resulte uma ostomia de eliminação. A escolha do tema deve-se a interesses pessoais e profissionais na área do cuidado à pessoa com ostomia de eliminação. É importante frisar que para além dos interesses descritos motivadores da escolha do tema, a pessoa portadora de ostomia se encontra numa situação de vulnerabilidade acrescida. Isso é devido aos riscos próprios associados à intervenção cirúrgica, assim como às complicações específicas pela construção do estoma. Estas podem condicionar a funcionalidade e o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD), bem como a qualidade de vida (QoL). Estes aspetos serão abordados posteriormente.

Foi definido para tema: “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Perioperatório de Cirurgia com Ostomia de Eliminação”.

O estudo do tema começou pela realização uma revisão *scoping*, como forma de conhecer o “estado da arte”. O protocolo e a revisão bibliográfica foram construídos com base nas orientações do manual de revisores *The Joanna Briggs Intitute* (2020) para revisões *scoping* (Peters et al., 2020).

O objetivo da revisão centrou-se em mapear e analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto da pessoa submetida a cirurgia, da qual resulta uma ostomia de eliminação intestinal (colostomia ou ileostomia) e/ou vesical (urostomia ou outra derivação urinária, como o conduto ileal).

Definiram-se duas questões de investigação:

- Que intervenções pode o EEER desenvolver na pré-habilitação e na reabilitação pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia coloretal ou urológica?
- Que intervenções pode o EEER desenvolver para prevenir a incidência de hérnias parastomais na pessoa com ostomia de eliminação?

Foi realizada uma primeira pesquisa livre contendo as palavras-chave *stoma surgery; abdominal surgery; prehabilitation; rehabilitation; rehabilitation nursing; parastomal hernia; exercise*.

Começou-se pela análise das palavras-chave de artigos científicos. Numa segunda fase da pesquisa bibliográfica utilizaram-se as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, através da plataforma EBSCOhost. Posteriormente foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados para identificar outras fontes primárias passíveis de ser incluídas na revisão. Foram também consultados manuais da especialidade e Guias de Boas Práticas de reabilitação incluídos como *gray literature*.

Os critérios de inclusão e de exclusão definidos para a realização do trabalho encontram-se detalhados no protocolo de revisão.

A seleção e triagem dos estudos a incluir foram realizadas com base nos critérios de inclusão e exclusão, através da leitura e análise do título e *abstract*. Todos os tipos de estudos com metodologias quantitativas e qualitativas foram incluídos. O protocolo integral da revisão *scoping* encontra-se em Apêndice I.

Foram incluídos onze estudos que respondem à primeira questão e sete que respondem à segunda questão, perfazendo um total de dezoito estudos.

As intervenções que podem ser desenvolvidas pelo EEER no perioperatório de cirurgia abdominal (coloretal e/ou urológica) dividem-se em dois momentos: o período pré-operatório (pré-habilitação) e o período pós-operatório (reabilitação).

A *pré-habilitação* é definida como o processo pré-operatório para melhorar a capacidade funcional da pessoa, para aumentar a sua tolerância

fisiológica ao *stress* cirúrgico (Gillis et al., 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Awasthi et al., 2018; Barberan-Garcia et al., 2019), bem como otimizar o seu estado nutricional e psicológico (Barberan-Garcia et al., 2019).

O conceito de *reabilitação* surge como a promoção da recuperação da pessoa no período pós-operatório (Gillis et al., 2014).

Dos onze estudos focados na reabilitação perioperatória, quatro centram-se apenas na cirurgia urológica (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Minnella et al., 2019; Zhang et al., 2020); e cinco são exclusivamente relativos à cirurgia coloretal (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Suzuki & Abo, 2019). Foram incluídos dois estudos centrados na cirurgia abdominal: um é exclusivamente relativo a cirurgia digestiva (Barberan-Garcia et al., 2019) e um a cirurgia abdominal oncológica major do trato gastrintestinal, ginecológico ou urológico (Almeida et al., 2017).

Destacam-se no âmbito das competências do EEER os seguintes quatro focos de intervenção:

1. **Pré-habilitação:** (Gillis et al., 2014; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018; Minnella et al., 2019).
2. **Educação para a saúde/otimização pré-operatória** (Gillis et al., 2014; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Barberan-Garcia et al., 2019; Zhang et al., 2020).
3. **Reabilitação Respiratória** pré e pós-operatória (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).
4. **Mobilização precoce** no pós-operatório imediato (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019; Zhang et al., 2020).

Em cinco dos onze estudos foi utilizado o teste de marcha de 6 minutos (6MWT) para avaliar a capacidade funcional dos participantes: um focou-se nos efeitos da mobilização precoce (Almeida et al., 2017) e quatro estudaram os efeitos de um programa de pré-habilitação e de um programa de reabilitação (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018; Minnella et al., 2019).

Verificou-se que 80% dos doentes submetidos a cirurgia colorectal incluídos em programa de pré-habilitação recuperaram a capacidade funcional basal 8 semanas após a cirurgia. Apenas 40% dos doentes do grupo submetido ao programa de reabilitação recuperou a sua capacidade funcional no mesmo intervalo de tempo (Gillis et al., 2014). Não houve diferença significativa na incidência de complicações pós-operatórias ( $p=0.277$ ) nem na ansiedade ( $p=0.330$ ) ou depressão ( $p=0.999$ ) entre o grupo experimental e o grupo de controlo (Gillis et al., 2014). A adesão ao programa foi semelhante nos dois grupos (Gillis et al., 2014).

O estudo de Minnella et al. (2016) com doentes submetidos a cistectomia alinha-se com as conclusões de Gillis et al. (2014): um programa de pré-habilitação multimodal resulta em melhoria na capacidade funcional pré-operatória, assim como na recuperação às quatro semanas pós-operatórias (Minnella et al., 2019). Minnella et al., (2019) sugerem que os programas de pré-habilitação se traduzem em efeitos positivos na mobilização precoce, nos níveis de atividade física e na QoL dos doentes submetidos a cistectomia *ibidem*.

No estudo de Bousquet-Dion et al. (2018) concluiu-se que adicionar uma sessão de treino de exercício em meio hospitalar por semana ao programa de intervenção de Gillis et al. (2014) não aumenta significativamente a capacidade funcional dos doentes, quando comparado com o programa pré-operatório de treino de exercício realizado sem supervisão no domicílio (Bousquet-Dion et al., 2018). Em ambos os estudos, o programa de pré-habilitação ocorreu nas quatro semanas que antecederam a cirurgia (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018).

A revisão realizada por Awasthi et. al. (2018) sugere que o treino de exercício supervisionado no perioperatório em combinação com a intervenção

nutricional e psicológica aumentam a capacidade funcional e a força muscular e diminuem o tempo de estadia médio em meio hospitalar (LOS) em um dia. Sugere ainda que quando não é possível iniciar o programa de pré-habilitação, deve ser iniciado o mesmo programa, mas na fase de reabilitação (Awasthi et al., 2018).

Um ensaio randomizado que estudou exclusivamente doentes submetidos a cistectomia radical concluiu que a LOS não foi significativamente diferente ( $p=0.68$ ) entre o grupo de controlo (cuidados ERAS<sup>®</sup> standard) versus o grupo experimental (cuidados ERAS<sup>®</sup> *fast-track* associado a programa de pré-habilitação) (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014). A readmissão aos 30 dias assim como a incidência e gravidade de complicações aos 90 dias também não revelaram uma diferença significativa ( $p= 0.49$  e  $p=0.89$ , respetivamente) entre os dois grupos (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).

A pré-habilitação baseada em treino de exercício aumenta significativamente o *muscle power* (produto da força pela velocidade) dos doentes no pré-operatório (Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016). Sugere-se que um programa curto de duas semanas é eficaz nos doentes submetidos a cistectomia radical e aumenta significativamente a capacidade física antes da cirurgia (Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016).

Independentemente do grupo de controlo ou do grupo experimental, todos os doentes receberam aconselhamento e educação para a saúde como parte integrante dos programas de reabilitação perioperatórios: cessação tabágica e alcoólica (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Barberan-Garcia et al., 2019; Zhang et al., 2020) promoção de atividade física (Barberan-Garcia et al., 2019); e necessidade da mobilização precoce no pós-operatório ao abrigo do protocolo ERAS<sup>®</sup> (Gillis et al., 2014; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018; Zhang et al., 2020). Estes têm como objetivo prevenir complicações como ileus parálítico e incapacidade de realizar AVD por fraqueza muscular (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

São identificadas como técnicas de reabilitação respiratória a implementar: respiração diafragmática, inspirações profundas, utilização de inspirómetro de incentivo, expiração com lábios semicerrados e técnicas de limpeza da via aérea (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). Estas quando incluídas em programas de exercício pré-operatório mostraram-se eficazes na redução da incidência de complicações respiratórias pós-operatórias como pneumonia e atelectasias (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). O mesmo estudo refere que a reabilitação respiratória deve ser mantida no pós-operatório, em combinação com técnicas de mobilização precoce (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). É sugerido que programas pré-operatórios de curta duração (2 a 3 dias) impõem menor sobrecarga para o doente e para a equipa de reabilitação em comparação com programas mais longos. Desta forma torna-se mais viável a sua implementação (Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

A mobilização precoce tem sido associada ao aumento da motivação dos doentes (Grass et al., 2018), e à diminuição de múltiplas complicações pós operatórias:

- Complicações musculoesqueléticas associadas à imobilidade prolongada (Grass et al., 2018);
- Complicações respiratórias como pneumonia e atelectasias (Grass et al., 2018; Zhang et al., 2020);
- Incidência de leak urinário, obstrução intestinal e trombose venosa profunda (TVP) (Zhang et al., 2020).

O estudo de Grass et al. (2018) concluiu que 58% dos participantes não foi precocemente mobilizado de acordo com as guidelines ERAS<sup>®</sup> – pelo menos 6h fora do leito no primeiro dia de pós-operatório (Grass et al., 2018). O tempo de estadia no hospital foi superior nos doentes que não foram submetidos a mobilização precoce (Grass et al., 2018).

Almeida (2017) concluiu que ao 5º dia de pós-operatório os doentes submetidos a mobilização precoce obtiveram melhores resultados no 6MWT em comparação com os doentes do grupo de controlo (maior capacidade

funcional); menor incidência de fadiga e em menor intensidade quando reportada; e maior qualidade de vida (Almeida et al., 2017).

Uma outra complicação *major* dos doentes submetidos a cirurgia da qual resulta uma ostomia de eliminação é a hérnia paraestomal. Foram incluídos seis estudos e um Guia de Boas Práticas– *National Stoma Care Guidelines* –, da *Association of Stoma Care Nurses UK* (2016) que se focam na prevenção não-invasiva da hérnia paraestomal em doentes ostomizados (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; ASCN, 2016; Pérez & Mateos, 2016; Russell, 2019; Andersen et al., 2020).

A revisão da literatura realizada por Pérez & Mateos (2016) sugere que não há consenso sobre que estratégias podem os enfermeiros adotar para a prevenção não-invasiva da hérnia paraestomal (Pérez & Mateos, 2016). No entanto, referem benefícios na implementação de um programa de exercícios específicos logo desde o momento da alta (Pérez & Mateos, 2016).

Em 2005 Thompson & Trainor desenvolveram um estudo onde testaram a efetividade de um programa de prevenção da hérnia paraestomal. Este incluía aconselhamento sobre levantamento de pesos, informação sobre o risco de desenvolver hérnia e a introdução de exercícios leves e faixas de contenção aos três meses pós-operatório (Thompson & Trainor, 2005). Concluíram que o risco de hérnia era menor no grupo que aderiu ao programa, não havendo diferença na incidência de hérnias em cirurgias eletivas quando comparadas com cirurgia de urgência (Thompson & Trainor, 2005). As mesmas autoras sugerem que o tipo de ostomia não influencia o risco de incidência de hérnia paraestomal (Thompson & Trainor, 2005).

No entanto, em 2007 Thompson & Trainor estudaram a confiabilidade do programa anteriormente descrito (Thompson & Trainor, 2005), tendo verificado que o risco de hérnia é superior em doentes com colostomia do que em doentes com ileostomia ou urostomia (Thompson & Trainor, 2007). Sugerem ainda que o risco de incidência é superior nos primeiros seis meses após a cirurgia (Thompson & Trainor, 2007). A adesão total ao programa de exercício reduz o risco de incidência de hérnia paraestomal (Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; Russell, 2019).

Os autores consultados são consensuais no que diz respeito a questões relativas à educação dos doentes sobre a incidência de hérnia e fornecimento de informação sobre estratégias preventivas (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019). Há também consenso no que concerne à intensidade dos exercícios a serem introduzidos: inicialmente leves, com aumento gradual da intensidade consoante a tolerância (North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019, Andersen et al., 2020).

Três a quatro dias após a cirurgia sugerem iniciar exercícios abdominais hipopressivos, lateralização dos membros inferiores (articulação da anca e joelho em flexão e pés apoiados no leito) e *tilt* da bacia (báscula anterior e posterior em decúbito dorsal) (North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019).

Anderson (2020) propõe outros exercícios de fortalecimento da musculatura do core e músculos abdominais a introduzir faseadamente entre as 0 e 2 semanas, entre as 2 e 6 semanas e entre as 6 e 12 semanas de pós-operatório (Anderson et al., 2020).

A QoL dos doentes com ostomia de eliminação é um conceito importante a introduzir. North (2014) estudou a QoL de doentes submetidos a um programa de prevenção de hérnia paraestomal (North, 2014). Concluiu que 15% dos participantes desenvolveram hérnia paraestomal e que dos que aderiram totalmente ao programa a incidência foi de apenas 1% (North, 2014). A QoL dos doentes que não desenvolveram hérnia aumentou significativamente ao longo do 1º ano pós-operatório (North, 2014). No entanto, a QoL dos doentes inseridos no programa, mas que desenvolveram hérnia também aumentou, embora a um ritmo inferior (North, 2014).

Dado que as pessoas submetidas a cirurgia da qual vai resultar uma ostomia de eliminação podem experienciar sintomas que se traduzem em incapacidade para realizar o autocuidado, a escolha recai na Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, como quadro teórico de referência desde Projeto de Estágio (PE).

## **3.2. Enquadramento Conceptual do Tema**

### **3.2.1. A Pessoa em Situação de Cirurgia com Ostomia de Eliminação**

Para que o EEER possa delinear um programa individualizado de acordo com as intervenções acima expostas, importa compreender: que alterações/complicações estão sujeitas as pessoas submetidas a uma cirurgia *major* e quais as complicações específicas relacionadas com a construção de uma ostomia de eliminação.

O *stress* cirúrgico é amplamente estudado por induzir na pessoa respostas inflamatórias, metabólicas e hormonais aumentadas originando disfunções e outras complicações orgânicas multissistémicas (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Scott et al., 2015; Helander et al., 2019). Pode ainda resultar em estados de malnutrição e níveis reduzidos de atividade física (Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014). Prevenir o *stress* e minimizar esta resposta é a chave para potenciar a recuperação do doente cirúrgico e envolve uma intervenção multimodal (Scott et al., 2015).

Os efeitos catabólicos da cirurgia associados à imobilidade imposta no pós-operatório promovem a perda de massa muscular magra (Scott et al., 2015), que pode ser de até 2kg após cirurgia abdominal eletiva (Helander et al., 2019). Esta perda leva ao aumento das complicações musculoesqueléticas (atrofia e perda de força muscular, perda de massa óssea), potencia complicações respiratórias (tosse ineficaz, atelectasias, pneumonia) (Scott et al., 2015; Helander et al., 2019) e pode resultar em úlceras por pressão, tromboembolismo e diminuição da sensibilidade à insulina (Scott et al., 2015).

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos *per sei* estão associados a uma franca diminuição da capacidade funcional para desempenhar AVD no pós-operatório (Gillis et al., 2014; Awasthi et al, 2016; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019), conduzindo ao aumento das complicações pós-operatórias bem como ao aumento da estadia no hospital.

Outra complicação associada à cirurgia é a fadiga pós-operatória (FPO), que se caracteriza por sensação de cansaço e falta de concentração. A FPO

está diretamente relacionada com a cirurgia, sendo mais prolongada no tempo quanto maior for a intensidade do procedimento cirúrgico (Scott et al., 2015). Traduz-se na diminuição da reserva fisiológica nos dois a três meses após a cirurgia (Awasthi et al., 2019) e está associada: ao aumento da frequência cardíaca em repouso, à elevação de parâmetros inflamatórios, a um declínio na função cardiorrespiratória, perda de peso, fraqueza muscular e anorexia (Scott et al., 2015). A ansiedade e a depressão pré-operatórias estão associadas à incidência de FPO (Scott et al., 2015).

Os idosos encontra-se em maior risco de desenvolver estas complicações pós-operatórias, uma vez que o processo de envelhecimento *per si* é responsável pela diminuição da reserva funcional e da capacidade funcional, levando a menor tolerância para suportar o *stress* cirúrgico (Scott et al., 2015). No entanto, outros fatores de risco foram identificados: comorbilidades – hipertensão arterial, doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral, hipercolesterolemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes; obesidade; estado nutricional; controlo glicémico; doença oncológica; dependência de tabaco e/ou álcool; anemia; ansiedade, depressão e outras alterações emocionais (Scott et al., 2015). Também as pessoas com fraca condição física e com uma capacidade funcional reduzida se encontram mais predispostas a morbidade e mortalidade cirúrgica e aumento do tempo de estadia no hospital (Scott et al., 2015; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Minnella et al., 2019).

As especialidades cirúrgicas abordadas neste trabalho são duas das que envolvem manipulação da cavidade abdominal e podem resultar na construção de ostomia de eliminação: cirurgia coloretal (construção de ileostomia ou colostomia) e a cirurgia urológica – cistectomia (construção de conduto ileal – urostomia). O estado inflamatório causado pela manipulação cirúrgica da cavidade abdominal pode levar a alterações da motilidade gastrointestinal que resulta em ileus paralítico, prolongando o tempo de estadia no hospital (Helander et al., 2019).

As complicações pós-operatórias podem acontecer em até um terço dos doentes submetidos a cirurgia coloretal (Tevis & Kennedy, 2016). As mais

frequentes neste tipo de cirurgia relacionam-se com a manipulação da cavidade abdominal e são: infecção da ferida cirúrgica, infecção da cavidade abdominal, deiscência da anastomose e alterações da motilidade gastrointestinal como ileus parálitico e/ou obstrução (Tevis & Kennedy, 2016). Embora as complicações *major* sejam relativas à abordagem da cavidade abdominal, estes doentes também estão suscetíveis a complicações cardiorrespiratórias, hemorrágicas, urinárias e TVP como todas as outras pessoas submetidas a cirurgia (Tevis & Kennedy, 2016).

Tal como identificado para a cirurgia coloretal, os doentes submetidos a cistectomia encontram-se em risco de desenvolvimento de ileus parálitico, infecção da ferida cirúrgica, infeções da cavidade abdominal/pélvica, sepsis, hemorragia, pneumonia, TVP, úlceras por pressão, deiscência da anastomose (Nieuwenhuijzen et al., 2008). Richards & Steinberg (2013) sugerem uma percentagem de complicações pós-operatórias superior a 60% nos doentes submetidos a cistectomia radical (Richards & Steinberg, 2013) podendo ir até aos 64% (Jensen, Petersen, Jensen, Laustsen & Borre, 2014).

As intervenções de reabilitação implementadas apenas no período pós-operatório tornam-se mais difíceis de desenvolver e com menor adesão dado que: os doentes se encontram sobre os efeitos catabólicos da cirurgia, experienciam fadiga, estão mais ansiosos e mais preocupados em interferir com a recuperação (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2019).

O período pré-operatório surge como o momento ideal para otimizar a capacidade funcional e a reserva funcional da pessoa, o que lhe vai permitir gerir de melhor forma e com maior tolerância o *stress* cirúrgico ao qual vai ser submetida (Gillis et al., 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019). A este processo deu-se o nome de pré-habilitação (*prehabilitation*), e requer uma intervenção multimodal (Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019) que inclui a capacidade aeróbica e a força muscular da pessoa, o estado nutricional e a intervenção na ansiedade/estratégias de *coping* (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minnella et al., 2019). Estas mostraram-se eficazes na otimização da

capacidade funcional e, como consequência, numa recuperação pós-operatória facilitada e mais rápida (Gillis et al, 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Minella et al., 2019).

No pós-operatório, o programa de reabilitação inclui as intervenções de treino de exercício já iniciadas no pré-operatório (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019). Importa salientar que nesta fase também se dá especial enfoque: à mobilização precoce, com o objetivo de manter a capacidade funcional e diminuir as complicações mencionadas associadas à imobilidade (Cerantola et al., 2013; Gustaffson et al, 2013; Scott et al., 2015; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Helander et al., 2019; Zhang et al., 2020); à reabilitação respiratória para mitigar os efeitos e complicações pulmonares (Cordeiro & Menoita, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

Embora a pessoa submetida a cirurgia da qual resulta uma ostomia de eliminação esteja em risco de desenvolver todas as complicações acima descritas e beneficie das intervenções mencionadas, a abordagem cirúrgica da qual resulta um estoma contempla riscos próprios.

Os efeitos da cirurgia abdominal e da construção de estoma na função dos músculos da parede abdominal não está totalmente explorada (Anderson et al., 2020). No entanto, uma das complicações mais frequentes da construção de uma ostomia após cirurgia é o risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; Russel, 2017b; Anderson et al., 2020) por potencial fragilidade/trauma da musculatura da parede abdominal (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; Russell, 2017a; Russell, 2017b).

A hérnia paraestomal consiste numa deformação abdominal causada pela passagem de ansas intestinais através de um defeito iatrogénico na fáscia periestomal até ao tecido subcutâneo (Thompson & Trainor, 2005; Pérez & Mateos, 2016; Russel, 2017a; Russell, 2017b).

Fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem: idade; tosse crónica e/ou situações que aumentem a pressão intra-abdominal; mau estado

nutricional, obesidade, distensão e perímetro abdominal; fumadores; infecção; uso de corticosteroides; alterações no metabolismo do colagénio; tipo de estoma e localização no abdómen; tipo de cirurgia (eletiva ou de urgência), técnica cirúrgica e/ou cirurgias abdominais prévias (North, 2014; Pérez & Mateo, 2016; Russell, 2017a).

A prevenção e tratamento da hérnia paraestomal está amplamente estudada na literatura médica através da utilização de redes profiláticas ou terapêuticas, para reforço dos tecidos da parede abdominal. No entanto, existe também disponível evidência relativamente à prevenção da hérnia paraestomal com recurso a intervenções não invasivas. Os autores consultados sugerem a utilização de planos de treino da musculatura abdominal, musculatura do core e musculatura pélvica através de exercícios específicos em momentos específicos (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007, North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019; Anderson et al., 2020).

Os dados sugerem que iniciar exercícios leves no pós-operatório e ir incrementando a sua intensidade consoante a tolerância da pessoa resulta na redução da incidência da hérnia paraestomal, se houver adesão total ao programa (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; North, 2014; Russel, 2019). Estes exercícios devem ser incluídos nos programas de intervenção perioperatória à pessoa portadora de ostomia no sentido de proporcionar os melhores cuidados possíveis.

### **3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade**

A capacidade funcional pré-operatória tem vindo a ser estudada como um dos fatores preditores de risco de desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Mesmo na ausência de comorbilidades, a cirurgia abdominal é responsável por 20 a 40% de redução da capacidade funcional basal (Gillis et al., 2014; Awashti et al., 2019; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019). A sua otimização é um dos objetivos *major* nos cuidados pré-operatórios, quer em cirurgia coloretal quer em cirurgia urológica (Gillis et al., 2014; Jensen et al., 2016; Awashti et al., 2019; Minnella et al., 2019; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

A capacidade funcional pode ser avaliada através da realização do teste de marcha de 6 minutos (6MWT). O desempenho no teste está diretamente relacionado com a capacidade aeróbica, endurance cardiovascular, força muscular e capacidade para a pessoa desempenhar AVD (Awasthi et al., 2019). Um fraco desempenho no teste corresponde à capacidade funcional para andar inferior a 400 metros no decorrer dos 6 minutos da duração da prova (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019).

A ocorrência de fadiga pós-operatória constitui-se como outro fator altamente limitativo e incapacitante para a realização das AVD, dada toda a sintomatologia associada descrita.

Da mesma forma, a mitigação da ansiedade desempenha um papel importante na recuperação após a cirurgia, uma vez que quando instalada constitui um fator aditivo de *stress* para a pessoa. O estado emocional influencia negativamente a QoL, os *outcomes* cirúrgicos e aumenta o tempo de estadia no hospital (Cerantola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Gillis et al., 2014; Scott et al., 2015; Awasthi et al., 2019).

Um dos grandes fatores que contribui para o aumento dos níveis de ansiedade, para além do procedimento cirúrgico, é a possibilidade de viver com uma ostomia. Não só a hérnia paraestomal é uma das complicações mais comuns na pessoa portadora de ostomia, como é também a que mais significativamente afeta a QoL destas pessoas (North, 2014; Russel, 2017b; Anderson, 2020).

North (2014) avaliou a QoL de ostomizados submetidos a intervenção precoce para a prevenção de hérnia paraestomal: a presença da hérnia afeta negativamente a QoL das pessoas (North, 2014). No entanto, a longo prazo, independentemente da presença ou não da hérnia paraestomal, a QoL de todos os participantes aumentou, embora com maiores *scores* no grupo de doentes que não desenvolveu hérnia (North, 2014).

Russell estudou em 2017 a atividade física e ser portador de estoma (Russell, 2017a). Uma das conclusões apresentadas sugere que as pessoas portadoras de ostomia referem sentir medo da prática de exercício e atividade física pelo risco de desenvolver hérnia paraestomal (Russell, 2017a). A mesma

autora sugere ainda que existe uma correlação entre a prática de exercício físico e os sentimentos de bem-estar face ao estoma, aumentando a QoL (Russell, 2017a).

Após o diagnóstico de hérnia paraestomal as pessoas tendem a reduzir ou até mesmo cessar toda a prática de atividade física por receio de piorar a hérnia, por terem sido aconselhadas por um profissional de saúde a ser cautelosas ou por não terem recebido qualquer aconselhamento (Russell, 2017b). A inatividade pode aumentar o risco de incidência de outras comorbilidades (Russell, 2017b).

Todos estes fatores têm como consequência uma potencial incapacidade para desempenhar as AVD e, portanto, dependência de terceiros. Esta dependência pode sobrecarregar a família e/ou os cuidadores e ser ainda mais geradora de *stress* para todos os intervenientes.

Importa salientar o tempo de estadia e as readmissões hospitalares. As complicações pós-operatórias são identificadas como um dos fatores que mais contribui para o aumento do tempo de estadia e para a taxa de readmissões (Jensen, Petersen, Jensen, Laustsen & Borre, 2014; Tevis & Kennedy, 2016); assim como geram um impacto negativo mais significativo na qualidade de vida da pessoa, morbilidade e mortalidade, e nos custos associados aos cuidados de saúde (Barberan-Garcia et al., 2019).

Uma das formas de reduzir a incidência das readmissões hospitalares passa por identificar os fatores de risco e implementar programas específicos para a prevenção das complicações pós-operatórias (Tevis & Kennedy, 2016). Caso estas ocorram, a sua identificação precoce e o tratamento em regime de ambulatório são a chave para a prevenção da readmissão (Tevis & Kennedy, 2016).

No caso específico dos programas de pré-habilitação que incluem treino no hospital, Barberan-Garcia et al. (2019) concluíram que estes reduzem as complicações perioperatórias sem aumentar diretamente os custos para o sistema de saúde, podendo ser considerada uma intervenção custo-efetiva (Barberan-Garcia et al., 2019).

O tempo de estadia bem como as readmissões hospitalares que podem ser prevenidas têm vindo a ser estudadas como indicadores da qualidade dos cuidados e da satisfação dos doentes perante os cuidados prestados (Tevis & Kennedy, 2016).

### **3.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

Face ao exposto infere-se que as pessoas submetidas a cirurgia coloretal e/ou urológica estão sujeitas a um risco elevado de desenvolver complicações pós-operatórias relacionadas com a anestesia geral, mas também com a abordagem da cavidade abdominal. Quando da cirurgia deriva a construção de uma ostomia de eliminação, estas pessoas enfrentam uma vulnerabilidade acrescida: não apenas pelo trauma cirúrgico, mas também pela necessidade de aprender a viver com um estoma. Todos estes fatores podem afetar a sua funcionalidade bem como a QoL.

Faz parte das competências dos EEER avaliar as alterações potenciais ou reais apresentadas pelas pessoas de quem cuida, ao longo de todo o ciclo de vida, e a todos os níveis funcionais (OE, 2010b). É claro que nesta população em particular há um elevado potencial de alterações multissistémicas e o EEER deve ser capaz de as reconhecer, avaliar e planear intervenções específicas. Face aos autores consultados, a avaliação da pessoa deve incidir especialmente nos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações; e na capacidade funcional com recurso ao 6MWT.

No âmbito do domínio das intervenções do EEER, torna-se essencial conceber e implementar intervenções para a redução do risco de alterações sensoriomotoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, relacionadas com a alimentação, eliminação e sexualidade; bem como maximizar a funcionalidade da pessoa (OE, 2010b). Assim sendo, com base na bibliografia estudada, sugerem-se de seguida intervenções a implementar num programa de reabilitação específico para as pessoas em perioperatório de cirurgia coloretal e/ou urológica da qual resulta uma ostomia de eliminação.

## Pré-operatório

O período pré-operatório foi identificado como sendo o momento-chave para se iniciar a implementação de intervenções de reabilitação (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019; Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo, 2019). A maioria dos autores refere um período ótimo para iniciar o programa até quatro semanas antes da intervenção cirúrgica (Gillis et al., 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Awasthi et al., 2019). No entanto, Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo (2019) sugerem que um programa com um período de intervenção pré-operatória mais curto (cerca de dois a três dias antes da cirurgia) pode ter benefícios: maior adesão por parte dos doentes, diminuição da sobrecarga da equipa de reabilitação e facilitação da implementação dos programas nos hospitais (Watanabe, Momosaki, Suzuki & Abo, 2019).

Nesta fase o EEER deve encontrar-se com a pessoa de forma a transmitir informação, aconselhar e responder às dúvidas dos doentes no que diz respeito:

- Procedimento cirúrgico e utilização de drenagens e cateteres; alimentação precoce; controlo da dor; estomaterapia (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Mobilização precoce e prevenção do tromboembolismo (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Estratégias de prevenção de ileus parálítico (Gustafsson et al., 2013).
- Objetivos a serem alcançados pelo doente em cada momento do pós-operatório (Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).

Todas as informações transmitidas ao doente devem ser fornecidas em suporte escrito como, por exemplo, panfletos ou diários do doente (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).

A otimização pré-operatória e a pré-habilitação consistem num conjunto de intervenções implementadas com o objetivo de melhorar a capacidade funcional da pessoa, e são:

- Cessação tabágica e alcoólica, a ocorrer até quatro semanas antes da cirurgia (Cerontola et al., 2013; Gustafsson et al., 2013; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014).
- Introduzir exercícios de reabilitação respiratória (Menoita e Cordeiro, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).
- Encorajar a prática de atividade física (Cerontola et al., 2013).
- Aconselhamento nutricional, estratégias de redução de ansiedade e implementação de treino de exercício (aeróbico, endurance e de força muscular) (Gillis et al., 2014; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018).

### **Pós-operatório**

No que diz respeito ao período pós-operatório, o EEER deve implementar intervenções que vão ao encontro da minimização dos efeitos nefastos da imobilidade e promoção da recuperação e da funcionalidade. Estas devem ser iniciadas no pós-operatório imediato, desenvolver-se ao longo de todo o internamento e, posteriormente, mantidas no domicílio. Englobam:

- Mobilização precoce (Richards & Steinberg, 2013; Almeida et al., 2017; Grass et al., 2018; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019; Zhang et al., 2020).
- Reabilitação respiratória (Menoita & Cordeiro, 2012; Richards & Steinberg, 2013; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).
- Exercícios específicos para o fortalecimento da musculatura abdominal, core e pélvica (Thompson & Trainor, 2005; Thompson, 2007; North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019; Andersen et al., 2020).
- Promoção da atividade física em segurança após ostomia (Russell, 2017a; Russell, 2017b).

Em Anexo II e III poderão ser consultadas em detalhe as intervenções propostas e atividades a ser implementadas no programa de reabilitação, adaptadas da bibliografia estudada.

#### **3.2.4. Quadro de Referência**

A existência de complicações pós-operatórias com enfoque particular na diminuição da capacidade funcional e na fadiga podem condicionar a capacidade da pessoa para desempenhar as AVD e, desta forma, para o autocuidado.

Assim sendo, o quadro de referência teórico que norteou a construção deste trabalho é a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem.

O autocuidado é visto como a capacidade de executar tarefas em benefício próprio, e com o objetivo de preservar a vida, o funcionamento saudável, o desenvolvimento e o bem-estar (Taylor, 2004, p. 213). Para se manter saudável e funcional é necessário que a pessoa tenha capacidade para satisfazer seis requisitos universais descritos por Orem.

Caso a pessoa não seja capaz dar resposta às suas necessidades de autocuidado, através da manutenção dos requisitos universais, surge o déficit de autocuidado (Taylor, 2004). O EEER intervém no sentido de colmatar ou ajudar a colmatar os défices identificados. Pode intervir como um sistema totalmente ou parcialmente compensatório, ou orientar/apoiar a pessoa para que consiga satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Taylor, 2004).

No caso particular da população em estudo, todos os requisitos universais podem estar potencialmente alterados. No entanto, é necessário focar a atenção no requisito *Prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana*, dado que se pretende prevenir a incidência de complicações pós-operatórias, otimizar a capacidade funcional e promover a saúde.

Ao longo do percurso perioperatório do doente a necessidade de intervenção do EEER vai alternando entre os três sistemas de enfermagem.

No pré-operatório espera-se que a intervenção seja essencialmente preparatória/educativa, pelo que emerge o sistema de apoio/orientação. Centra-se na otimização pré-operatória do doente e em fornecer ferramentas para que consiga alcançar a máxima capacidade funcional para o desempenho das AVD.

Já no período pós-operatório imediato, verifica-se uma maior dependência nos cuidados de enfermagem e, regra geral, impera o sistema parcialmente e totalmente compensatório. Nesta fase o EEER implementa intervenções que visam prevenir as potenciais complicações pós-operatórias e minimizar os efeitos das complicações que efetivamente ocorrem.

À medida que o doente vai recuperando autonomia, as intervenções de enfermagem de reabilitação tornam-se cada vez menos compensatórias: o objetivo é que a pessoa recupere a totalmente a capacidade de se autocuidar. Na sua impossibilidade, o EEER introduz ajudas técnicas ou outros dispositivos de compensação que permitam a máxima capacidade funcional para o desempenho das AVD (OE, 2010b).

### **3.3. Plano de Trabalho e Métodos**

#### **3.3.1. Objetivos gerais e objetivos específicos**

Para a implementação deste PE foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos. Ambos preveem a aquisição e desenvolvimento das competências definidas nos regulamentos de competências comuns do EE e específicas do EEER, e foram construídos com base nesses documentos.

Objetivos Gerais:

- (1) Desenvolver competências para prestar cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação à pessoa em perioperatório de cirurgia com construção de ostomia de eliminação.
- (2) Desenvolver competências para prestar cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas com alterações sensoriomotoras, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, eliminação e sexualidade.

Objetivos específicos:

8. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a intervenção especializada do EEER, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática clínica.
9. Analisar as dinâmicas dos locais de ensino clínico, através da perspectiva do EEER.
10. Analisar a função do EEER na equipa multidisciplinar em todos os contextos de ensino clínico.
11. Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER.
12. Prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriomotoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, da eliminação, da alimentação e da sexualidade em contexto hospitalar e comunitário, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.
13. Prestar cuidados de ER à pessoa em situação de perioperatório com ostomia de eliminação nos contextos de ambulatório, internamento e comunitário, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.
14. Analisar regularmente o processo de aprendizagem de forma a evoluir na aquisição e desenvolvimento de competências.

### **3.3.2. Fundamentação da escolha dos locais de estágio**

Os locais de estágio foram selecionados com base na problemática em estudo neste projeto de estágio, nas competências que são necessárias adquirir enquanto futura EEER e nos objetivos delineados.

Os locais de estágio incorporam cuidados desenvolvidos por EEER em ambulatório e em contexto de internamento hospitalar, a desenvolver no Centro Clínico Champalimaud; assim como cuidados prestados por EEER na comunidade, no âmbito do Centro de Saúde de Alcântara.

Foram propostos três contextos no CCC. Por ser um centro de referência para doentes oncológicos, são realizadas grandes cirurgias que resultam na construção de ostomia de eliminação.

No contexto de ambulatório (consulta multidisciplinar de urologia e de digestivo) há a possibilidade de acompanhar estes doentes desde o período pré-operatório onde se inserem algumas das intervenções estudadas nas consultas pré-operatórias. Em ambas as consultas será também possível observar doentes com alterações da eliminação e eventualmente da sexualidade. Na equipa de Digestivo existem três enfermeiras: uma enfermeira especialista em EEER, uma enfermeira especialista em oncologia (enfermagem médico-cirúrgica) e uma enfermeira de cuidados gerais. Na equipa de Urologia existem três enfermeiros, havendo apenas um EEER.

Posteriormente, o acompanhamento dos doentes no contexto de cuidados intensivos (ACIR) permitirá intervir precocemente junto dos doentes cuja cirurgia resultou em ostomia de eliminação, mas também nas áreas respiratória e sensoriomotora. Neste serviço existem dezasseis enfermeiros, dos quais quatro são EEER e dois são especialistas em pessoa em situação crítica (enfermagem médico-cirúrgica).

No contexto comunitário, espera-se que sob orientação do EEER desenvolva e consolide competências relacionadas com as áreas respiratórias, cognitiva, sensoriomotoras bem como do compromisso da alimentação

### **3.3.3. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados**

O planeamento das atividades a desenvolver em contexto de estágio foi construído com base nos objetivos propostos, nas competências a adquirir espelhado no regulamento de competências comuns do EE (OE; 2017a) e no regulamento de competências específicas do EEER (OE, 2017b).

Em Apêndice II podem ser consultadas as tabelas que descrevem o planeamento das atividades, bem como os indicadores, os recursos e os critérios de avaliação.

Em Apêndice III pode ser consultado o cronograma deste PE, onde constam as datas e locais de estágio assim como os objetivos a desenvolver em cada momento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas submetidas a cirurgia da qual resulta uma ostomia de eliminação encontram-se em risco para desenvolvimento de complicações pós-operatórias maior que podem condicionar a sua recuperação e diminuir a sua capacidade funcional. Como consequência, o desempenho das atividades de vida diária fica condicionado, ocorrendo um sério declínio na qualidade de vida e na participação social.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume um papel essencial na avaliação destas pessoas e na implementação de um programa de reabilitação perioperatório. O objetivo principal será maximizar a funcionalidade da pessoa e otimizar o seu estado de saúde ainda no período pré-operatório, para que possa enfrentar o *stress* cirúrgico com menores riscos pós-operatórios associados. A intervenção no pós-operatório imediato e posteriormente em ambulatório constituem também fases essenciais do programa de reabilitação, dado que permitem otimizar a recuperação da pessoa e a sua capacitação para o desempenho das suas atividades de vida diária o mais independente possível.

A construção deste projeto de estágio permitiu explorar mais profundamente a intervenção especializada do enfermeiro especialista em reabilitação neste contexto e com esta população tão particular. No entanto, as intervenções não se esgotam nesta população, podendo ser implementadas junto de pessoas noutras situações e contextos.

Este projeto de estágio será implementado em contexto de ensino clínico, a decorrer entre 24 de novembro de 2020 e 16 de abril de 2021. Para tal, será necessário mobilizar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, mas também os específicos para a população estudada. Foram definidas as atividades em apêndice cujo objetivo é o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ao longo do percurso de estágio, pode ser necessário realizar alterações ao projeto e pesquisas bibliográficas aprofundadas, dado as especificidades dos contextos, bem como as situações de cuidados experienciadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E.P.M.; Almeida, J.P.; Landoni, G.; Galas, F.R.B.G.; Fukushima, J.T.; Brito, C.M.M.; Cavichio, L.B.L.; Almeida, L.A.A.; Ribeiro-Jr., U.; Osawa, E.A.; Diz, M.P.E.; Cecatto, R.B.; Battistella, L.R.; Hajjar, L.A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 119 (5), p.900–907. DOI: [10.1093/bja/aex250](https://doi.org/10.1093/bja/aex250).
- Andersen, R.M.; Thomsen, T.; Danielsen, A.K.; Gögenur, I.; Alkjær, T.; Nordentoft, T.; Possfelt-Møller, E. & Vinther, A. (2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: [10.1080/09638288.2020.1771620](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620).
- ASCN (2016). ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK. Disponível em: <https://www.sath.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Stoma-Care-Guidelines.pdf>
- Awasthi, R.; Minella, E.M.; Ferreira, V.; Ramanakumar, A.V.; Scheede-Bergdahl, C. & Carli, F. (2018). Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection. *Acta Anaesthesiol Scand*. 63:461-467. DOI: [10.1111/aas.13292](https://doi.org/10.1111/aas.13292).
- Barberan-Garcia, A.; Ubre, M.; Pascual-Argente, N.; Risco, R.; Faner, J.; Balust, J.; Lacy, A.M.; Puig-Junoy, J.; Roca, J. & Martinez-Palli, G. (2019). Post-discharge impact and cost-consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 123 (4): 450-456. DOI: [10.1016/j.bja.2019.05.032](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.05.032).
- Bousquet-Dion, G.; Awasthi, R.; Loiselle, S.E.; Minnella, E.M.; Agnihotram, R.V.; Bergdahl, A.; Carli, F. & Scheede-Bergdahl, C. (2018). Evaluation of supervised multimodal prehabilitation programme in cancer patients undergoing colorectal resection: a randomized control trial. *Acta Oncológica*. DOI: [10.1080/0284186X.2017.1423180](https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1423180).

- Cerantola, Y.; Valerio, M.; Persson, B.; Jichlinski, P.; Ljungqvist, O.; Hubner, M.; Kassouf, W.; Muller, S.; Baldini, G.; Carli, F.; Naesheimh, T.; Ytrebo, L.; Revhaug, A.; Lassen, K.; Knutsen, T.; Aarseth, E.; Wiklund, P. & Hitendra R.H. Patel, H.R.H. (2013). Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) society recommendations. *Clinical Nutrition*. 32(6):879-887. DOI: [10.1016/j.clnu.2013.09.014](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.09.014).
- Gillis, C.; Li, C.; Lee, L.; Awasthi, R.; Augustin, B.; Gamsa, A.; Liberman, S.; Stein, B.; Charlebois, P.; Feldman, L.S.; Carli, F. (2014). Prehabilitation versus Rehabilitation A Randomized Control Trial in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer. *Anesthesiologists*. 121:937-47. DOI: [10.1097/ALN.0000000000000393](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000393).
- Grass, F.; Pache, B.; Martin, D.; Addor, V.; Hahnloser, D.; Demartines, N.; Hübner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilisation after colorectal surgery: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 56: 161–166. DOI: [10.1016/j.ijisu.2018.06.024](https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2018.06.024).
- Gustafsson, u.o.; Scott, M.J.; Scwenk, W.; Demartines, N.; Roulin, D.; Francis, N.; McNaught, C.E.; MacFie, J.; Liberman, A.S.; Soop, M.; Hill, A.; Kennedy, R.H.; Lobo, D.N.; Fearon, K. & Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) Society. *World J Surg*. 37:259–284. DOI: [10.1007/s00268-012-1772-0](https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0).
- Helander, E.M.; Webb, M.P.; Menard, B.; Prabhakar, A.; Helmstetter, J.; & Cornett, E.M.; Urman, R.D.; Nguyen, V.H. & Kaye, A.D. (2019). Metabolic and the Surgical Stress Response Considerations to Improve Postoperative Recovery. *Current Pain and Headache Reports*. 23(5):33. DOI: [10.1007/s11916-019-0770-4](https://doi.org/10.1007/s11916-019-0770-4).
- Jensen, B.T.; Petersen, A.K.; Jensen, J.B.; Laustsen, S. & Borre, M. (2014). Efficacy of a multiprofessional rehabilitation programme in radical cystectomy pathways: A prospective randomized controlled trial. *Scand J Urol*. 49(2): 133–141. DOI: [10.3109/21681805.2014.967810](https://doi.org/10.3109/21681805.2014.967810).

- Jensen, B.T.; Laustsen, S.; Jensen, J.B.; Borre, M. & Petersen, A.K. (2016). Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways—secondary results from a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 24(8): 3325–3331. DOI: [10.1007/s00520-016-3140-3](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3140-3).
- Menoita, E.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Minnella, E.M.; Awasthi, R.; Bousquet-Dion, G.; Ferreira, V.; Austin, B.; Audi, C.; Tanguay, S.; Aprikian, A.; Carli, F. & Kassouf, W. (2019). Multimodal Prehabilitation to Enhance Functional Capacity Following Radical Cystectomy: A Randomized Controlled Trial. *Eur Urol Focus*. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2019.05.016>.
- Nieuwenhuijzen, J.A.; de Vries, R.R.; Bex, A.; van der Poel, H.G.; Meinhardt, W.; Antonini, N. & Horenblas, S. (2008). Urinary Diversions after Cystectomy: The Association of Clinical Factors, Complications and Functional Results of Four Different Diversions. *European urology* 53: 834–844. DOI: [10.1016/j.eururo.2007.09.008](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2007.09.008).
- North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing*. 23(5): S14-S18. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14).
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (22-10-2011), 1-16. ELI:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEE Reabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEE_Reabilitacao.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. SBN 978-989-8444-35-6.

Pérez, M.G.; Mateos, M.A.R. (2016). Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm.* 19(4): 55-59.

Peters, M.D.J.; Godfrey, C.; Mclnerney, P.; Munn, Z.; Tricco, A.C. & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Regulamento nº350/2015 (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série (nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660. ELI: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf).

Richards, K.A. & Steinberg, G.D. (2013). Perioperative outcomes in radical cystectomy: how to reduce morbidity?. *Curr Opin Urol.* 23(5):456-65. DOI: [10.1097/MOU.0b013e32836392bb](https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e32836392bb).

Russell, S. (2017a). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(5): 820-826. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.5.S20](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.S20).

Russell, S. (2017b). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(17): S12-S18. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.17.S12](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12).

Russell, S. (2019). Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 46(3):215-218.

- Scott, M.J.; Baldini, G.; Fearon, K.C.H.; Feldheiser, A.; Feldman, L.S.; Gan, T.J.; Ljungqvist, O.; Lobo, D.N.; Rockall, T.A.; Schricker, T.; & Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 59. p.1212–1231.
- Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, Charlene; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Mesquita Rodrigues, A. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *Journal of Coloproctology*. 39(1):48-55. DOI: 10.1016/j.jcol.2018.10.006.
- Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- Tevis, S.E. & Kennedy, G.D. (2016). Postoperative Complications: Looking Forward to a Safer Future. *Clin Colon Rectal Surg*. 29: 246-252. DOI: [10.1055/s-0036-1584501](https://doi.org/10.1055/s-0036-1584501).
- Thompson, M.J. & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing*. 3(2): 23-27.
- Thompson, M.J. (2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*. 5(3): 22-28.
- Watanabe, T.; Momosaki, R.; Suzuki, S.; Abo, M. (2019). Preoperative rehabilitation for patients undergoing colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer*. 28(5): 2293-2297. DOI: [10.1007/s00520-019-05061-z](https://doi.org/10.1007/s00520-019-05061-z).
- Zhang, H.; Wang, H.; Zhu, M.; Xu, Z.; Shen, Y.; Zhu, Y.; Xu, Y.; Chen, W.; Miao, C. (2020). Implementation of enhanced recovery after surgery in

patients undergoing radical cystectomy: A retrospective cohort study.  
*European Journal of Surgical Oncology* 46:202-208.  
DOI: [10.1016/j.ejso.2019.07.021](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.07.021).

## **APÉNDICES**

**Apêndice I – Protocolo de Revisão *Scoping***

## **Apêndice I – Protocolo da Revisão Scoping**

Este protocolo de Revisão Scoping foi desenhado tendo por base as orientações do manual de revisores *The Joanna Briggs Intitute* (2020) para revisões scoping (Peters et al., 2020).

**Tema:** A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Cirurgia com Construção de Ostomia de Eliminação.

### **Objetivos da revisão:**

1. Mapear e analisar as intervenções que podem ser desenvolvidas pelos EEER na pré-habilitação e reabilitação pós-operatória na pessoa submetida a cirurgia abdominal.
2. Mapear e analisar as intervenções que podem ser desenvolvidas pelos EEER na prevenção da hérnia paraestomal da pessoa com ostomia de eliminação.

**Palavras-chave:** *stoma surgery; abdominal surgery; prehabilitation; rehabilitation; rehabilitation nursing; parastomal hernia; exercise.*

### **Questões de investigação:**

1. Que intervenções pode o EEER desenvolver na pré-habilitação e reabilitação pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia coloretal ou urológica?
2. Que intervenções pode o EEER desenvolver no pós-operatório de cirurgia abdominal para diminuir o risco de hérnia paraestomal relacionada com a construção de uma ostomia de eliminação?

### **Critérios de inclusão**

#### População

- Adultos (idade igual ou superior a 18 anos);
- Pessoas submetidas a cirurgia coloretal ou urológica – cistectomia.
- Pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal e/ou vesical.

## Conceito

- Estudos que se refiram a intervenções que possam ser desenvolvidas pelo EEER na pré-habilitação, reabilitação pré-operatória e/ou reabilitação pós-operatória;
- Estudos que se refiram a intervenções não-invasivas para a prevenção da hérnia paraestomal que possam ser desenvolvidas pelo EEER.

## Contexto

- Período perioperatório.

## Tipos de estudos

- Estudos publicados em Português, Inglês ou Espanhol.
- Estudos publicados após o ano de 2014.
- Todos os tipos de estudos quantitativos e qualitativos, bem como livros/manuais da especialidade, guias de boas práticas e outros documentos de entidades oficiais.

## **Critérios de exclusão**

- População pediátrica (idade inferior a 18 anos);
- Artigos cujos focos sejam outros que a intervenção de reabilitação pré e pós-operatória na cirurgia coloretal ou urológica;
- Artigos com foco diferente da prevenção não invasiva da hérnia paraestomal na ostomia de eliminação;
- Artigos não acessíveis em texto integral.
- Artigos noutras línguas que não Português, Inglês ou Espanhol;
- Artigos publicados antes do ano 2014.

## **Estratégia de pesquisa**

Numa primeira fase será realizada uma pesquisa livre contendo as palavras-chave *stoma surgery*; *abdominal surgery*; *prehabilitation*; *rehabilitation*; *rehabilitation nursing*; *parastomal hernia*; *exercise*. Serão analisadas as palavras-chave dos artigos encontrados. Optou-se por duas bases de dados – CINAHL Complete e MEDLINE Complete –, para a segunda fase da pesquisa,

recorrendo à plataforma EBSCOhost. Nesta fase serão construídas fórmulas de pesquisa através dos termos indexados para as respectivas bases de dados bem como operadores booleanos. Será realizada, numa terceira etapa, a análise das referências bibliográficas dos estudos encontrados de forma a identificar outras fontes primárias que possam ser incluídas nesta revisão. Serão também consultados manuais da especialidade e outros documentos produzidos por entidades oficiais.

#### Fórmula de Pesquisa – 1ª questão

##### **CINAHL Complete**

- P S1: (MH "Surgery, Urologic") OR (MH "Surgery, Digestive System")
- C S2: (MH "Postoperative Complications/RH") OR (MH "Postoperative Complications/PC") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Prehabilitation") OR (MH "Rehabilitation") OR (MH "Rehabilitation Nursing")
- C S3: (MH "Perioperative Period")

##### **S1 AND S2**

##### **MEDLINE Complete**

- P S1: (MH "Colorectal Surgery") OR (MH "Urologic Surgical Procedures")
- C S2: (MH "Rehabilitation") OR (MH "Nursing Care") OR "prehabilitation" OR (MH "Postoperative Complications/PC") OR (MH "Postoperative Complications/RH")
- C S3: (MH "Perioperative Period")

##### **S1 AND S2**

Fórmula de Pesquisa – 2ª questão

**CINAHL Complete**

- P S1: (MH "Ostomy") OR (MH "Urinary Diversion") OR (MH "Ileostomy") OR (MH "Ostomy Care /RH") OR (MH "Colostomy") OR (MH "Ureterostomy")
- C S2: (MH "Rehabilitation") OR (MH "Rehabilitation Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Therapeutic Exercise") OR (MH "Resistance Training") OR (MH "Muscle Strengthening") OR (MH "Abdominal Exercises") OR (MH "Kegel Exercises") OR (MH "Exercise")
- C S3: (MH "Postoperative Period")

**S1 AND S2**

**MEDLINE Complete**

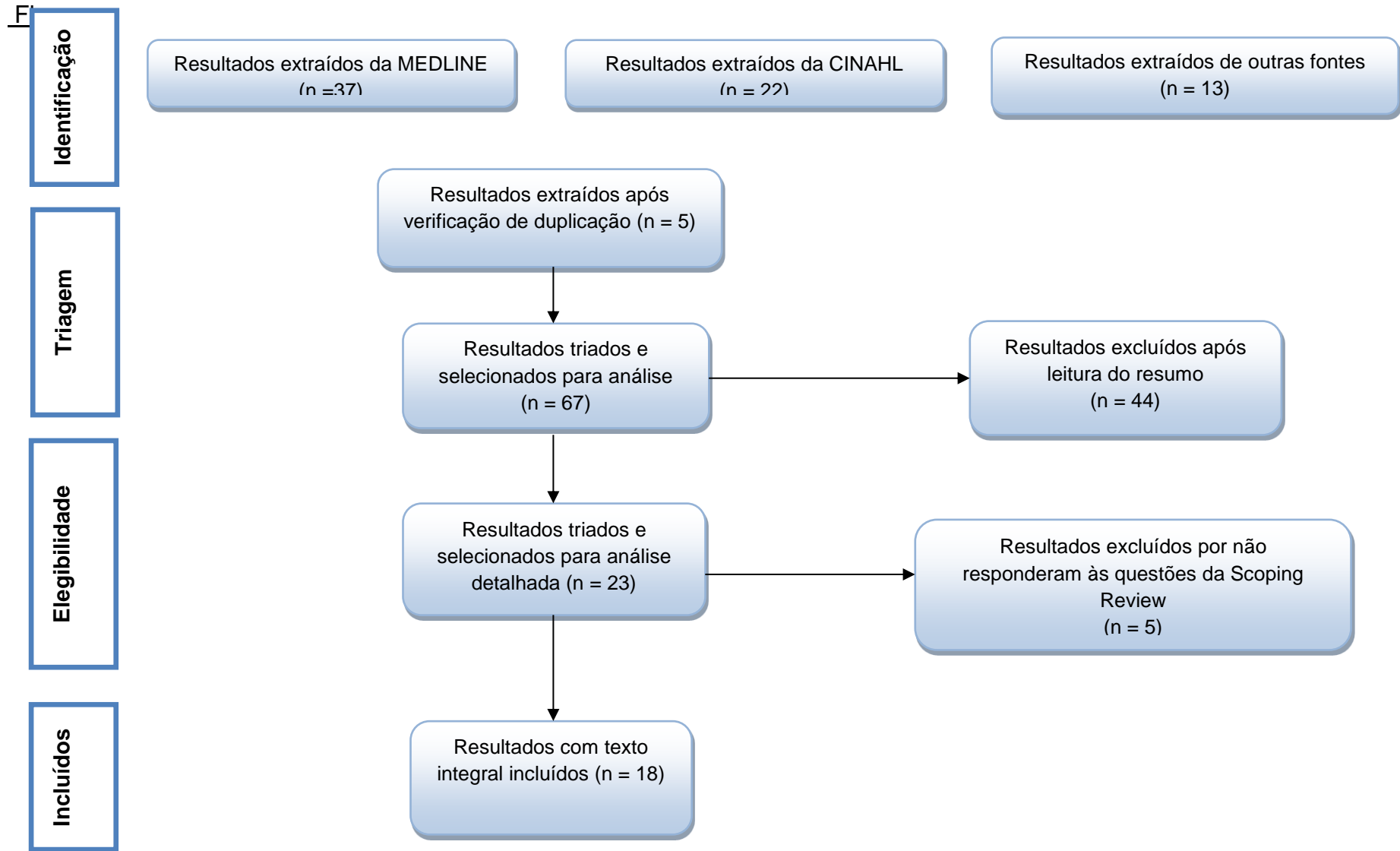
- P S1: (MH "Ostomy") OR (MH "Colostomy") OR (MH "Ileostomy") OR (MH "Urinary Diversion") OR (MH "Ureterostomy")
- C S2: (MH "Rehabilitation") OR (MH "Rehabilitation Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Exercise Therapy") OR (MH "Exercise Movement Techniques") OR (MH "Exercise")
- C S3: (MH "Postoperative Period")

**S1 AND S2**

## **Seleção dos estudos**

Os estudos serão identificados e triados consoante os critérios de inclusão e de exclusão acima descritos, através da leitura e análise do título e *abstract*. Os estudos selecionados para análise detalhada serão incluídos após leitura do texto integral se responderem às questões desta revisão. Os artigos selecionados a partir da análise das referências bibliográficas dos estudos obtidos através da pesquisa nas bases de dados bem como outros estudos encontrados em outras pesquisas serão também incluídos nesta revisão como *resultados extraídos de outras fontes*. Manuais da especialidade e outros documentos produzidos por entidades oficiais serão também incluídos nesta revisão como literatura gray.

Diagrama PRISMA



## **Apêndice II – Planejamento de Atividades**

**Objetivo Específico:** (1) Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a intervenção especializada do EEER, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática clínica.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p><b>A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</b>  <b>A1:</b> Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.  <b>A2:</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B1:</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.  <b>B2:</b> Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b>  <b>D2:</b> Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p><b>J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de revisão bibliográfica de artigos científicos e manuais de referência da área da enfermagem de reabilitação.</li> <li>• Mobilização os conhecimentos já adquiridos em UC bem como na prática clínica enquanto enfermeira.</li> <li>• Participação em programas de reabilitação já implementados nos locais de estágio.</li> <li>• Participação em eventos específicos do âmbito da reabilitação (congressos, seminários, formações).</li> <li>• Prestação de cuidados de ER baseados na evidência científica mais recente, adequando os conhecimentos teóricos à individualidade da pessoa alvo de cuidados de ER.</li> <li>• Prestação cuidados de ER de forma ética, legal e deontológica, centrados na pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado pesquisa bibliográfica.</li> <li>• Ter participado como observadora e ativamente em programas de reabilitação.</li> <li>• Ter participado em eventos formativos específicos da ER.</li> <li>• Ter prestado cuidados de ER baseados na evidência mais recente.</li> <li>• Ter individualizado e adequado os conhecimentos teóricos durante a prestação de cuidados de ER.</li> <li>• Ter prestado cuidados de ER baseados nos princípios éticos, legais e deontológicos.</li> </ul>	<p>Durante todo o estágio.</p>
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; doente e família.  <b>Físicos:</b> Locais de estágio; Biblioteca da ESEL.  <b>Materiais:</b> normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet;</p>		
<b>Critérios de Avaliação</b>	<p>A pesquisa bibliográfica bem como a participação em eventos formativos têm permitido o desenvolvimento de competências específicas na área da ER?  A prestação de cuidados de ER está a ser baseada nos princípios éticos, legais e deontológicos, assumindo uma filosofia de cuidados centrada na pessoa?</p>		

<b>Objetivo Específico:</b> (2) Analisar as dinâmicas e organização dos locais de ensino clínico, através da perspectiva do EEER.			
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Duração</b>
<p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B1:</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>C: Domínio da gestão dos cuidados.</b>  <b>C1:</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta e análise de protocolos, normas e manuais e de visita ao local.</li> <li>• Realização uma entrevista ao enfermeiro responsável de cada local de estágio.</li> <li>• Análise da estrutura física e especificidades do serviço na perspectiva do EEER.</li> <li>• Identificação e conhecimento das dinâmicas da prestação de cuidados especializados do EEER.</li> <li>• Identificação dos materiais disponíveis e produtos de apoio existentes no serviço/unidade.</li> <li>• Observação e participação em programas de reabilitação já implementados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter consultado e analisado os documentos organizacionais.</li> <li>• Ter realizado uma visita aos locais de estágio.</li> <li>• Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros responsáveis dos locais de estágio.</li> <li>• Ter analisado a estrutura física e as especificidades necessárias para a prestação de cuidados ER.</li> <li>• Ter conhecimento sobre os materiais disponíveis e de apoio para prestação de cuidados ER.</li> <li>• Ter conhecimento sobre programas de reabilitação que existam nas instituições.</li> <li>• Ter uma participação observante/ativa nos programas de reabilitação.</li> </ul>	<p>Nas primeiras 2 semanas de cada estágio.</p>
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro responsável pelo serviço; Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar.  <b>Físicos:</b> Locais de estágio; instituição.  <b>Materiais:</b> normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet.</p>		
<b>Crítérios de Avaliação</b>	<p>A visita aos locais de estágio e a entrevista realizada ao enfermeiro responsável tem permitido compreender a função dos EEER naquele contexto e os materiais de que dispõem para implementar planos de cuidados de ER? A consulta de documentos institucionais tem permitido conhecer programas de reabilitação existentes ou em desenvolvimento?</p>		

<b>Objetivo Específico:</b> (3) Analisar a função do EEER na equipa multidisciplinar em todos os contextos de ensino clínico.				
<b>Domínios e Competências</b>		<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Duração</b>
<p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B1:</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.  <b>B2:</b> Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>C: Domínio da gestão dos cuidados.</b>  <b>C1:</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.  <b>C2:</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto vivido, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b>  <b>D1:</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da participação do EEER na equipa multidisciplinar.</li> <li>• Observação e análise da articulação dos cuidados de reabilitação entre o EEER e os outros profissionais.</li> <li>• Observação e análise da articulação entre os EEER do hospital e da comunidade/ambulatório.</li> <li>• Análise da intervenção do EEER na equipa multidisciplinar.</li> <li>• Identificação e observação das atividades de ER desenvolvidas pelo EEER.</li> <li>• Colaboração com todos os membros da equipa de enfermagem.</li> <li>• Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter integrado a equipa de enfermagem dos locais de estágio.</li> <li>• Ter compreendido a articulação do EEER com os outros membros da equipa multidisciplinar.</li> <li>• Ter compreendido a articulação para a continuidade de cuidados pós-alta.</li> <li>• Ter identificado as intervenções que são do âmbito da prestação de cuidados ER em cada local de estágio.</li> <li>• Ter colaborado na prestação de cuidados ER.</li> </ul>	Durante todo o estágio.
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar.  <b>Físicos:</b> Locais de estágio.  <b>Materiais:</b> normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet.</p>			
<b>Citérios de Avaliação</b>	<p>A compreensão da função do EEER tem permitido realçar a sua importância no seio da equipa multidisciplinar?  A identificação das intervenções específicas desenvolvidas pelo EEER está a permitir estruturar o âmbito de prestação de cuidados ER e a antecipação de possíveis situações de conflito multidisciplinar?</p>			

<b>Objetivo Específico:</b> (4) Integrar a prática clínica especializada centrada no processo de cuidados prestados pelos EEER.				
<b>Domínios e Competências</b>		<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Duração</b>
<p><b>A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</b>  <b>A2:</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>C: Domínio da gestão dos cuidados.</b>  <b>C1:</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.  <b>C2:</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto vivido, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p><b>J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b></p> <p><b>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar a equipa de enfermagem em todos os contextos de estágio.</li> <li>• Acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados ER.</li> <li>• Colaboração na prestação de cuidados especializados de ER.</li> <li>• Garantir que os cuidados de ER são holísticos e centrados na pessoa.</li> <li>• Análise da articulação para aquisição/aluguer dos materiais de apoio necessários.</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com os familiares/cuidadores de modo a envolvê-los na prestação de cuidados ER à pessoa.</li> <li>• Instruir os familiares/cuidadores e supervisionar os cuidados delegados aos garantindo a segurança e a qualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter integrado a equipa de enfermagem dos vários contextos de estágio.</li> <li>• Ter prestado cuidados de ER sob supervisão do enfermeiro orientador.</li> <li>• Ter prestado cuidados de ER holísticos e centrados na pessoa.</li> <li>• Ter articulado com outros profissionais/instituições para aquisição/aluguer de materiais de apoio necessários à situação da pessoa.</li> <li>• Ter estabelecido uma relação terapêutica e envolvido os familiares/cuidadores no processo de cuidados ER.</li> <li>• Ter garantido que os familiares/cuidadores prestam os cuidados de ER delegados em segurança e com qualidade.</li> </ul>	Durante todo o estágio.
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; professor orientador; doentes e cuidadores/familiares.</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de estágio; Biblioteca da ESEL.</p> <p><b>Materiais:</b> normas, protocolos e manuais do serviço/unidade; outros materiais resultantes de pesquisa na internet, materiais de apoio necessários à prestação de cuidados ER.</p>			
<b>Crítérios de Avaliação</b>	<p>A prestação de cuidados de ER holísticos e centrados na pessoa (envolvendo os familiares) tem permitido maximizar a capacidade funcional e a independência da pessoa alvo de cuidados, bem como a adesão ao programa de reabilitação?</p> <p>A articulação para aquisição de materiais de apoio necessários tem permitido promover a reinserção social e maximizar a</p>			

independência e capacidade funcional?

A supervisão dos familiares/cuidadores na prestação de cuidados ER delegados está a permitir garantir a qualidade e segurança dos cuidados?

<b>Objetivo Específico:</b> (5) Prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriais, motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, da eliminação, da alimentação e da sexualidade em contexto hospitalar e comunitário, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.			
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Duração</b>
<p><b>A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</b>  <b>A1:</b> Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.  <b>A2:</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b>  <b>D1:</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.  <b>D2:</b> Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p><b>J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p><b>J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de bibliografia específica da área da ER.</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo de cuidados.</li> <li>• Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados ER.</li> <li>• Planeamento programas de reabilitação centrados na pessoa e tendo por base o processo de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro orientador.</li> <li>• Mobilização de instrumentos e escalas para avaliar a funcionalidade e a capacidade para o autocuidado.</li> <li>• Realização técnicas de ER: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RFR a pelo menos 2-3 doentes.</li> <li>○ Relativas à área motora: posicionamentos, levante, transferências, mobilizações.</li> <li>○ Relativas à alimentação/disfagia a pelo menos 1 doente.</li> </ul> </li> <li>• Realização do exame neurológico a pelo menos 2-3 doentes.</li> <li>• Realização de registos de ER.</li> <li>• Identificação dos materiais/produtos de apoio necessários à situação de cuidados da pessoa e efetuar os respetivos ensinamentos com vista à maximização da funcionalidade e independência para o desempenho das AVD.</li> <li>• Envolvimento do familiar/cuidador na prestação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter consultado bibliografia específica na área de cuidados para construção e desenvolvimento de conhecimento teórico-prático.</li> <li>• Ter utilizado a metodologia do processo de enfermagem para planejar programas de reabilitação.</li> <li>• Ter mobilizado instrumentos e escalas na fase de apreciação da pessoa.</li> <li>• Ter desenvolvido as competências na execução de técnicas de RFR.</li> <li>• Ter desenvolvido competências na execução de técnicas de posicionamentos, levante, transferências e mobilizações na área sensoriomotora.</li> <li>• Ter realizado o exame neurológico a pelo menos 1 doente mobilizando instrumentos apropriados.</li> <li>• Ter realizado registos de ER detalhados que permitam a continuidade de cuidados.</li> <li>• Ter identificado os materiais de apoio mais adequados à situação da pessoa e utilizá-los/procurar alternativas.</li> <li>• Ter envolvido os familiares/cuidadores como forma de aumentar a adesão ao programa e a segurança e qualidade</li> </ul>	<p>Durante todo o estágio.</p>

<p>participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><b>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>	<p>de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da prática com o enfermeiro orientador e professor orientador 1 vez por semana.</li> </ul>	<p>dos cuidados de ER.</p>	
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; Professor orientador, doentes e familiares/cuidadores.</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de estágio; Biblioteca da ESEL.</p> <p><b>Materiais:</b> escalas de avaliação da força e tónus muscular, da capacidade funcional, da independência, processo clínico do doente; manuais e outra bibliografia da área da reabilitação.</p>		
<p><b>Critérios de Avaliação</b></p>	<p>A consulta de bibliografia, do processo clínico do doente e do processo de enfermagem suportam o planeamento de programas de reabilitação ao longo do estágio?</p> <p>As competências nas áreas RFR, sensoriomotora e de exame neurológico têm sido desenvolvidas e aprofundadas através da execução das técnicas de ER sob supervisão do enfermeiro orientador?</p> <p>O envolvimento do familiar/cuidados tem permitido maior adesão ao programa bem como maior segurança e qualidade dos cuidados de ER?</p> <p>A análise regular da prática e o feedback do enfermeiro e do professor orientador estão a contribuir para o desenvolvimento profissional ao longo do decorrer do estágio?</p>		

**Objetivo Específico:** (6) Prestar cuidados de ER à pessoa em situação de perioperatório com ostomia de eliminação nos contextos de ambulatório, internamento e comunitário, baseando a prática na evidência científica disponível, utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p><b>A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</b>  <b>A1:</b> Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.  <b>A2:</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B: Domínio da melhoria contínua da qualidade.</b>  <b>B3:</b> Garante um ambiente seguro e terapêutico.</p> <p><b>C: Domínio da gestão dos cuidados.</b>  <b>C1:</b> Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.  <b>C2:</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto vivido, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados ER.</li> <li>• Consulta de bibliografia específica da área de ER.</li> <li>• Consulta do processo clínico do doente.</li> <li>• Realização de consulta de ER pré-operatória: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de colheita de dados e avaliação da pessoa através de escalas de funcionalidade, força muscular e capacidade aeróbia.</li> <li>○ Prescrição de programa de treino de exercícios aeróbicos, de força muscular e de endurance a realizar no domicílio.</li> <li>○ Educação para a saúde (cessação alcoólica e tabágica).</li> <li>○ Introdução de técnicas de RFR, de relaxamento e de levante precoce, transferências e mobilizações.</li> <li>○ Esclarecimento dúvidas e fornecimento de materiais escritos com os objetivos a ser atingidos no pós-operatório</li> <li>○ Referenciação para apoio nutricional.</li> <li>○ Referenciação para apoio psicológico.</li> <li>○ Encorajamento da participação do familiar/cuidador.</li> <li>○ Identificação das potenciais necessidades de cuidados de ER no regresso ao domicílio.</li> <li>○ Realização de registos de ER.</li> </ul> </li> <li>• Implementação do programa de ER no pós-operatório em contexto hospitalar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de levante precoce.</li> <li>○ Realização de mobilizações passivas e ativas dos segmentos corporais.</li> <li>○ Realização de exercícios específicos para prevenção da</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter prestado cuidados de ER, sob supervisão, à pessoa submetida a cirurgia com construção de ostomia de eliminação no pré-operatório, pós-operatório imediato e na comunidade.</li> <li>• Ter realizado articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar.</li> <li>• Ter realizado a apreciação e da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação específicos.</li> <li>• Ter individualizado o programa de reabilitação às necessidades específicas da pessoa.</li> <li>• Ter realizado registos específicos de ER como forma de continuidade de cuidados.</li> <li>• Ter realizado ensinamentos sobre técnicas de RFR e área motora.</li> <li>• Ter executado técnicas de RFR, posicionamentos, transferências, levante e mobilizações.</li> </ul>	<p>Durante todo o estágio.</p>

<p><b>D1:</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2:</b> Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p><b>J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p><b>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>	<p>hérnia paraestomal após 3-4 dias de pós-operatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de técnicas de RFR.</li> <li>○ Realização de registos ER.</li> <li>○ Articulação da continuidade de cuidados com a equipa do ambulatório/cuidados de saúde primários.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Supervisionar a pessoa no pós-operatório em contexto de ambulatório ou cuidados de saúde primários: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Validação e encorajamento da adesão ao programa de treino de exercício iniciado no pré-operatório.</li> <li>○ Observação do estoma para verificar presença de complicações (hérnia paraestomal).</li> <li>○ Introdução gradual da complexidade e intensidade dos exercícios da musculatura pélvica e do core.</li> <li>○ Avaliação da QoL após ostomia de eliminação.</li> <li>○ Educação para a saúde: comportamentos de risco para desenvolvimento de hérnia paraestomal e funcionalidade e independência para as AVD.</li> <li>○ Realização de registos ER.</li> </ul> </li> <li>● Validação das intervenções com o enfermeiro orientador.</li> <li>● Avaliação da prestação de cuidados ER com o enfermeiro orientador e com o professor orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ter realizado a avaliação da intervenção especializada de ER com o enfermeiro orientador e com o professor orientador.</li> </ul>	
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; Professor orientador, doentes e familiares/cuidadores.</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de estágio; Biblioteca da ESEL.</p> <p><b>Materiais:</b> escalas de avaliação da força e tónus muscular, da capacidade funcional, da independência, processo clínico do doente; manuais e outra bibliografia da área da reabilitação.</p>		
<p><b>CrITÉrios de Avaliação</b></p>	<p>A prestação de cuidados de ER centrados na pessoa e na sua individualidade, seguindo a evidência mais recente, no pré e pós-operatório (a nível hospitalar, ambulatório, cuidados de saúde primários) têm permitido desenvolver competências específicas do EEER?</p> <p>A prática de técnicas de RFR e de transferências, mobilizações e levante estão a permitir desenvolver competências nas áreas respiratória e motora?</p> <p>A análise regular da prática e o feedback do enfermeiro e do professor orientador estão a contribuir para o desenvolvimento profissional durante o estágio?</p>		

<b>Objetivo Específico:</b> (7) Analisar regularmente o processo de aprendizagem de forma a evoluir na aquisição e desenvolvimento de competências.			
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Duração</b>
<p><b>D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b></p> <p><b>D1:</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2:</b> Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação do desenvolvimento de conhecimentos e competências junto do enfermeiro orientador de estágio.</li> <li>• Realização de sessões de orientação tutorial com o Professor orientador.</li> <li>• Análise de situações de cuidados através da construção de pelo menos um plano de cuidados por cada local de estágio.</li> <li>• Utilização do método reflexivo de Gibbs através da construção de pelo menos 3 jornais de aprendizagem sobre as situações de cuidados/aprendizagens experienciadas.</li> <li>• Consulta de manuais da especialidade bem como outra bibliografia da área de ER.</li> <li>• Consulta de documentação institucional dos locais de estágio.</li> <li>• Construção do relatório final de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter obtido feedback junto do enfermeiro orientador, do doente/família/cuidador.</li> <li>• Ter realizado sessões de orientação tutorial com o Professor orientador.</li> <li>• Ter construído pelo menos plano de cuidados por cada local de estágio.</li> <li>• Ter refletido sobre a aprendizagem e produzido jornais de aprendizagem.</li> <li>• Ter consultado artigos científicos e manuais da especialidade, bem como normas e outros documentos institucionais dos locais de estágio.</li> <li>• Ter construído o relatório final de estágio.</li> </ul>	<p>Durante todo o estágio.</p>
<b>Recursos</b>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro orientador do estágio; equipa multidisciplinar; Professor Orientador; doentes e famílias/cuidadores.</p> <p><b>Físicos:</b> Local de estágio; Biblioteca da ESEL.</p> <p><b>Materiais:</b> manuais da especialidade, bibliografia obtida através da internet em bases de dados científicas, normas, protocolos e manuais do serviço/unidade.</p>		
<b>Crítérios de Avaliação</b>	<p>As sessões de orientação tutorial com o Professor orientador bem como o feedback do enfermeiro orientador estão a contribuir para melhorar a prática de cuidados de ER e desenvolver as competências comuns e específicas do EEER?</p> <p>O desenvolvimento das atividades nos locais de estágio estão a permitir uma prática de cuidados de ER baseada na evidência científica?</p> <p>Os planos de cuidados e as reflexões têm demonstrado conhecimento teórico-prático sobre a área da ER bem como sobre o desenvolvimento profissional enquanto futura EEER?</p>		

## **Apêndice III – Cronograma**

### Apêndice III – Cronograma

Ano	2020						2021														
	Novembro		Dezembro				Janeiro					Fevereiro			Março					Abril	
Semana	1	2	3	4	-	-	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	-	7	8	9
Dias	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	01	08	15	22	31	05	12
	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	05	12	19	30	02	09	16
Locais	Consulta Urologia e Digestivo		ACIR		Férias do Natal		ACIR					CS Alcântara					Páscoa	CS Alcântara			
Objetivos Específicos	1	█		█		█															
	2	█		█		█					█			█					█		
	3	█		█		█															
	4	█		█		█					█			█					█		
	5	█		█		█															
	6	█		█		█															
	7	█		█		█															

**ANEXOS**

## **Anexo I – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Perioperatório**

## Anexo I – Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Perioperatório

### Período Pré-operatório

	Objetivo	Intervenções do EEER
<b>Educação para a Saúde</b> <b>Otimização pré-operatória</b> (adaptado de Gillis et al., 2014; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Bousquet-Dion et al., 2018; Barberan-Garcia et al., 2019; Zhang et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduzir a ansiedade relativamente à cirurgia e anestesia.</li><li>• Otimizar a condição pré-operatória.</li><li>• Responsabilizar o doente pelo seu processo de saúde/doença.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estratégias de cessação tabágica e alcoólica pelo menos até 4 semanas antes da cirurgia.</li><li>• Promoção da atividade física.</li><li>• Explicar mobilização precoce no pós-operatório e prevenção do tromboembolismo.</li><li>• Explicar objetivos a ser atingidos pelo doente em cada momento.</li><li>• Estomaterapia pré-operatória.</li><li>• Fornecer materiais escritos.</li></ul>
<b>Pré-habilitação</b> (adaptado de (Gillis et al., 2014; Jensen, Petersen, Jensen Laustsen & Borre, 2014; Jensen, Laustsen, Jensen, Borre & Petersen, 2016; Awasthi et al., 2018; Bousquet-Dion et al., 2018; Minnella et al., 2019).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar a capacidade funcional e a tolerância fisiológica ao <i>stress</i> cirúrgico.</li><li>• Intervenção nutricional (a cargo da nutricionista).</li><li>• Apoio psicológico: estratégias de coping e de redução da ansiedade (a cargo da psicologia).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação da capacidade funcional através do 6MWT.</li><li>• Programa de treino de exercício no domicílio, a ser implementado nas 4 semanas anteriores à cirurgia. Na sua impossibilidade, iniciar o mais precocemente possível.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Treino aeróbico e de endurance (caminhada, step, jogging, etc.).</li><li>○ Treino de força muscular (bandas elásticas).</li><li>○ N° de repetições consoante a intensidade tolerada pelo doente; média de 3 treinos por semana.</li></ul></li><li>• Estratégias de redução da ansiedade através de posições de relaxamento e do controlo da respiração (dissociação dos tempos respiratórios).</li></ul>
<b>Reabilitação Respiratória</b> (adaptado de Cordeiro & Menoita, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhorar a função pulmonar.</li><li>• Reduzir a ansiedade.</li><li>• Educar e demonstrar sobre técnicas a ser implementadas no pós-</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensino e treino:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Posição de descanso e relaxamento.</li><li>○ Consciencialização dos tempos respiratórios e do controlo da respiração.</li><li>○ Respiração diafragmática.</li><li>○ Inspirações profundas.</li><li>○ Expiração com os lábios semicerrados.</li></ul></li></ul>

operatório.

- Tosse com contenção da sutura.
- Mudanças ativas de posição.
- Introduzir o espirómetro de incentivo e realizar treino. Registrar os volumes.
- Promover o treino das técnicas do domicílio.

### Período Pós-operatório

	Objetivo	Intervenções do EEER
<b>Mobilização precoce</b>  (adaptado de Almeida et al., 2017).	<ul style="list-style-type: none"><li>● Prevenir complicações da imobilidade: diminuição da massa e força muscular, complicações respiratórias, úlceras por pressão, tromboembolismo, aumento da resistência à insulina.</li><li>● Aumentar a motivação do doente.</li><li>● Promoção da recuperação da capacidade funcional.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Avaliar força muscular e estabilidade do core.</li><li>● Exercícios de treino do core;</li><li>● Exercícios de treino de marcha;</li><li>● Treino isométrico e isotónico;</li><li>● Treino aeróbico.</li></ul> <p>(ver em detalhe em anexo III).</p>
<b>Reabilitação Respiratória</b>  (adaptado de Cordeiro & Menoita, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019)	<ul style="list-style-type: none"><li>● Prevenir atelectasia, pneumonia e outras complicações possíveis.</li><li>● Promover a expansão pulmonar, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios.</li><li>● Manter a permeabilidade das vias aéreas.</li><li>● Corrigir os defeitos posturais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Manter as técnicas iniciadas no pré-operatório.</li><li>● Aplicar técnicas de limpeza da via aérea, se necessário.</li><li>● Iniciar reeducação diafragmática, reeducação costal global e seletiva, técnicas de expansão pulmonar, treino dos músculos inspiratórios.</li><li>● Corrigir defeitos posturais e mobilizar a cintura escapular.</li></ul>
<b>Exercícios específicos do core, musculatura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Melhorar a força do core, musculatura abdominal e pélvica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 4 dias após a cirurgia: báscula anterior e posterior da bacia, lateralização dos membros inferiores com flexão da anca e dos joelhos</li></ul>

### **abdominal e pélvica**

(adaptado de North, 2014; ASCN, 2016; Russell, 2019; Andersen et al., 2020).

- Prevenção da hérnia paraestomal.

e exercícios abdominais hipopressivos.

- Nas primeiras duas semanas: prensa isométrica diagonal (joelho esquerdo + braço direito, e contralateral) e elevação dos joelhos na posição sentada (exercícios 6 e 9).
- 2-6 semanas: prensa isométrica diagonal, prensa da bola suíça entre os joelhos com a pessoa em decúbito dorsal e flexão da coxofemoral (exercícios 6 + 16 + 20).
- 6-12 semanas: abdominais diagonais, rotação dos joelhos e exercícios hipopressivos abdominais durante prancha em cadeira (exercícios 21 + 22 + 31).
- Realizar 5 repetições 3x por dia. Aumentar gradualmente a intensidade consoante tolerância.

### **Promoção da atividade física em segurança após ostomia**

(adaptado de Thompson & Trainor 2005; ASCN, 2016; Russell, 2019).

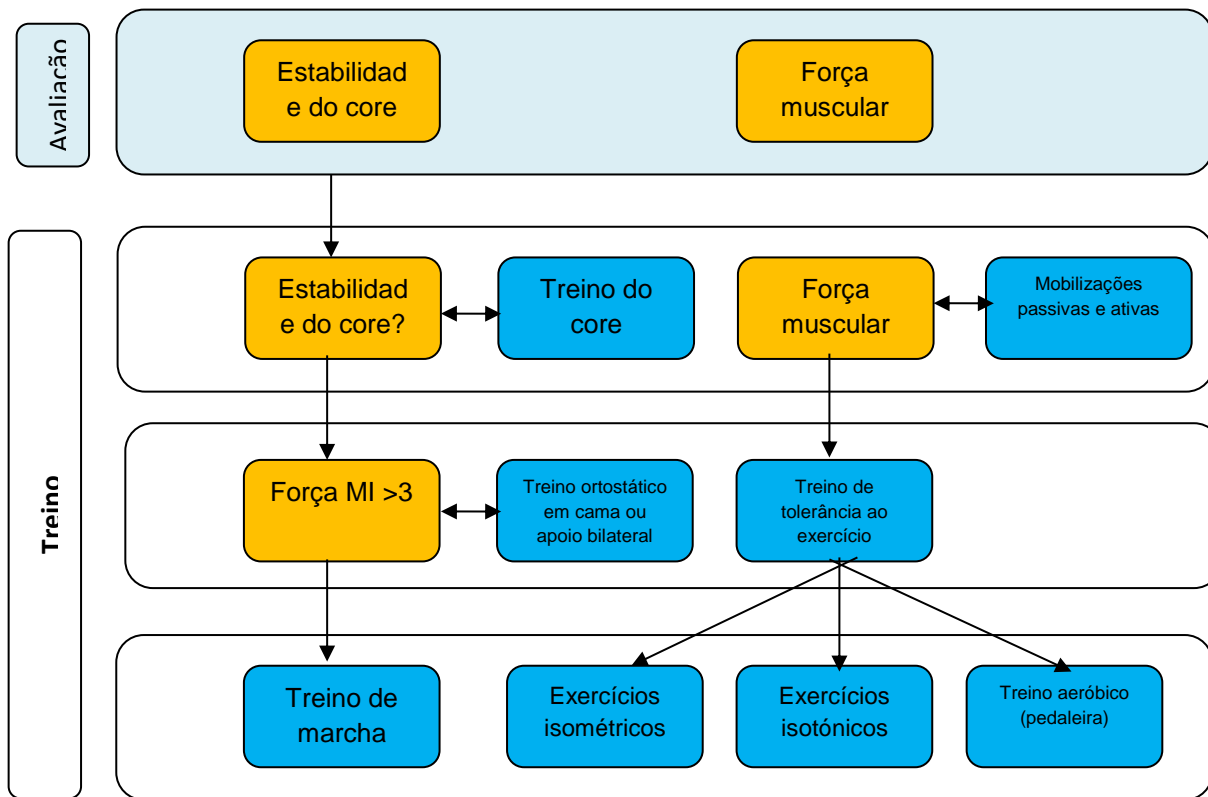
- Prevenção da hérnia paraestomal no 1º ano após a cirurgia.

- O risco de hérnia é superior no 1º ano.
- Após 12 semanas: andar, pilates, yoga, tai chi, nadar, hidroginástica, golf, jardinagem, pesca, futebol, ténis, escalada, ginásio, esquiar, mergulho.
- Ponderar faixa de contenção sempre que fatores de risco para desenvolver hérnia.
- Aconselhar sobre atividades que envolvam grandes pesos.

## **Anexo II – Exercícios de Mobilização Precoce no período Pós-operatório**

## Anexo II – Exercícios de Mobilização Precoce no período Pós-operatório

Fonte: adaptado de Almeida et al., 2017.



**Treino de core** Transferir o doente para a posição de sentado. Com apoio bilateral, se necessário, realizar os movimentos de flexão e extensão do tronco, lateralização bilateral e circundação. Repetir 10 vezes.

**Treino de marcha** Caminhar sob supervisão, com ou sem a utilização de dispositivos de apoio à marcha. Aumento progressivo da distância.

**Exercícios isométricos** 3 séries de 10 repetições, contrair os músculos glúteo, abdominais e quadríceps durante no mínimo 3 segundos.

**Exercícios isotônicos** Exercícios resistidos com 1kg de peso em todos os segmentos corporais, sendo aumentado o peso progressivamente.

**Treino aeróbio** Utilizando a pedaleira durante 20 minutos ou em 2 vezes 10 minutos.

### Definições:

1. Estabilidade do core: capacidade de o doente se sentar durante pelo menos 1 minuto.
2. Estabilidade ortostática: capacidade de o doente manter a posição ortostática sem apoio durante pelo menos 1 minuto, sem desenvolver sintomas sugestivos de síncope.
3. Força muscular: avaliada de 0 a 5 conforme a escala de força muscular do Medical Research Council.

**Anexo III – Exercícios para Fortalecimento do Core, Musculatura  
Abdominal e Pélvica**

### Anexo III – Exercícios para Fortalecimento do Core, Musculatura Abdominal e Pélvica

**Fonte:** adaptado de North, 2014; ASCN,2016; Russel, 2019.

Exercícios a ser implementados a partir do 3º/4º dia pós-operatório

1. Abdominais hipopressivos em decúbito dorsal ou lateral ou na posição sentado. Repetir 5x, 2-3x por dia.



2. Báscula anterior e posterior da bacia em decúbito dorsal. Repetir 5x, 2-3x por dia.



3. Lateralização dos membros inferiores (articulação da anca e joelho em flexão e pés apoiados no leito). Repetir 10x, 2-3x por dia.



Fonte: adaptado de Andersen et al., 2020.

1. Exercícios do grupo 1-14 dias pós-operatório:

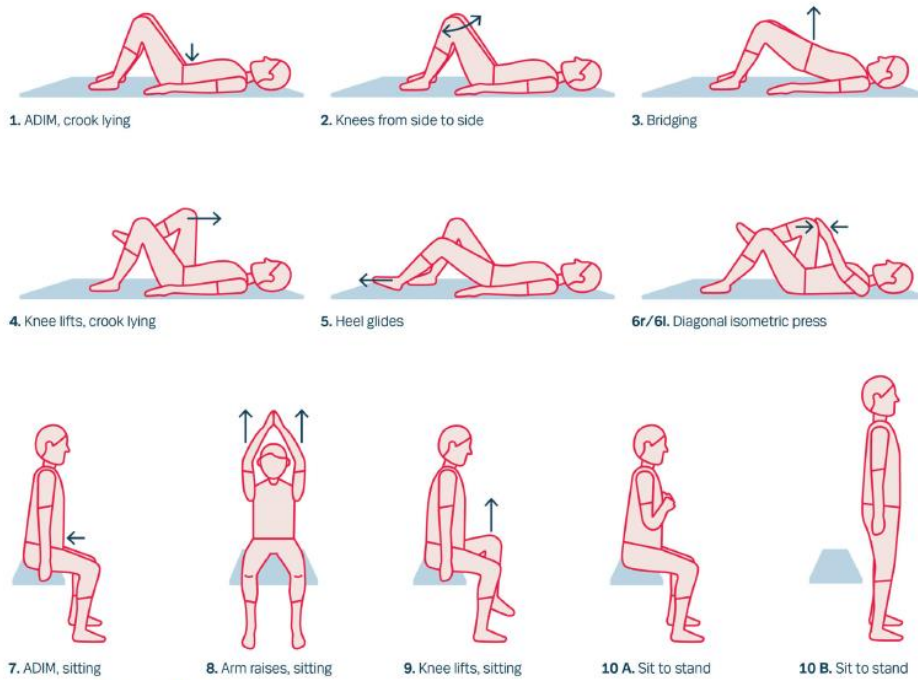


Figure 2. Overview of exercises for the Early group.

2. Exercícios do grupo 15-42 dias pós-operatório:

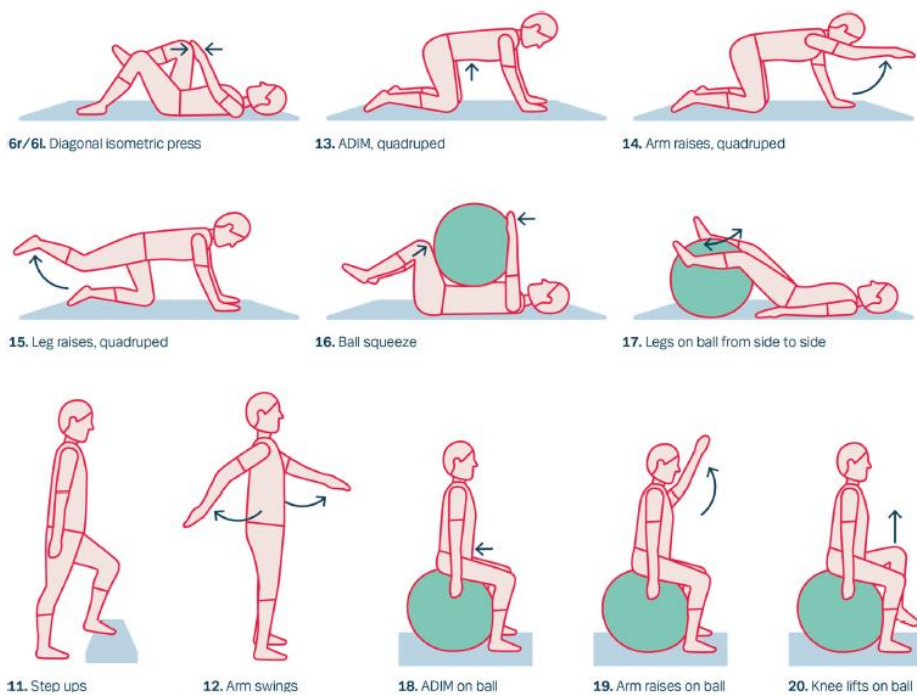


Figure 3. Overview of exercises for the Intermediate group.

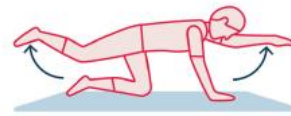
### 3. Exercícios do grupo 43-84 dias pós-operatório:



21r/21l. Diagonal sit-ups



22. Legs from side to side



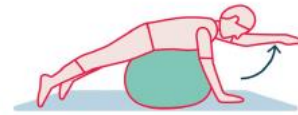
23. Diagonal raises, quadruped



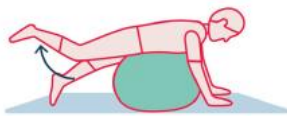
24. Bridging with ball



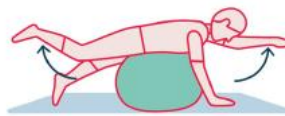
25. Sit-ups on ball



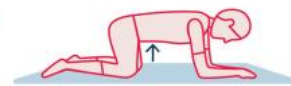
26. Prone arm raises on ball



27. Prone leg raises on ball



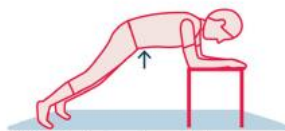
28. Prone diagonal raises on ball



29. ADIM, knee-plank



30. ADIM with ball



31. Chair-plank, extend legs, ADIM

Figure 4. Overview of exercises for the Late group.

**Anexo IV – Questionário de Qualidade de Vida em Ostomizados  
(StomaQoL)**

## **Anexo IV – Questionário de Qualidade de Vida em Ostomizados (StomaQoL)**

**Fonte:** adaptado de North, 2014; Silva et al., 2018.

Sempre    Às vezes    Raramente    Nunca

Sinto-me ansioso quando o saco está cheio.

Preocupo-me que o saco se descole.

Sinto a necessidade de saber onde é o wc mais próximo.

Preocupo-me que o saco cheire mal.

Preocupo-me com os sons do estoma.

Preciso de descansar durante o dia.

O meu saco limita o tipo de vestuário que posso utilizar.

Sinto-me cansado durante o dia.

O meu estoma faz-se sentir sexualmente pouco atraente.

Durmo mal durante a noite.

Preocupo-me que o meu saco se movimente.

Sinto-me embaraçado do meu corpo por causa do estoma.

É difícil para mim dormir fora de casa de uma noite para a outra.

É difícil esconder o facto de que uso um saco.

Preocupo-me que a minha condição seja um fardo para as pessoas próximas de mim.

Evito contacto físico próximo com os meus amigos.

O meu estoma torna difícil para mim estar com

outras pessoas.

Tenho receio de conhecer pessoas novas.

Sinto-me sozinho mesmo quando estou com outras pessoas.

Preocupo-me que a minha família se sinta estranha perto de mim.

**Apêndice II – Sessão “Prevenção não invasiva da hérnia  
paraestomal – cuidados de ER” – Unidade Urologia/Digestivo**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

## **Plano de Sessão de Formação – Prevenção não-invasiva da Hérnia Paraestomal**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeiros Orientadores:**



**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

**Lisboa  
dezembro 2020**



## **1. Designação da sessão**

Prevenção não invasiva da Hérnia Paraestomal – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

## **2. Duração prevista da sessão**

1 hora.

## **3. Data da Sessão**

21/12/2020.

## **4. Local da sessão**

Sala de Formação da Unidade Multidisciplinar.

## **5. Identificação do formador**

Enf<sup>a</sup> Beatriz Domingues, mestranda do 11<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## **6. Identificação do grupo destinatário da formação**

- Equipa de enfermagem da Unidade de Digestivo e da Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias. A sessão será aberta a todos os enfermeiros que pretendam em assistir.
- Equipa cirúrgica da Unidade de Digestivo.

## **7. Conteúdos da sessão**

### **1. Hérnia Paraestomal**

1. Fatores de Risco
2. Revisão da literatura

### **2. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC**

1. Princípios gerais
2. População-alvo do programa
3. Programa de Reabilitação

## 8. Metodologia

- Expositiva/demonstrativa: serão apresentados os conteúdos teóricos e demonstração/treino dos exercícios.
- Interativa: sessão final de discussão e *input* dos participantes.

## 9. Planeamento das Atividades

Duração (em minutos)	Atividade
3	Apresentação do formando e da temática da sessão.
15	Exposição teórica relativamente ao contexto do programa de prevenção.
25	Demonstração e treino dos exercícios de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.
10	Esclarecimento de dúvidas e discussão: conteúdos apresentados, técnica de execução dos exercícios, implementação do programa na prática clínica.
5	Avaliação dos objetivos propostos.
2	Encerramento da sessão.

## 10. Objetivos da sessão

No final da sessão os formandos devem saber:

1. Identificar os doentes com maior risco de desenvolver hérnia paraestomal.
2. Identificar a elegibilidade do doente para integrar o programa.
3. Descrever corretamente os exercícios recomendados para a prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.
4. Planear um programa de treino de exercício para a prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.



# SLIDES DA APRESENTAÇÃO

## Prevenção não invasiva da Hérnia Paraestomal

### Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Beatriz Lopes Domingues (5149)

Enf<sup>ª</sup> Orientadores:

Professor Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira



## Sumário

### 1. Hérnia Paraestomal

1. Fatores de Risco
2. Revisão da literatura

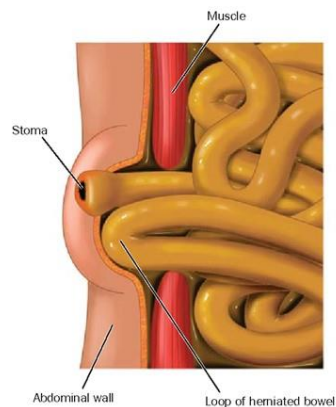
### 2. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC

1. Princípios gerais
2. População-alvo do programa
3. Programa de Reabilitação

### Bibliografia

# HÉRNIA PARAESTOMAL

- “Parastomal bulging is a common complication affecting **one-third of patients with a stoma 1 year after surgery, and more than 10% after 100 days**” (Anderson et al., 2020).



## 1.1. Fatores de Risco

- Idade superior a 64 anos.
- Tosse crónica e/ou situações que aumentem a pressão intra-abdominal;
- Mau estado nutricional, obesidade, distensão e perímetro abdominal;
- Fumadores;
- Infecção; uso de corticosteroides;
- Alterações no metabolismo do colagénio;
- Tipo de estoma e localização no abdómen;
- Tipo de cirurgia (eletiva ou de urgência),
- Técnica cirúrgica;
- Cirurgias abdominais prévias.

## 1.2. Revisão da Literatura

- A incidência de hérnia paraestomal é maior nos doentes com colostomias.
- O risco de desenvolver hérnia é superior no 1º ano pós-operatório.
- A adesão a um programa de treino de exercícios reduz a incidência de hérnia paraestomal.
- A qualidade de vida dos doentes sem hérnia aumentou significativamente ao longo do primeiro ano.
- Os doentes com ostomia são menos ativos porque têm uma ostomia.

### Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme

Thompson & Trainor (2005)

#### Abstract

There has been scant research into the prevention of parastomal hernia formation following stoma surgery, which is a common and distressing event. This study shows that the introduction of a prevention programme for a period of one year post surgery significantly reduces the incidence of hernia development. The programme is simple and involves education, abdominal exercises and advice on the use of abdominal support garments. As such, this study should influence the practice of stoma care nurses around the UK.

### Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on

Thompson & Trainor (2007)

#### Abstract

Parastomal hernia continues to be a common and distressing problem for patients with stomas and research investigating prevention strategies is scant. In March 2005 Thompson and Trainor reported that the introduction of a prevention programme for 1 year following stoma formation surgery significantly reduced the incidence of parastomal hernia. This follow-up study strengthens the reliability and validity of the findings of the first study by confirming a statistically significant reduction in the incidence of parastomal hernias through the introduction of a simple non-invasive prevention programme.

**2016**

Parastomal Hernia Prevention  
Author: JCCQ, HClin

**Statement:**  
Patients with a stoma are assessed by a Stoma Care Nurse (SCN) and an individualised prevention of parastomal hernia plan is formulated.

**Structure:**  
The patient and nurse agree on an appropriate prevention of parastomal hernia plan to minimise the risks and consequent complications.

**Process:**

- Ensure a private, confidential and safe environment where the patient can be examined, assessed and provided with information.
- Using clinical expertise undertake a clinical history to ascertain predisposing factors of parastomal hernia such as type of stoma, obesity (high BMI), long muscle weakness due to age or multiple abdominal surgeries, smoking, coughing and straining (Appendix 3i)
- Complete the Stoma QOL questionnaire to enable baseline QOL measurement (Appendix 3ii)
- Discuss activities that increase risk of parastomal hernia formation, e.g. Occupation that involves heavy lifting, strenuous exercise, gardening, vacuuming or lifting heavy wet washing
- Advise that driving after surgery should be avoided until after 4 weeks if laparoscopic surgery and 6 weeks after open surgery if hernia have healed (to be confirmed against patient insurance policy)
- Describe to patient what a parastomal hernia is and how one develops
- Explain the consequences of parastomal hernia, including the experience, discomfort, complications and possible surgical intervention, supported with appropriate evidence based research
- Provide reassurance about the patient's hernia prevention post surgery supported with written information, including exercises, demonstrated if required (Appendix 3ii)
- Advise patient to purchase lightweight support underwear from a high street store or obtain prescribed garment if required (Appendix 3ii)
- Advise patients who engage, development of a parastomal hernia may impact on effectiveness of irrigation by restricting the flow of water into the stoma
- Reinforce information on parastomal hernia prevention at regular intervals, e.g. at 1, 3, 6 months and annually
- Involve family and carers, where appropriate, and in agreement with the patient
- Feedback appropriate information to GPs, nurses, DNs or other relevant health care professional
- Evaluate the patient's understanding of the information given.

**Outcome:**  
The patient states the nurse offered advice and expertise on the prevention of parastomal hernia.

**2017**

### Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice?

Sarah Russell

**2017**

### Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers

Sarah Russell

Ostomy Care

J Wound Ostomy Continence Nurs, 2019;46(2):115-22  
Published by Lippincott Williams & Wilkins

**2019**

### Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia

A View From Here

Sarah Russell



ORIGINAL ARTICLE

Check for updates

Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study

Rune Martens Andersen<sup>a,b</sup>, Thordis Thomsen<sup>c,d</sup>, Anne Kjærgaard Danielsen<sup>b</sup>, Ismail Gögenur<sup>d,e</sup>,  
 Tine Alkjaer<sup>f</sup>, Tyge Nordentoft<sup>g</sup>, Emma Posselt-Møller<sup>h</sup> and Anders Vinther<sup>a,h</sup>

<sup>a</sup>Department of Surgical Gastroenterology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>b</sup>Department of Gastroenterology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>c</sup>Department of Anesthesiology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>d</sup>Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>e</sup>Department of Surgery, Center for Surgical Sciences, Zealand University Hospital, Køge, Denmark; <sup>f</sup>Department of Biomedical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>g</sup>Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte, Copenhagen, Denmark; <sup>h</sup>QD-Research Unit, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte, Copenhagen, Denmark



1

Green  
**PHASE ONE**

Start in the hospital and then continue at home. This phase is also the starting point if you've never done any abdominal movements before, even if your surgery was years ago.

If possible, and your health care professional approves, you can also follow this program BEFORE your ostomy surgery to pre-habilitate and strengthen your muscles prior to your operation.

2

Blue  
**PHASE TWO**

These are a progression of the green moves, and while slightly more challenging are still gentle. You should be comfortable with the green moves and have approval from your health care professional before progressing to this phase.

If you find it hard to get down onto the floor (if you've had a knee replacement for example) choose the 'sitting or standing' movements from this phase or do the moves on your bed.

3

Purple  
**PHASE THREE**

These moves are a further progression and should only be done once you're confident with Phase 2 and have your health care professional's approval. You may get to this stage 8-12 weeks after your surgery.

**RECOVERY EXERCISES**

Choose up to 4 moves each day from Green Phase 1 and try to do them twice per day. Choose different moves each day and make a note in the chart.

The me+™ recovery series is not intended to provide medical advice. You should speak with your health care professional before engaging in physical activity following ostomy surgery. In the event you experience pain or discomfort, stop the activity immediately and contact your health care professional.

Each day make a note of the following:

Day after Surgery/Day	Daily Moving/Activity	Recovery Phase/Move	Treatment Goal
1			
2			
3			
4			
1			
2			
3			
4			
1			
2			
3			
4			
1			
2			
3			
4			
1			
2			
3			
4			

me+ answers recovery series  
 Getting the benefits of me+™ is easy.  
 Simply call 1-800-422-8811 or visit [convatec.com/ostomy](http://convatec.com/ostomy)

©2018 ConvaTec Inc.™™™ is a registered trademark of ConvaTec Inc. All rights reserved.

## 2. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(1)</sup>

### 2.1. Princípios Gerais

- Os exercícios devem ser implementados consoante avaliação da do estado atual do doente e eventuais contraindicações (pós-operatório recente de AAP, complicações da ferida operatória, etc.).
- A progressão no treino (intensidade e frequência) deve ter em consideração a tolerância do doente.
- O plano deve ser construído com o doente.
- Recomenda-se a entrega de documentação escrita de apoio.
- A avaliação do programa deve incluir o questionário da qualidade de vida e o registo da adesão ao treino.

## 2. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(2)</sup>

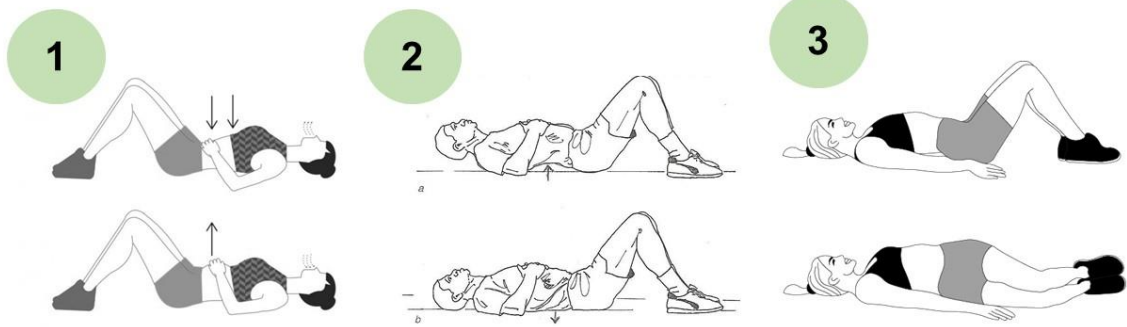
### 2.2. População-alvo do programa

- Doentes com **fatores de risco** presentes.
- Doentes com ostomias de eliminação intestinal e/ou vesical **definitivas**.
- Doentes com ostomias de eliminação intestinal e/ou vesical **temporárias**, mas com duração previsível de aproximadamente **um ano até ao encerramento**.

## 2.3. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(1)</sup>

1ª fase: 3-4º dia pós-operatório → 14º dia

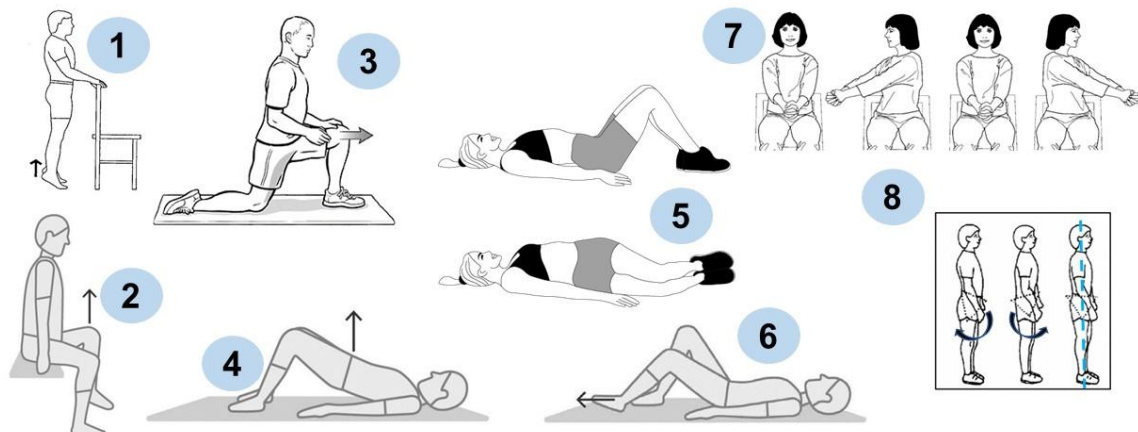
8-12 repetições, 3 vezes por dia



## 2.3. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(2)</sup>

2ª fase: 2 a 6 semanas pós-operatório

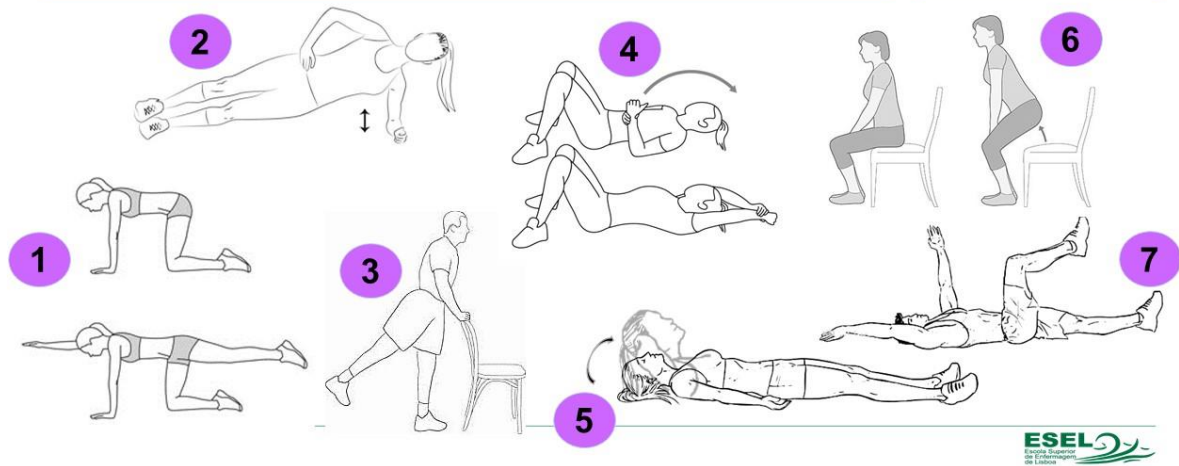
8-12 repetições, 3 séries



## 2.3. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(3)</sup>

3ª fase: 7 semanas a 3 meses pós-operatório

8-12 repetições, 3 séries



## 2.3. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(3)</sup>

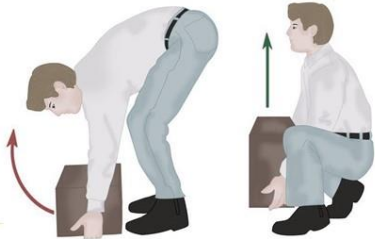
EVITAR!



## 2.3. Programa de Reabilitação – Sugestão para o CCC <sup>(4)</sup>

4ª fase: >3 meses → retorno à atividade física

<p>Tai-Chi</p> <p>Yoga</p> <p>Pilates</p> <p>Natação</p> <p>Jogging</p> <p>Ginásio</p>	<h3>ACONSELHAMENTO</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cintas de suporte?</li> <li>• Pegar em pesos corretamente.</li> <li>• Informar sobre aumento do risco de hérnia no 1º ano.</li> <li>• Atividade sexual.</li> <li>• Promover a adesão ao exercício físico.</li> <li>• <b>Qualidade de vida!</b></li> </ul>
--	--



### Stoma Care QoL questionnaire

#### Avaliações:

- Na primeira semana.
- No 1º mês.
- No 2º mês.
- Aos 3 meses.
- Aos 6 meses.
- Aos 9 meses.
- Aos 12 meses.
- Aos 18 meses.
- Aos 24 meses.

	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Sinto-me ansioso quando o saco está cheio.				
Preocupo-me que o saco de se descole.				
Sinto a necessidade de saber onde é o wc mais próximo.				
Preocupo-me que o saco cheire mal.				
Preocupo-me com os sons do estoma.				
Preciso de descansar durante o dia.				
O meu saco limita o tipo de vestuário que posso utilizar.				
Sinto-me cansado durante o dia.				
O meu estoma faz-se sentir sexualmente pouco atraente.				
Durmo mal durante a noite.				
Preocupo-me que o meu saco se movimente.				
Sinto-me embaraçado do meu corpo por causa do estoma.				
É difícil para mim dormir fora de casa de uma noite para a outra.				
É difícil esconder o facto de que uso um saco.				
Preocupo-me que a minha condição seja um fardo para as pessoas próximas de mim.				
Evito contacto físico próximo com os meus amigos.				
O meu estoma torna difícil para mim estar com outras pessoas.				
Tenho receio de conhecer pessoas novas.				
Sinto-me sozinho mesmo quando estou com outras pessoas.				
Preocupo-me que a minha família se sinta estranha perto de mim.				

## Bibliografia

- Andersen, R.M.; Thomsen, T.; Danielsen, A.K.; Gøgenur, I.; Alkjær, T.; Nordentoft, T.; Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: [10.1080/09638288.2020.1771620](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620).
- ASCN (2016). ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK. Disponível em: <https://www.sath.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Stoma-Care-Guidelines.pdf>
- <https://meplus.convatec.com/articles/about-meplus-recovery-series/>
- North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing*. 23(5): S14-S18. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14).
- Pérez, M.G.; Mateos, M.A.R. (2016). Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm*. 19(4): 55-59.
- Russell, S. (2017a). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(5): 820-826. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.5.S20](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.S20).
- Russell, S. (2017b). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 26(17): S12-S18. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.17.S12](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12).
- Russell, S. (2019). Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 46(3):215-218.
- Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, C.; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Rodrigues, A.M. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *J Coloproctology*. 39(1): 48-55. DOI: [10.1016/j.jcol.2018.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006)
- Thompson, M.J. & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing*. 3(2): 23-27.
- Thompson, M.J. (2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*. 5(3): 22-28.



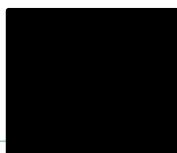
## Prevenção não invasiva da Hérnia Paraestomal

### Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Beatriz Lopes Domingues (5149)

Enfª Orientadores: [REDACTED]

Professor Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira



## **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “PREVENÇÃO NÃO INVASIVA DA HÉRNIA PARAESTOMAL – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”**

A sessão de formação foi planeada nestes contextos uma vez que as equipas de enfermagem de ambas as unidades cuidam de doentes ostomizados em todas as fases do seu tratamento. Esta sessão de apresentação do projeto de estágio serviu ainda como mote para se iniciar a implementação de um programa de reabilitação específico e personalizado para os doentes com ostomias definitivas.

O planeamento da sessão baseou-se nas necessidades das equipas, assim como na bibliografia consultada e na revisão *scoping* realizada sobre a temática.

A sessão foi dirigida aos enfermeiros da unidade de urologia e de digestivo, que incluiu: os enfermeiros orientadores de cada unidade (ambos EEER), duas enfermeiras da unidade de urologia, uma enfermeira da unidade de digestivo, duas enfermeiras da unidade de hematologia. Incluiu ainda um cirurgião da equipa da unidade de digestivo.

Tal como planeado, a sessão decorreu no dia 21 de dezembro de 2020, entre as 14h e as 15h.

Durante a sessão foi abordado sumariamente o conceito de hérnia paraestomal e foram apresentados os resultados obtidos na revisão *scoping*.

Todos os participantes da sessão demonstraram interesse na implementação deste conjunto de exercícios junto dos doentes ostomizados. A maior parte da sessão focou-se na discussão dos participantes a incluir no programa bem como na demonstração da realização dos exercícios de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.

Ficou definido que no início da implementação do programa seriam incluídos para treino todos os doentes submetidos a cirurgia de amputação abdominoperineal da qual resulta uma colostomia definitiva. Estes doentes não poderiam ter feridas abertas (encerramento anal e perineal) no início do

programa. Seriam também incluídos todos os doentes com ileostomias, colostomias ou urostomias temporárias cuja permanência prevista seja cerca de 1 ano por ser o período em que há maior risco de desenvolvimento da hérnia.

O programa será implementado por um EEER da unidade do doente, que realizará acompanhamento telefónico do doente, sendo este presencial em caso de necessidade.

Os doentes podem ser incluídos no programa por avaliação do EEER responsável da unidade, através de referenciação da equipa de cirurgia ou de outros enfermeiros.

Ficou decidido que seria construído um *booklet* para ser entregue aos doentes no início do programa.

Os participantes demonstraram interesse e disponibilidade para participar na vertente prática da sessão, realizando os exercícios propostos a pares.

Com exceção das enfermeiras da unidade de hematologia, todos os participantes acreditam que este programa é benéfico para os seus doentes, concordaram com os critérios de inclusão e de acompanhamento dos doentes, assim como validaram a importância da existência de um programa de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal na sua prática de cuidados.

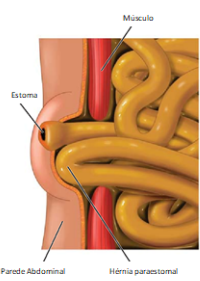
Todos os participantes consideraram o equilíbrio entre a exposição teórica e prática “bom”, e atribuíram pontuação “5/5” ao nível de conhecimentos do formador, domínio dos conteúdos e fluidez no discurso/apresentação.

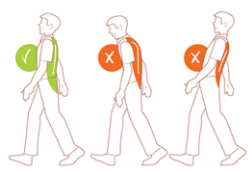
O horário estipulado foi cumprido.

# Booklet de apoio para os doentes

ÍNDICE	
Programa de Reabilitação	3
Fase 1	9
Fase 2	12
Fase 3	16
Fase 4	23
Diário de exercício	24
Notas importantes	27

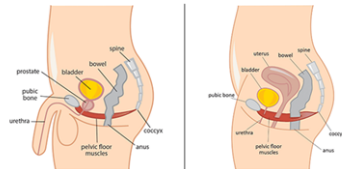
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	PÁGINA 3
<b>O Programa de Reabilitação</b>	
O programa de reabilitação que lhe vai ser apresentado tem como objetivo prevenir a hérnia paraestomal através do fortalecimento dos músculos da parede abdominal.	
Será referenciado para a <b>consulta de Enfermagem de Reabilitação</b> caso seja portador de uma <b>ostomia definitiva</b> ou se se prever que fique <b>ostomizado cerca de 1 ano</b> .	
O programa é dividido em 4 fases. A progressão para a fase seguinte deve ser feita consoante a sua tolerância aos exercícios e sob orientação do seu enfermeiro de reabilitação.	
O programa pode ser iniciado a partir do 3/4º dia pós-operatório, de acordo com as indicações da equipa cirúrgica.	
Durante a realização do programa, vai-lhe ser pedido que faça um diário de exercício como forma de monitorizar a progressão do treino.	
Se em algum momento sentir dor, náuseas, vômitos ou sensação de desmaio deve suspender de imediato a realização dos exercícios e contactar a equipa de enfermagem.	

PÁGINA 4	PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
<b>A Hérnia Paraestomal</b>	
<b>O que é?</b>	
A hérnia paraestomal consiste na saída de ansas do intestino para fora da cavidade abdominal. As ansas intestinais ficam retidas entre o parede abdominal e os músculos abdominais.	
É uma complicação frequente no 1º ano após a cirurgia.	
Todas as pessoas portadoras de ostomias têm risco de desenvolver hérnia paraestomal. No entanto, as pessoas portadoras de colostomias têm maior risco pela localização do estoma na parede abdominal e pela consistência das fezes.	
A presença da hérnia pode afetar significativamente a sua qualidade de vida.	
	

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	PÁGINA 5
<b>Por onde começar?</b>	
No internamento vai ter apoio das fisioterapeutas no período inicial da sua recuperação.	
Nesta fase, vai iniciar <b>treino de marcha</b> . É importante ter em atenção a sua <b>postura</b> . Após uma cirurgia abdominal é comum adotar uma posição curvada como forma de se proteger da dor e dos pontos. Uma postura mais direita vai ajudá-lo a <b>respirar melhor e a diminuir a pressão intra-abdominal</b> .	
	
Inicialmente deve caminhar pelo corredor acompanhado pela sua fisioterapeuta. Assim que conseguir, deve caminhar de forma independente. Comece por pequenas caminhadas de 5 a 10 minutos, pelo menos 2 vezes por dia. Vá aumentando gradualmente o tempo consoante a sua tolerância.	

### Treino do pavimento pélvico

O pavimento pélvico é o nome dado a um conjunto de músculos que suportam os seus órgãos internos como o reto, o ânus, a bexiga, a vagina.

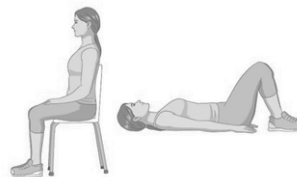


A cirurgia abdominal enfraquece esta musculatura, pelo que assim que a sua equipa cirúrgica permitir deve iniciar os exercícios de fortalecimento. Estes exercícios têm o nome de **Exercícios de Kegel**.

Pode realizar estes exercícios sentado ou deitado. Inicie com contrações rápidas, progredindo para contrações de 3 segundos, e depois 5 segundos. Deve realizar 10 repetições 3 vezes por dia. O **objetivo** será conseguir contrair os músculos pélvicos durante 10 segundos, 10 repetições.

### Como realizar os exercícios?

- ◆ Comece por tentar contrair os músculos pélvicos. A sensação é semelhante a tentar parar de urinar ou de evacuar. Nos **homens**, se estiver a realizar corretamente os exercícios verá uma pequena retração do pénis.



### FASE 1— do 3º/4º dia ao 14º dia

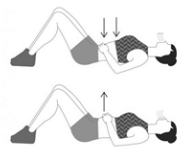
Nesta fase o objetivo principal é fortalecer os seus músculos abdominais e treinar a mobilidade da bacia. Pode iniciar os exercícios a partir do 3º/4º dia pós-operatório, consoante indicações da sua equipa cirúrgica e do seu enfermeiro de reabilitação.

#### 1. Respirações abdominais na posição deitado

Este exercício vai ajudá-lo a concentrar-se nos músculos abdominais e a fortalecer o diafragma, ajudando na respiração profunda. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 vezes por dia.

##### Como realizar o exercício?

- ◆ Deite-se de costas e dobre as pernas, ficando com os pés bem assentes no colchão.
- ◆ Coloque as mãos sobre o abdómen, sem realizar pressão.
- ◆ Inspire lentamente, elevando o abdómen durante a inspiração.
- ◆ Sustenha a respiração por 3-5 segundos.
- ◆ Expire lentamente, contraindo os músculos abdominais.

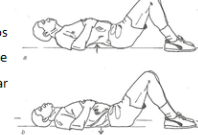


#### 2. Movimentos da bacia na posição de deitado

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais e a mobilidade da parte inferior das costas. Deve realizar 5-8 repetições, 2 a 3 vezes por dia.

##### Como realizar o exercício?

- ◆ Deite-se de costas e dobre as pernas, ficando com os pés bem assentes no colchão.
- ◆ Gentilmente, contraia os músculos abdominais ao mesmo tempo que puxa a bacia para cima, sem levantar a anca do colchão.
- ◆ Relaxe, voltando à posição inicial.



#### 3. Inclinação da anca com as pernas dobradas

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais, a melhorar a mobilidade das costas e da anca. Deve realizar 5-8 repetições, 2 a 3 vezes por dia.

##### Como realizar este exercício?

- ◆ Deite-se de costas e dobre os joelhos, ficando com os pés bem assentes no colchão.

- Contraia os seus músculos abdominais. Ao mesmo tempo, incline os membros inferiores para um lado.
- Regresse à posição inicial.
- Repita o exercício, inclinando os membros inferiores para o lado oposto.



**Esta fase tem a duração de 14 dias, mas pode ser prolongada se necessário!**

Poderá passar para a fase seguinte do seu plano de reabilitação mediante recomendações do seu enfermeiro de reabilitação e da equipa cirúrgica. Idealmente, inicia-se a fase 2 cerca de 14 dias depois da cirurgia.

## FASE 2 – entre as 2 e as 6 semanas

Nesta fase o objetivo principal é recomençar os exercícios físicos na globalidade. Não precisa de realizar todos os exercícios logo desde o início. É importante que vá realizando os exercícios consoante a sua tolerância. Deve continuar a realizar os exercícios da fase anterior nesta fase.

### 1. Elevação da bacia com contração das nádegas

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais, pélvicos e dos glúteos e a melhorar a mobilidade. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

#### Como realizar o exercício?

- Deite-se de costas e dobre as pernas, ficando com os pés bem assentes no colchão.
- Contraia os músculos abdominais ao mesmo tempo que puxa a bacia para cima.
- Continue o movimento, elevando a bacia.
- Regresse gentilmente à posição inicial e relaxe.



### 2. Dobrar e esticar o joelho e a anca na posição deitado

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais, pélvicos e da coluna lombar. Também ajudam a recuperar o controlo dos seus membros inferiores. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

#### Como realizar o exercício?

- Deite-se de costas e dobre as pernas, ficando com os pés bem assentes no colchão.
- Deslize o pé pela cama até que a perna fique totalmente em extensão. Lentamente regresse à posição inicial.
- Repita o passo anterior com a outra perna.



### 3. Elevação dos joelhos na posição sentado

Este exercício vai ajudá-lo a recuperar a força dos membros inferiores, a melhorar a postura e a reduzir a dor nas costas. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries.

#### Como realizar o exercício?

- Sente-se numa cadeira com as costas direitas.
- Aperte os músculos dos glúteos.

- Eleve um joelho até retirar o pé totalmente do chão. Regresse lentamente à posição inicial.
- Relaxe os músculos dos glúteos.
- Repita o exercício com a outra perna.



### 4. Rotação do tronco na posição sentado

Este exercício também o vai ajudar a recuperar a postura correta, a melhorar os movimentos da coluna vertebral e a aliviar tensão nas costas. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

#### Como realizar o exercício?

- Sente-se numa cadeira com as costas direitas.
- Junte as mãos e estique os braços.
- Contraia os músculos abdominais e rode o tronco para um dos lados. Regresse à posição inicial.
- Repita o exercício para o outro lado.



**5. Elevação dos calcanhares**

Este exercício também o vai ajudar a melhorar o equilíbrio, a postura e a coordenação, a fortalecer os gêmeos e ajudar a circulação sanguínea. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

**Como realizar o exercício?**

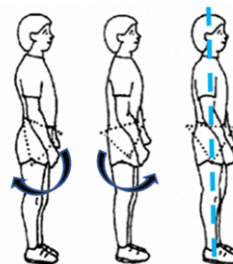
- ♦ Apoie as mãos nas costas de uma cadeira.
- ♦ Contraia os músculos abdominais.
- ♦ Lentamente, eleve o tronco ficando em pontas de pés. Mantenha os membros inferiores em extensão completa.
- ♦ Lentamente, regresse à posição inicial.

**6. Movimentos da bacia na posição de pé**

Este exercício vai ajudá-lo a melhorar a mobilidade, o equilíbrio, a postura e a fortalecer os músculos pélvicos e abdominais. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

**Como realizar o exercício?**

- ♦ Apoie as mãos nas costas de uma cadeira.
- ♦ Separe as pernas à largura dos ombros e dobre um pouco os joelhos.
- ♦ Contraia ligeiramente os músculos abdominais.
- ♦ Empurre suavemente a bacia para trás.
- ♦ Contraia novamente os músculos abdominais e regresse com a pélvis à posição inicial.

**FASE 3— entre as 7 semanas e os 3 meses**

Pode progredir para esta fase depois de ter realizado todos os exercícios da fase anterior sem dificuldade. Antes de iniciar a 3ª fase necessita de avaliação do seu enfermeiro de reabilitação e/ou médico assistente. Não precisa de realizar todos os exercícios logo desde o início. É importante que vá realizando os exercícios consoante a sua tolerância. Deve continuar a realizar os exercícios da fase anterior nesta fase.

**1. Movimento de pernas e braços na posição deitado**

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos pélvicos e abdominais, assim como a mobilidade dos membros. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

**Como realizar o exercício?**

- ♦ Deite-se de barriga para cima com os braços e as pernas esticados ao longo do corpo.
- ♦ Quando inspirar, eleve o braço esquerdo enquanto dobra a perna direita, conforme vê na figura.



- ♦ Ao expirar, regresse à posição inicial.
- ♦ Repita com o braço direito e a perna esquerda.

**2. Exercícios abdominais modificados**

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais. É um exercício adaptado para pessoas portadoras de ostomias. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

**Como realizar o exercício?**

- ♦ Deite-se de barriga para cima, com as pernas esticadas.
- ♦ Realize uma inspiração profunda.
- ♦ Ao expirar, contraia os músculos abdominais e em simultâneo leve o queixo ao peito, **APENAS até retirar os ombros do chão.** Não deve realizar o exercício abdominal típico!
- ♦ Ao inspirar, regresse à posição inicial e relaxe.

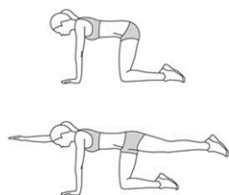


**3. Esticar e dobrar os membros em quatro apoios**

Este exercício também o vai ajudar a melhorar a força, o equilíbrio e a coordenação. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

Como realizar o exercício?

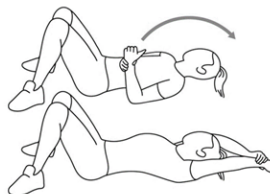
- Apoie-se no chão com os joelhos e os punhos e inspire lentamente.
- Ao expirar, contraia os músculos abdominais e em simultâneo, estique o braço esquerdo e a perna direita, até ficar com o corpo alinhado.
- Ao inspirar, regresse à posição inicial.
- Repita o exercício, esticando o braço direito e a perna esquerda.

**4. Esticar os braços na posição deitado**

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais, a melhorar a mobilidade do tórax e dos membros superiores. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

Como realizar o exercício?

- Deite-se de barriga para cima com os joelhos fletidos.
- Quando inspirar, eleve os braços até tocar com as mãos no chão.
- Ao expirar, regresse com os braços à posição inicial.

**5. Sentar e levantar**

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos dos membros inferiores, a melhorar o equilíbrio, a coordenação e a condição física. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

Como realizar o exercício?

- Sente-se numa cadeira, sem encostar as costas ao espaldar.
- Sem apoiar os braços, faça força com os membros inferiores para se levantar.
- Em pé, dobre os joelhos de forma a sentar-se apenas utilizando a força com os membros inferiores. **NÃO** se deixe cair na cadeira.

**6. Esticar a perna para trás apoiado numa cadeira**

Este exercício vai ajudá-lo a fortalecer os músculos abdominais, a melhorar o equilíbrio e a força dos glúteos. Deve realizar 8-12 repetições, 2 a 3 séries, 2 a 3 vezes por dia.

Como realizar o exercício?

- Em pé, apoie as mãos nas costas de uma cadeira.
- Contraia os músculos abdominais e lentamente empurre a perna direita para trás.
- Nessa posição, contraia os glúteos. Mantenha o tronco direito.
- Regresse à posição inicial e descanse.
- Repita com a perna esquerda.







**Apêndice III – Sessão “Relembrar a intervenção do EEER na  
RFR” – ECCI**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

## **Plano de Sessão de Formação**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeira Orientadora:**

[Redacted]

**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

—

**Lisboa  
março 2021**

## **1. Designação da sessão**

Reeducação Funcional Respiratória – relembrar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

## **2. Duração prevista da sessão**

60 minutos.

## **3. Data da Sessão**

26 de março de 2021 às 14h.

## **4. Local da sessão**

Sala de Formação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

## **5. Identificação do formador**

Enf<sup>a</sup> Beatriz Domingues, mestranda do 11<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## **6. Identificação do grupo destinatário da formação**

- Equipa de enfermagem da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).
- Equipa de Enfermagem da UCC.
- Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico na UCC/ECCI.

## **7. Conteúdos da sessão**

- ✓ Reabilitação Respiratória.
- ✓ Particularidades da doença respiratória restritiva: pneumonia, derrame pleural, doente cirúrgico, atelectasias, pneumotórax, alterações fisiológicas respiratórias nas grávidas.
- ✓ Particularidades da doença respiratória obstrutiva: DPOC, ASMA, SAOS.

- ✓ Especificidades da Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Idosa.
- ✓ Especificidades da Reeducação Funcional Respiratória na Criança.
- ✓ Terapêutica Inalatória.

## 8. Metodologia

- Expositiva/demonstrativa: serão apresentados os conteúdos teóricos e demonstração/treino das técnicas.
- Interativa: sessão final de discussão e *input* dos participantes.

## 9. Planejamento das Atividades

Duração (em minutos)	Atividade
3	Apresentação do formando e da temática da sessão.
30	Exposição teórica e demonstração das técnicas de RFR.
20	Esclarecimento de dúvidas e discussão: conteúdos apresentados, técnica de execução dos exercícios, implementação do programa na prática clínica, outras questões.
5	Avaliação dos objetivos propostos.
2	Encerramento da sessão.

## **10. Objetivos da sessão**

### **10.1. Objetivos Gerais**

1. Relembrar as técnicas utilizadas em reeducação funcional respiratória.
2. Discutir as particularidades de situações de cuidados específicas.

### **10.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar as especificidades da reeducação funcional respiratória na doença pulmonar obstrutiva, doença pulmonar restritiva, em idosos e em pediatria.
2. Identificar as técnicas a utilizar em cada situação.
3. Conhecer os dispositivos inalatórios e técnica de inalação.

## **11. Avaliação dos objetivos propostos**

Serão fornecidos materiais de suporte escritos relativamente à apresentação e aos documentos consultados para mais informações.

Serão colocadas as seguintes questões no final da sessão:

- Em que tipo de situações clínicas devemos incidir em técnicas de expansão pulmonar?
- Que tipo de técnicas podem ser instituídas em RFR em idosos e em crianças?
- Quais são as indicações e contra-indicações da drenagem postural?
- Que tipo de câmara expansora devemos utilizar em doentes com baixo volume inspiratório?

## **12. Recursos**

### **12.1. Recursos Humanos**

- Formador – Enf<sup>a</sup> Beatriz Domingues;
- Enfermeira Orientadora – ██████████;
- Professor Orientador – Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira;
- Participantes na sessão.

### **12.2. Recursos Materiais**

- Sala de formação com computador e projetor;
- Cadeiras e mesas;
- Material de escrita.

## **13. Avaliação da sessão**

Será entregue um questionário breve para que os participantes avaliem a sessão, e que pode ser consultado em anexo.

## Slides da Apresentação

### Reeducação Funcional Respiratória – relembrar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC Estágio com Relatório

Discente:

Beatriz Lopes Domingues

Enfermeira Orientadora

Docente Orientador:

Professor Doutor Joaquim Oliveira



Lisboa  
Março 2021

## Sumário

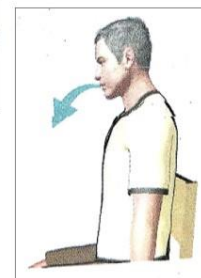
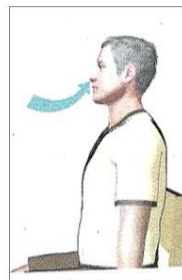
1. Reabilitação Respiratória
  2. Particularidades da doença respiratória restritiva
  3. Particularidades da doença respiratória obstrutiva: DPOC, ASMA, SAOS.
  4. Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Idosa
  5. Reeducação Funcional Respiratória na Criança
  6. Terapêutica Inalatória
- Referências Bibliográficas

# 1. Reabilitação Respiratória

1. Técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios.
2. Respiração abdominodiafragmática/treino de diafragma.
3. Técnicas de expansão pulmonar: abertura costal global e seletiva.
4. Limpeza das vias aéreas: tosse, HUFF, manobras acessórias, flutter, acapella, drenagem postural.

Fonte: Cordeiro & Menoita, 2012.

## 1.1. Controlo e dissociação dos tempos respiratórios



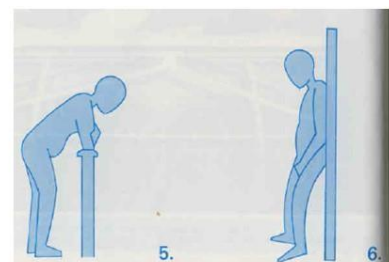
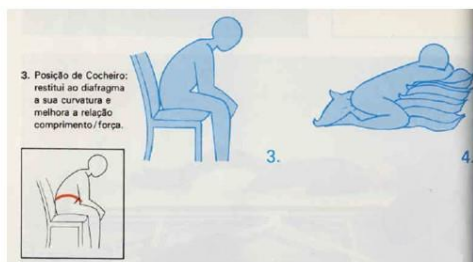
Fonte imagens: Marques (2016).

## 1.2. Técnicas de Relaxamento/posição de Descanso – doentes não dispneicos



Fontes: Heitor (1989); Marques-Vieira (2017); pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens*, no dia 23/03/2021

## 1.2. Técnicas de Relaxamento/posição de Descanso – DISPNEIA



Fontes: Heitor (1989).

### 1.3. Respiração abdominodiafragmática/treino do diafragma

01

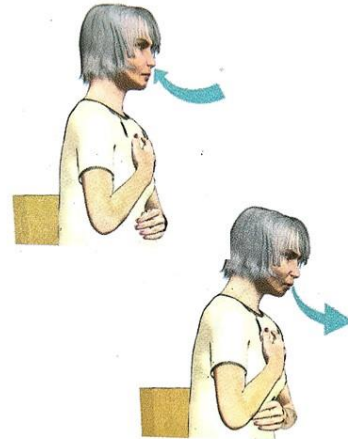
Colocar a mão sobre o abdômen.

02

Inspirar profundamente "transportando o ar" até ao abdômem, que deve elevar-se.

03

Expirar com os lábios semicerrados enquanto o abdômen se "esvazia".



Fonte: Fonte imagens: Marques, (2016).



### 1.4. Abertura costal global e seletiva

Flexão e extensão dos membros superiores



Inspirar lentamente pelo nariz enquanto realiza flexão do ombro

Expirar lentamente com os lábios semicerrados enquanto realiza extensão do ombro



Abdução e adução dos membros superiores



Inspirar lentamente pelo nariz enquanto realiza abdução dos membros superiores

Expirar lentamente com os lábios semicerrados enquanto realiza adução dos membros superiores



Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques, (2016); pesquisa livre sobre a temática na plataforma Google imagens, no dia 23/03/2021

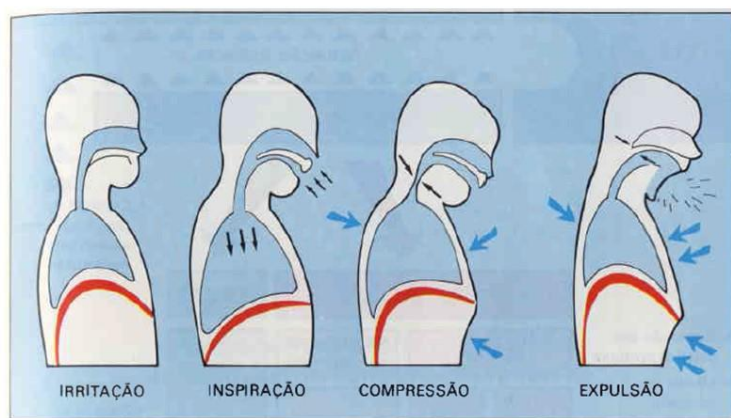


## 1.5. Expansão Pulmonar – Dispositivos



Fonte: pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens*, no dia 23/03/2021

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – TOSSE



Fonte: Heitor (1989)

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – TOSSE

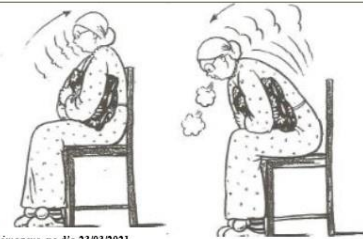
### ASSISTIDA

1. Assistir manualmente;
2. Insuflação/exsuflação.



### DIRIGIDA

1. Flexão ligeira do tronco;
2. Abraçar o abdómen com os braços/almofada;
3. Inspirar lenta e profundamente;
4. Tossir 3x enquanto empurra a barriga com as mãos.



Fontes: Cordeiro & Menoita (2012); pesquisa livre sobre a temática na plataforma GoogleImagens, no dia 23/03/2021

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – HUFF

Inspirar profundamente  
pelo nariz;

Abrir a boca

Expiração rápida e forte  
como se embaciasse um  
espelho;



Fontes: Marques, (2016)

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – MANOBRAS ACESSÓRIAS

Vibração



A- Vibração

Percussão



B- Percussão

Compressão



C- Compressão

Fontes: Cordeiro & Menoita (2012)



## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – DISPOSITIVOS

- Dispositivos oscilatórios que provocam vibração nas vias aéreas e facilitam a drenagem das secreções até aos brônquios principais.

Flutter/Shaker



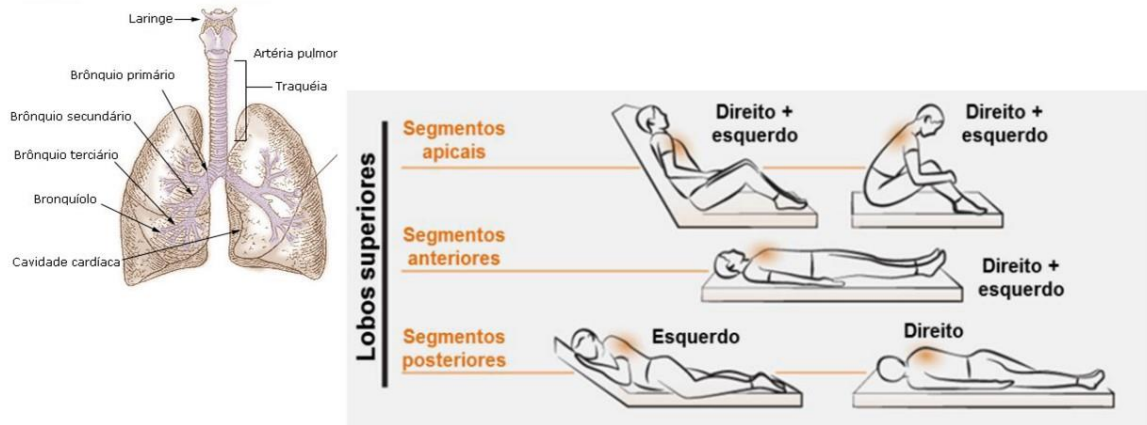
Acapella



Fontes: Cordeiro & Menoita (2012); pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Googleimagens*, no dia 23/03/2021

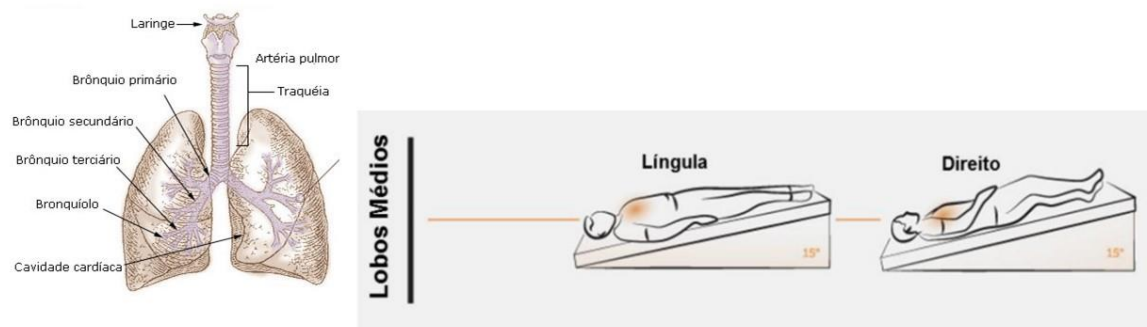


## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – DRENAGEM POSTURAL



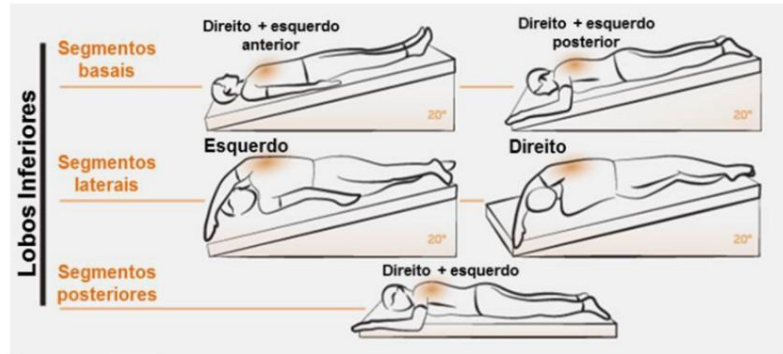
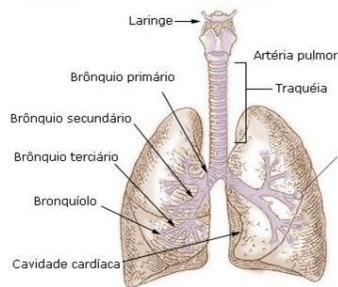
Fontes: pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens* e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2021

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – DRENAGEM POSTURAL



Fontes: pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens* e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2021

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – DRENAGEM POSTURAL



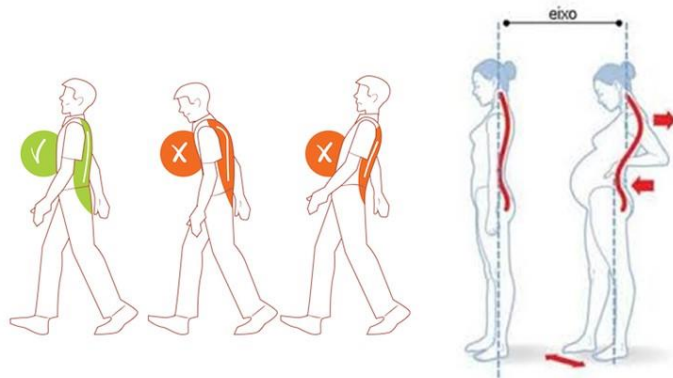
Fontes: pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens* e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2021

## 1.6. Limpeza das Vias Aéreas – DRENAGEM POSTURAL em Pediatria



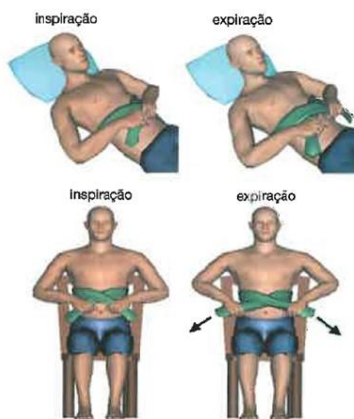
Fontes: pesquisa livre sobre a temática na plataforma *Google imagens* e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2021

## 1.7. Correção Postural

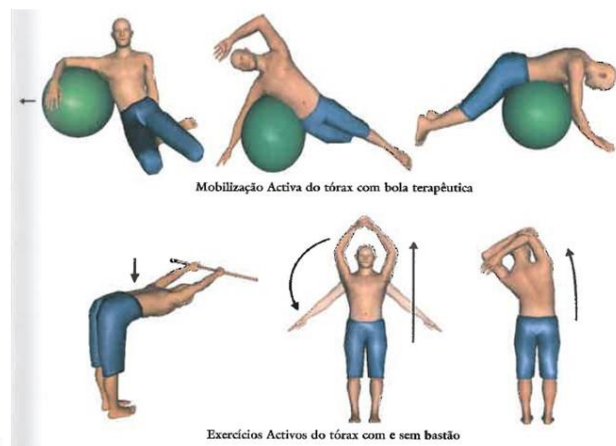


Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); pesquisa livre sobre a temática na plataforma Google imagens, no dia 23/03/2021

## 1.8. Mobilização Torácica



Mobilização auto-assistida do tórax com faixa elástica/cinta abdominal/lençol



Fontes: Heitor (1989)

## 2. Doença Respiratória Restritiva

- Diminuição da capacidade pulmonar total por **redução da expansão do parênquima**, com **perda da área útil para realização das trocas gasosas**.
- **Exemplos:** pneumonia, derrame pleural, atelectasia, pneumotórax, doente cirúrgico.
- **Grávidas:** alteração fisiológica da posição do diafragma que condiciona a expansão pulmonar → dispneia (hiperventilação); diminuição da expansão pulmonar por aumento do volume uterino.
- **Objetivo principal:** promover a expansão torácica, impedir a formação de aderências pleurais, corrigir posições antiálgicas viciosas.



Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques-Vieira (2017)

## 3.1. Doença Respiratória Obstrutiva: DPOC

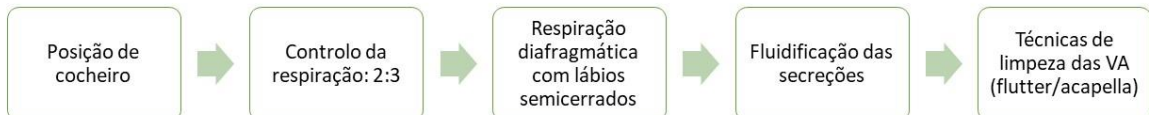
- **DPOC:** progressiva limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível, com destruição do parênquima e doença inflamatória das vias aéreas.
- **Problemas:** hiperinsuflação, dispneia, diminuição da capacidade inspiratória.



Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques, (2016); Marques-Vieira (2017)

## 3.2. Doença Respiratória Obstrutiva: ASMA

- **Asma:** hiperreatividade brônquica e das vias aéreas, de caráter inflamatório, usualmente revertida através de broncodilatadores e/ou corticosteroides.
- **Problemas na fase da crise:** broncoespasmo, edema da mucos brônquica, hipersecreção brônquica → **ÊNFASE NA EXPIRAÇÃO**.



- **Fase intercrise:** prevenção e controlo das crises → respiração diafragmática com ênfase na expiração, posturas de relaxamento e descanso, exercícios de mobilidade costal, correção postural, utilização do peak-flow meter, gestão do

CO Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques-Vieira (2017)



## 3.3. Doença Respiratória Obstrutiva: SAOS

- **SAOS:** obstrução repetida das vias aéreas superiores durante o sono, que causa redução significativa (hipopneia) ou nula (apneia) do fluxo oronasal.
- **Problemas:** roncopatia, hipoxemia, morte súbita.
- **RFR:**
  - Escolha da interface e monitorização da ventilação não invasiva → CPAP com oxigénio ou BIPAP;
  - Exercícios respiratórios: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática com resistência manual, posições de descanso em situação de dispneia,
  - Treino de tolerância ao esforço/atividade: subir e descer escadas, pedaleira, pesos, elásticos, bicicleta, marcha.

Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques, (2016); Marques-Vieira (2017)



## 4. Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Idosa

- **Fisiologia do envelhecimento:** alteração da forma do tórax (redução da densidade óssea, achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais, calcificação das cartilagens costais e das articulações costo-esternais), cifose torácica, perda de força muscular dos músculos respiratórios, diminuição na clearance de secreções, risco de aspiração (disfagia).
- **Patologias mais frequentes:** infecções respiratórias, DPOC, enfisema, pneumonia.
- **RFR:**
  - Mobilização torácica e gestão do esforço!
  - Doença respiratória restritiva/obstrutiva.

Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques-Vieira (2017)



## 5. Reeducação Funcional Respiratória na Criança

- **Fisiologia:** flexão da cabeça (obstrução das vias aéreas superiores), respiração predominantemente abdominal.
- **Patologias mais frequentes:** infecções respiratórias de etiologia infecciosa, hipersecreção brônquica (rinite, sinusite, rinofaringite, bronquiolite, asma).
- **RFR:**
  - BRINCAR!
  - Técnicas inspiratórias: espirómetro de incentivo → utilizar palhinha ou seringa sem êmbolo e pedir à criança que aspire como se estivesse a beber leite.
  - Técnicas expiratórias lenta: expiração lenta com lábios semicerrados → pedir à criança que encha um balão com ar ou que sobre bolas de sabão; solicitar que embacie um espelho.
  - Tosse: jogo de imitação e introduzir a tosse no meio da brincadeira.
  - Até aos 24 meses: desobstrução rinofaríngea retrógrada.

Fontes: Heitor (1989); Cordeiro & Menoita (2012); Marques-Vieira (2017)



## 5. Reeducação Funcional Respiratória na Criança



(1989); Cordeiro & Menoito (2012); Marques-Vieira (2017), pesquisa livre sobre a temática na plataforma Google imagens e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2018



## 6. Terapêutica Inalatória



Cordeiro (1989); Cordeiro & Menoito (2012); Cordeiro (2014) pesquisa livre sobre a temática na plataforma Google imagens e em websites de fisioterapia respiratória, no dia 23/03/2018



## Referências Bibliográficas

- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M.C.O. (2014). Terapêutica Inalatória. Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios. Loures: Lusociência.
- Heitor, M. C.; Canteiro, M. C.; Ferreira, J.M.R.; Olazabal, M.; Maia, M.O. (1989). Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C., & Cruz, J. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Loures: Lusociência.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.

## Questionário de avaliação da sessão



### Questionário de Avaliação da Sessão

**Tema:** Reeducação Funcional Respiratória – relembrar a intervenção do EEER.

**Formador:** En<sup>ª</sup> Beatriz Domingues

O presente questionário pretende avaliar a sessão de formação na qual participou. A realização deste questionário é anónima.

Por favor classifique cada item de 1 a 5, em que 1 corresponde a *nada* e 5 corresponde a  *muito*.

<b>A. Conteúdos Programáticos</b>	1	2	3	4	5
1. Interesse/pertinência dos conteúdos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Adequação da metodologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Equilíbrio entre a exposição teórica e prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Formador</b>	1	2	3	4	5
4. Domínio dos conteúdos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Clareza na exposição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cumprimento dos horários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Esclarecimento de dúvidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Avaliação Global da sessão</b>	1	2	3	4	5
8. Esta formação permitiu adquirir conhecimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os conteúdos abordados são úteis para a sua prática clínica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vai implementar o programa com os seus doentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Comentários/sugestões**

Obrigada pela participação!

## **Relatório de avaliação da Formação “Reeducação Funcional Respiratória – lembrar a intervenção do EEER”**

A sessão de formação foi planeada para dar resposta às necessidades da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI): lembrar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na reeducação funcional respiratória (RFR) em todas as etapas do ciclo vital.

Quer no planeamento, quer na sessão foram introduzidas particularidades de situações de cuidados de forma a integrar conhecimentos e técnicas passíveis de ser adotadas por todas as especialidades em enfermagem presentes na sessão (grávidas, recém-nascidos, pediatria, idade adulta e idosos).

A sessão foi dirigida aos enfermeiros da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (ECC), que incluiu: duas EEER (uma delas sendo a Enfermeira Orientadora), uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (que também integra a ECCI) e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia. Participou também na sessão uma estudante da licenciatura em enfermagem.

Tal como planeado, decorreu a 26 de março de 2021 entre as 14h e as 15h. Durante a fase introdutória, e dada a dinâmica do grupo, informei que a exposição de conteúdos e a demonstração das técnicas iria ser realizada em simultâneo. Todos os participantes colocaram questões ao longo da apresentação e demonstração, conferindo à sessão uma grande riqueza por partilha de experiências.

Ao longo de toda a sessão as participantes revelaram-se bastante interativas e disponíveis para “servir de modelo” na demonstração das técnicas de RFR apresentadas. Colocaram dúvidas e sugeriram alternativas aos materiais para realização das atividades de acordo com a sua experiência profissional e as soluções criativas que imperam na prestação de cuidados domiciliários.

No final, não havendo comentários ou dúvidas a esclarecer, introduzi ao grande grupo as questões que propus para avaliar os objetivos propostos, e que foram:

1. Em que tipo de situações clínicas devemos incidir em técnicas de expansão pulmonar?
2. Que tipo de técnicas podem ser instituídas em RFR em idosos e em crianças?
3. Quais são as indicações e contraindicações da drenagem postural?
4. Que tipo de câmara expansora devemos utilizar em doentes com baixo volume inspiratório?

As questões foram respondidas em conjunto, o que motivou ainda a partilha de mais situações de cuidados e da respetiva discussão.

Após, solicitei ao grupo o preenchimento do questionário de avaliação do formador e da sessão, que apresento em apêndice. O feedback obtido quer da enfermeira orientadora quer das restantes participantes na sessão foi bastante positivo.

Todas as participantes reportaram elevada pertinência da temática da sessão bem como da adequação da metodologia utilizada, considerando que houve um bom equilíbrio teórico-prático.

Em termos de avaliação do formador, a pontuação média foi também excelente, considerando o domínio dos conteúdos, a clareza na sua exposição, o esclarecimento de dúvidas e a gestão adequada do tempo da formação.

Seguindo a mesma linha, todas as participantes consideraram a temática pertinente e útil para a sua prática de cuidados. Houve também elevado interesse em introduzir as técnicas discutidas nos seus planos de intervenção junto dos seus utentes.

Os slides da apresentação bem como as referências bibliográficas consultadas foram disponibilizadas a todos os participantes em formato digital.

Na minha opinião, a sessão decorreu com fluidez e foi ao encontro das minhas expectativas: apesar de ter planeado uma sessão extensa cumprimos os objetivos a que me propus e geri o tempo disponível de forma a não exceder o horário proposto. A realização desta sessão permitiu desenvolver as competências comuns para o enfermeiro especialista no que concerne à disseminação da informação e à responsabilidade de formação e desenvolvimento profissional dos colegas (quer enfermeiros de cuidados gerais quer enfermeiros especialistas) e de estudantes da licenciatura. Foi uma ótima

oportunidade de rever os conteúdos específicos da reeducação funcional respiratória e aprofundar as especificidades de cada situação clínica selecionada. Foi necessário um investimento teórico acrescido para o aprofundamento das intervenções junto da mulher grávida e dos recém-nascidos/pediatria, dada a fisiologia de cada grupo.

Em termos qualitativos, classifico o meu desempenho como excelente. Acima de tudo acredito que o planeamento e a realização da sessão foram tão úteis para o meu desenvolvimento profissional quanto para o dos formandos.

**Apêndice IV – Sessão “Prevenção não invasiva da hérnia  
paraestomal – cuidados de ER” – ECCI**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

## **Plano de Sessão de Formação**

Enfermagem em Estomaterapia – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na  
prevenção da hérnia paraestomal

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeira Orientadora:**

████████████████████

**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

—

**Lisboa  
abril 2021**

## **1. Designação da sessão**

Enfermagem em Estomaterapia e cuidados de ER na prevenção da hérnia paraestomal.

## **2. Duração prevista da sessão**

90 minutos.

## **3. Data da Sessão**

Dia 30 de abril de 2021 às 14h.

## **4. Local da sessão**

Sala de Formação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

## **5. Identificação do formador**

Enf<sup>a</sup> Beatriz Domingues, mestranda do 11<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## **6. Identificação do grupo destinatário da formação**

- Equipa de enfermagem da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).
- Equipa de Enfermagem da UCC.
- Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico na UCC/ECCI.

## **7. Conteúdos da sessão**

- ✓ Princípios da Estomaterapia
  - Conceitos
  - Dispositivos
  - Legislação
  - Cuidados à Ostomia
  - Gestão de complicações
- ✓ Projeto de Estágio – o EEER na prevenção não invasiva da hérnia paraestomal

## 8. Metodologia

- Expositiva/demonstrativa: serão apresentados os conteúdos teóricos e demonstração/treino das técnicas.
- Interativa: sessão final de discussão e *input* dos participantes.

## 9. Planeamento das Atividades

Duração (em minutos)	Atividade
3	Apresentação do formador e da temática da sessão.
45	Exposição teórica e demonstração das técnicas de RFR.
35	Esclarecimento de dúvidas e discussão: conteúdos apresentados, dúvidas relativamente aos materiais e cuidados às ostomias, implementação do programa de reabilitação na prática clínica, outras questões.
5	Avaliação dos objetivos propostos.
2	Encerramento da sessão.

## 10. Objetivos da sessão

### 10.1. Objetivos Gerais

1. Conhecer os princípios gerais nos cuidados de enfermagem em estomaterapia.
2. Apresentar o questionário de qualidade de vida para doentes ostomizados.
3. Apresentar o projeto de estágio.
4. Propor um plano de reabilitação para prevenção não invasiva da hérnia paraestomal.

### 10.2. Objetivos Específicos

4. Identificar os dispositivos adequados à situação individualizada do utente.

5. Identificar as principais complicações na pele paraestomal e no estoma.
6. Gerir as principais complicações na pele paraestomal e no estoma.
7. Prescrever um programa de treino individualizado aos utentes em risco de desenvolver hérnia paraestomal.

## **11. Avaliação dos objetivos propostos**

Serão fornecidos materiais de suporte escritos relativamente à apresentação e aos documentos consultados para mais informações.

Serão colocadas as seguintes questões no final da sessão:

- Que tipo de dispositivos são indicados em cada tipo de ostomia?
- Que cuidados de enfermagem devem ser realizados em utentes com PEG?
- Como gerir a pele paraestomal de um utente que apresente maceração húmida?
- Que tipo de exercícios podem ser prescritos a utentes com risco de desenvolver hérnia paraestomal?

## **12. Recursos**

### **12.1. Recursos Humanos**

- Formador – Enf<sup>a</sup> Beatriz Domingues;
- Enfermeira Orientadora – ██████████;
- Professor Orientador – Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira;
- Participantes na sessão.

### **12.2. Recursos Materiais**

- Sala de formação com computador e projetor.
- Cadeiras e mesas.
- Material de escrita.
- Dispositivos de ostomia e acessórios para demonstração.

## Slides da Apresentação

# Enfermagem em Estomaterapia

## Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da hérnia paraestomal

Beatriz Lopes Domingues

Enfª Orientadora: [REDACTED]

Professor Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira



## Sumário

### 1. Princípios da Estomaterapia

1. Conceitos
2. Dispositivos
3. Legislação
4. Cuidados à Ostomia
5. Gestão de complicações

### 2. Projeto de Estágio – o EEER na prevenção não invasiva da hérnia paraestomal

### Bibliografia

# 1. Princípios da Estomaterapia – Conceitos

Traqueotomia



Traqueostomia

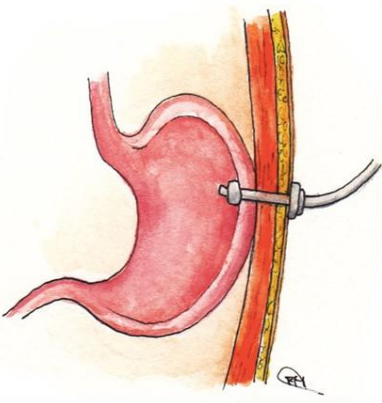


Fonte: <https://yocaoenfermeriablog.com/2018/01/30/traqueostomia-cuidado-enfermero/>; <https://liafoufjb.wixsite.com/liafo>.



# 1. Princípios da Estomaterapia – Conceitos

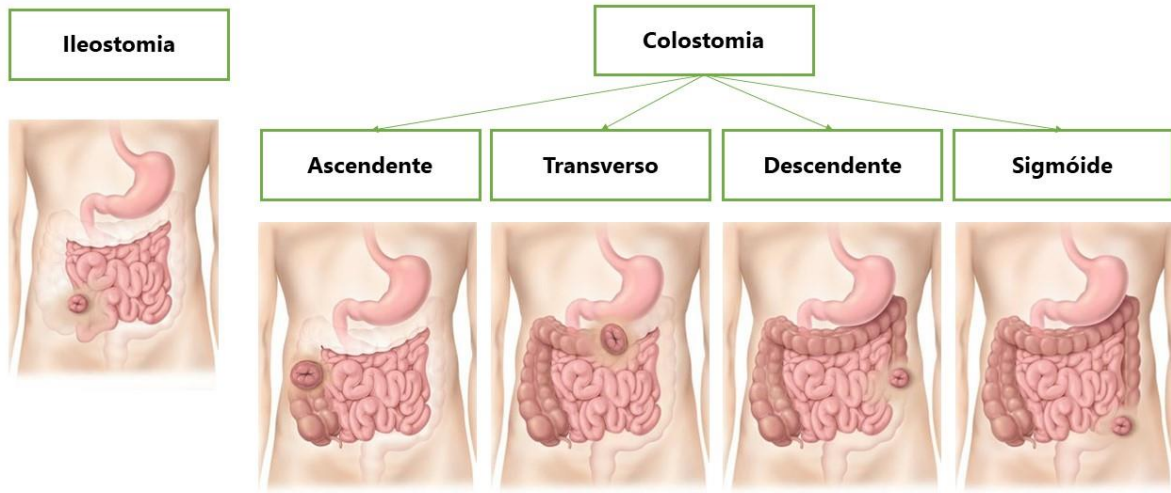
Gastrostomia



Fonte: <https://pedipedia.org/artigo/ostomias-de-alimentacao-na-crianca>; <https://loja.minhomedica.pt/pt/cirurgia-consumiveis-descartaveis-cirurgicos/16292-sonda-gastrostomia-mic-key-low-profile-r0112.html>



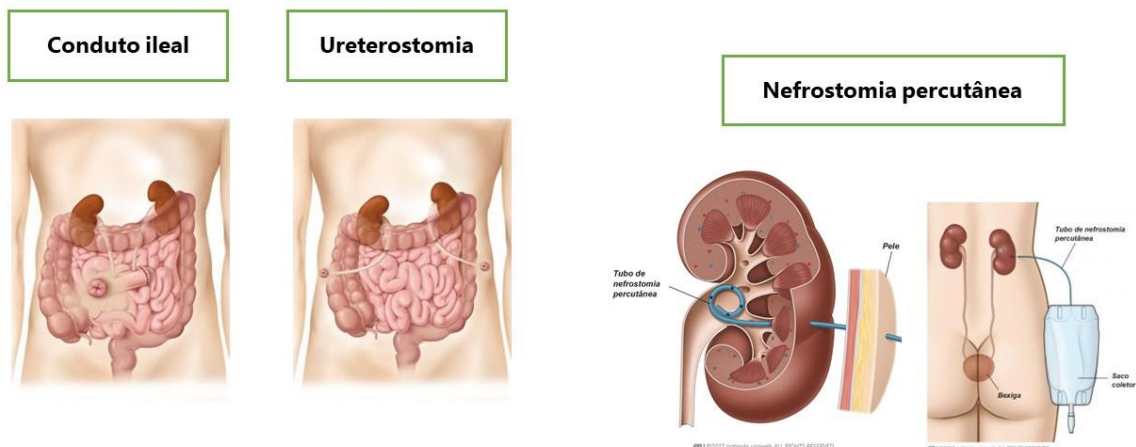
# 1. Princípios da Estomaterapia – Conceitos



Fonte: <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/informa%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-cirurgia/ileostomia/>; <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/informa%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-cirurgia/colostomia/>



# 1. Princípios da Estomaterapia – Conceitos



Fonte: <https://www.convatec.pt/ostomia/antes-da-cirurgia/informa%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-cirurgia/urostomia/>; <https://patients.uroweb.org/pt/nefrolitotomia-percutanea-nlpc/>



## 1. Princípios da Estomaterapia – Dispositivos e acessórios



Fonte: [https://www.apostomia.com/cuidados\\_conselhos](https://www.apostomia.com/cuidados_conselhos); <https://www.coloplast.pt/ostomia/peeooplee-wiith-aa-stoomaa/after-stoomaa-syurgeery/>; <https://www.convatec.pt/ostomia/viver-com-uma-ostomia/acces%C3%B3rios/>



## 1. Princípios da Estomaterapia – Legislação

Portaria nº 92-F/2017, de 3 de março

✓ 1ª alteração à Portaria nº284/2016, de 4 de novembro, que estabelece o regime de participação dos dispositivos para pessoas portadoras de ostomia.

- ✓ No **SNS** o valor da **participação** dos dispositivos de ostomia é de **100%** do preço de venda do produto.
- ✓ **A prescrição continuada é realizada nos cuidados de saúde primários.**
- ✓ Os dispositivos deem ser dispensados nas farmácias.

# 1. Princípios da Estomaterapia – Cuidados à Ostomia

## Traqueostomia/traqueotomia



Fonte: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+8.4\\_CURATIVO+DE+TRAQUEOSTOMIA.pdf/d683b7ed-aff8-4e8c-90cd-bd7a8fd996d3](http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+8.4_CURATIVO+DE+TRAQUEOSTOMIA.pdf/d683b7ed-aff8-4e8c-90cd-bd7a8fd996d3); Santos & Faria, 2010.



# 1. Princípios da Estomaterapia – Cuidados à Ostomia

## PEG/PEJ



Fontes das imagens: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032015000100015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032015000100015); <https://www.medicalexpo.com/pt/fabricante-medico/sonda-gastrostomia-47146.html>; <https://mundodabela.wordpress.com/2019/04/06/gastrostomia-quando-trocar-a-sonda/>;



# 1. Princípios da Estomaterapia – Cuidados à Ostomia

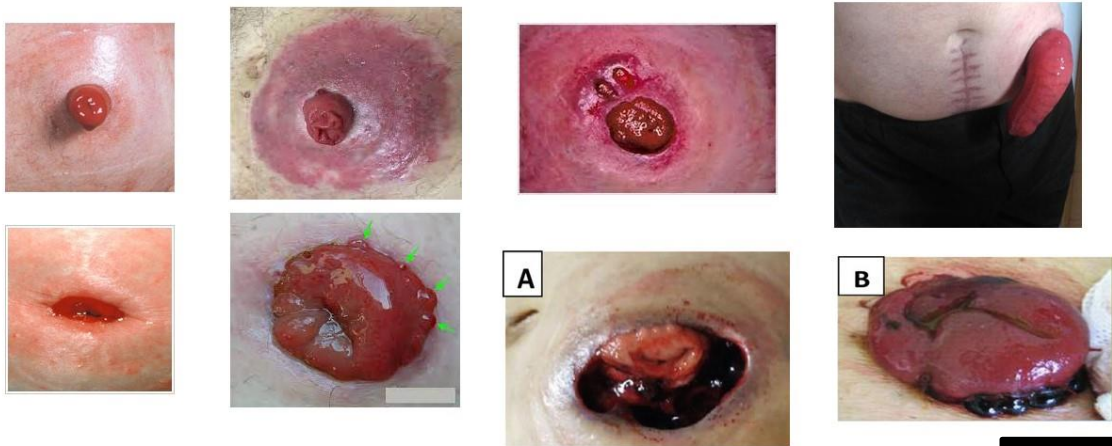
## Ostomia de eliminação



Fonte: adaptado de <https://iga.quiron.com/portal/cuidados-y-recomendaciones-al-paciente-ostomizado/>



# 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações



Fontes: <http://drimondes.blogspot.com/2014/01/ostomia-ortoma-estoma-ou-estomia-otoma.html>; <https://www.comatec.pt/ostomia/informa%C3%A7%C3%85e+e+de+apoio+ao+profissional+de+s%C3%A0+de+educa%C3%A7%C3%A3o+n%C3%A7%C3%B5e+-+b%C3%A1sicas+sobre+ostomia/>; <https://line.17oo.com/articles/vbwwfhaq.html>; <https://www.intechopen.com/books/gastrointestinal-stomas/intestinal-ostomy-complications-appro>



## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### RETRAÇÃO



#### O que fazer?

- ✓ Utilização de dispositivos com convexidade – rígida;
- ✓ Provável necessidade de cinto;
- ✓ Vigiar a pele!

## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### PROLAPSO



#### O que fazer?

- ✓ Redução do prolapso – glucose hipertónica/açúcar branco;
- ✓ Aplicação de gelo;
- ✓ Cinta sem buraco.

## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### GRANULOMAS



#### O que fazer?

- ✓ Aplicar nitrato de prata;
- ✓ Vigiar a pele!

## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### MACERAÇÃO



#### O que fazer?

- ✓ Eliminação da causa da maceração;
- ✓ Utilização de pó cicatrizante;
- ✓ Utilização de acessórios para "isolar a ostomia".
- ✓ Provável necessidade de dispositivo de uma peça.

## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### ÚLCERA



#### O que fazer?

- ✓ "isolar" o estoma para permitir a cicatrização da pele;
- ✓ Utilizar pó cicatrizante;
- ✓ Sucralfato em SOS;
- ✓ Diminuir a pressão causada pela placa/convexidade.

## 1. Princípios da Estomaterapia – Gestão de complicações

### HEMORRAGIA

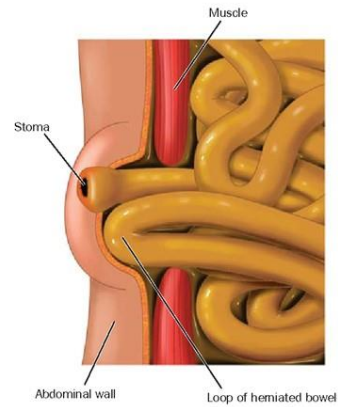
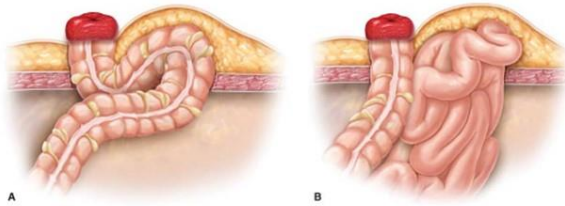


#### O que fazer?

- ✓ Tratar a hemorragia! → aplicar gelo e em caso de necessidade aplicar hemostáticos tópicos (ácido tranexâmico).
- ✓ Chamar o médico se hemorragia abundante.
- ✓ Vigiar!

## 2. Hérnia Paraestomal

- “Parastomal bulging is a common complication affecting **one-third of patients with a stoma 1 year after surgery, and more than 10% after 100 days**” (Anderson et al., 2020).



Fonte: <https://www.ostomais.com/hernia-paraestomal-o-que-e/>

## 2. Hérnia Paraestomal – Fatores de risco

- Idade superior a 64 anos.
- Tosse crónica e/ou situações que aumentem a pressão intra-abdominal;
- Mau estado nutricional, obesidade, distensão e perímetro abdominal;
- Fumadores;
- Infecção; uso de corticosteroides;
- Alterações no metabolismo do colagénio;
- Tipo de estoma e localização no abdómen;
- Tipo de cirurgia (eletiva ou de urgência),
- Técnica cirúrgica;
- Cirurgias abdominais prévias.

## 2. Hérnia Paraestomal – Revisão da Literatura

- A incidência de hérnia paraestomal é maior nos doentes com colostomias.
- O risco de desenvolver hérnia é superior no 1º ano pós-operatório.
- A adesão a um programa de treino de exercícios reduz a incidência de hérnia paraestomal.
- A qualidade de vida dos doentes sem hérnia aumentou significativamente ao longo do primeiro ano.
- Os doentes com ostomia são menos ativos porque têm uma ostomia.



### Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme

Thompson & Trainor (2005)

#### abstract

There has been scant research into the prevention of parastomal hernia formation following stoma surgery, which is a common and distressing event. This study shows that the introduction of a prevention programme for a period of one year post surgery significantly reduces the incidence of hernia development. The programme is simple and involves education, abdominal exercises and advice on the use of abdominal support garments. As such, this study should influence the practice of stoma care nurses around the UK.

### Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on

Thompson & Trainor (2007)

#### Abstract

Parastomal hernia continues to be a common and distressing problem for patients with stomas and research investigating prevention strategies is scant. In March 2005 Thompson and Trainor reported that the introduction of a prevention programme for 1 year following stoma formation surgery significantly reduced the incidence of parastomal hernia. This follow-up study strengthens the reliability and validity of the findings of the first study by confirming a statistically significant reduction in the incidence of parastomal hernias through the introduction of a simple non-invasive prevention programme.

**2016**

**Parastomal Hernia Prevention** Author: JACQUELYNNE NORTH

**Statement:**  
Patients with a stoma are assessed by a Stoma Care Nurse (SCN) and an individualised prevention of parastomal hernia plan is formulated.

**Structure:**  
The patient and nurse agree on an appropriate prevention of parastomal hernia plan to minimise the risks and consequent complications.

**Process:**

- Ensure a private, confidential and safe environment where the patient can be examined, assessed and provided with information.
- Using clinical expertise undertake a clinical history to ascertain predisposing factors of parastomal hernia such as type of stoma, elevated high BMI, strong muscle weakness due to age or multiple abdominal surgeries, straining, coughing and sneezing (Appendix 2)
- Complete the Stoma QOL questionnaire to enable baseline QOL measurement (Appendix 3)
- Discuss activities that increase risks of parastomal hernia formation, e.g. Occupation that involves heavy lifting, strenuous exercise, gardening, swimming or lifting heavy wet washing
- Advise that diving after surgery should be avoided until after 4 weeks if laparoscopic surgery and 6 weeks after open surgery if wounds have healed (to be confirmed against patients insurance policy)
- Describe to patient what a parastomal hernia is and how one develops
- Explain the consequences of parastomal hernia, including the appearance, discomfort, complications and possible surgical intervention, supported with appropriate evidence based research
- Provide relevant advice to patients for hernia prevention post surgery supported with written information including exercises, demonstrate if required (Appendix 4)
- Advise patient to purchase lightweight support underwear from a high street store or obtain prescribed garments if required (Appendix 5)
- Advise patients who irrigate, development of a parastomal hernia may impact on effectiveness of irrigation by restricting the flow of water into the stoma
- Reinforce information on parastomal hernia prevention at regular intervals, e.g. at 1,3,6 months and annually
- Involve family and carers, where appropriate, and in agreement, with the patient.
- Feedback appropriate information to GP, surgeon, DNV or other relevant health care professional
- Evaluate the patient's understanding of the information given.

**Outcome:**  
The patient states the nurse offered advice and expertise on the prevention of parastomal hernia.

2017

### Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice?

Sarah Russell

2017

### Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers

Sarah Russell

#### Ostomy Care

J Wound Ostomy Continence Nurs. 2019;46(3):210-215. Published by Lippincott Williams & Wilkins

2019

### Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia

*A View From Here*

Sarah Russell



## Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study

Rune Martens Andersen<sup>a,b</sup>, Thordis Thomsen<sup>c,d</sup>, Anne Kjærgaard Danielsen<sup>b</sup>, Ismail Gögenur<sup>d,e</sup>,  
Tine Alkjær<sup>f</sup>, Tyge Nordentoft<sup>g</sup>, Emma Posselt-Møller<sup>h</sup> and Anders Vinther<sup>a,h</sup><sup>a</sup>Department of Surgical Gastroenterology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>b</sup>Department of Gastroenterology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>c</sup>Department of Anesthesiology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>d</sup>Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>e</sup>Department of Surgery, Center for Surgical Sciences, Zealand University Hospital, Køge, Denmark; <sup>f</sup>Department of Biomedical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>g</sup>Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte, Copenhagen, Denmark; <sup>h</sup>QD-Research Unit, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte, Copenhagen, Denmark

Figure 2. Overview of exercises for the Early group.



Figure 3. Overview of exercises for the Intermediate group.



Figure 4. Overview of exercises for the Late group.

## 2. Hérnia Paraestomal – Programa de Reabilitação

### Princípios Gerais

- Os exercícios devem ser implementados consoante avaliação do estado atual do doente e eventuais contraindicações (pós-operatório recente de AAP, complicações da ferida operatória, etc.).
- A progressão no treino (intensidade e frequência) deve ter em consideração a tolerância do doente.
- O plano deve ser construído com o doente.
- Recomenda-se a entrega de documentação escrita de apoio.
- A avaliação do programa deve incluir o questionário da qualidade de vida e o registo da adesão ao treino.

## 2. Hérnia Paraestomal – Programa de Reabilitação

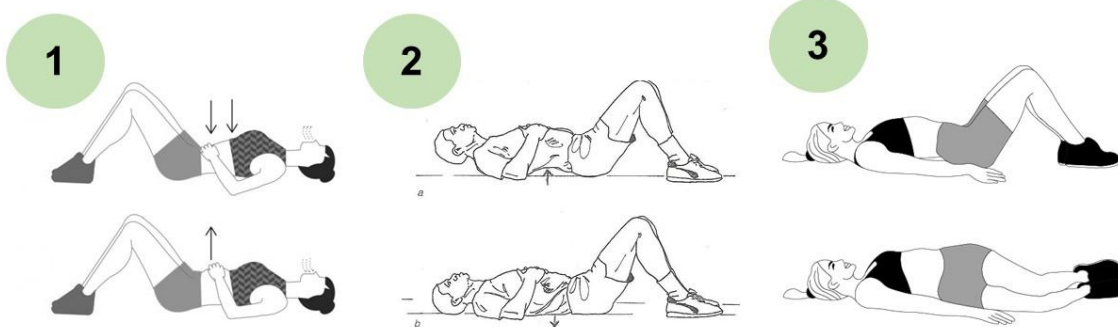
### População-alvo do programa

- Doentes com **fatores de risco** presentes.
- Doentes com ostomias de eliminação intestinal e/ou vesical **definitivas**.
- Doentes com ostomias de eliminação intestinal e/ou vesical **temporárias**, mas com duração previsível de aproximadamente **um ano até ao encerramento**.

### Programa de Reabilitação

1ª fase: 3-4º dia pós-operatório → 14º dia

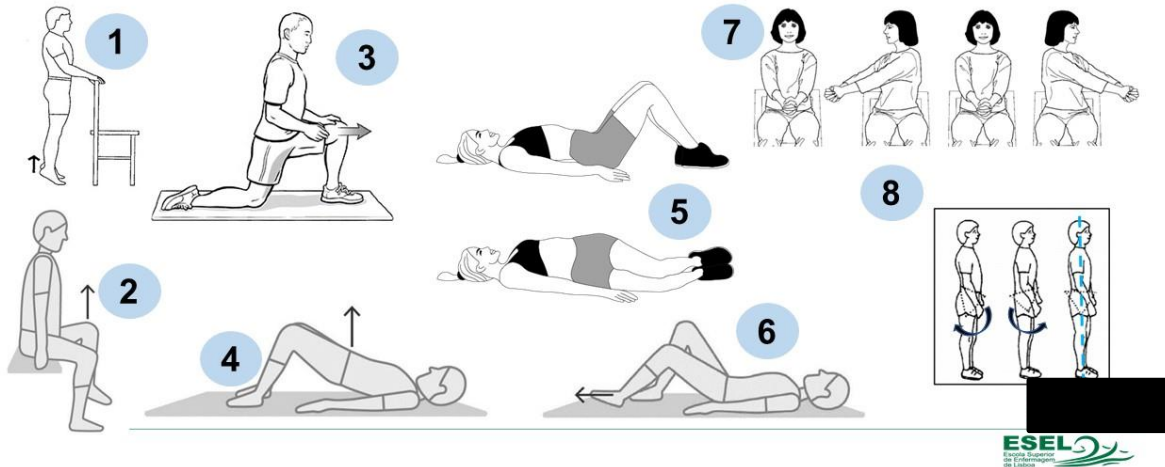
8-12 repetições, 3 vezes por dia



## Programa de Reabilitação

2ª fase: 2 a 6 semanas pós-operatório

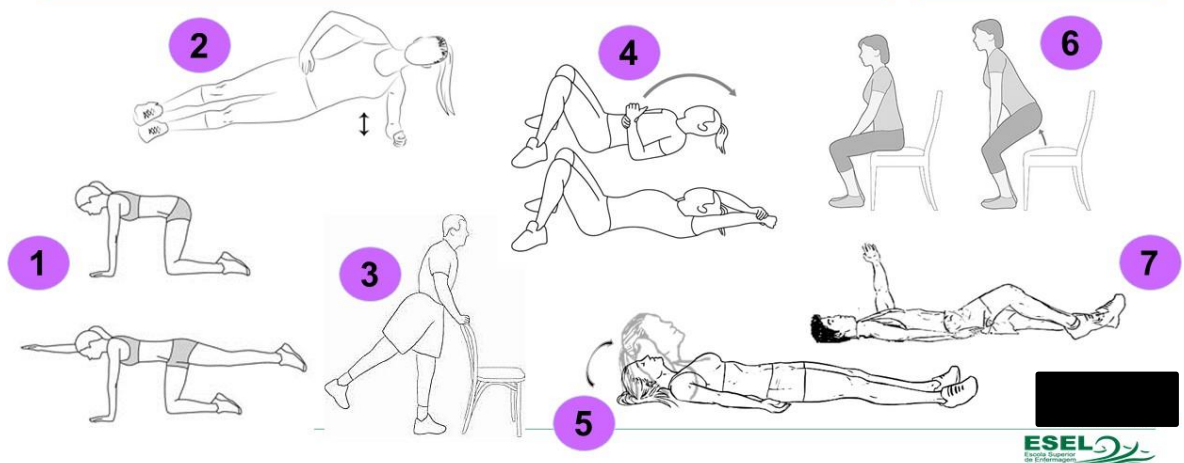
8-12 repetições, 3 séries



## Programa de Reabilitação

3ª fase: 7 semanas a 3 meses pós-operatório

8-12 repetições, 3 séries



## Programa de Reabilitação

**EVITAR!**



## Programa de Reabilitação

**4ª fase: >3 meses → retorno à atividade física**

Tai-Chi

Yoga

Pilates

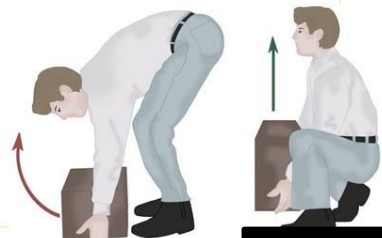
Natação

Jogging

Ginásio

### ACONSELHAMENTO

- Cintas de suporte?
- Pegar em pesos corretamente.
- Informar sobre aumento do risco de hérnia no 1º ano.
- Atividade sexual.
- Promover a adesão ao exercício físico.
- **Qualidade de vida!**



# Bibliografia

- Andersen, R.M.; Thomsen, T.; Danielsen, A.K.; Gøgenur, I.; Alkjær, T.; Nordentoft, T.; Posselt-Møller, E. & Vinther, A. (2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: [10.1080/09638288.2020.1771620](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620).
- ASCN (2016). ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK. Disponível em: <https://www.sathnhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Stoma-Care-Guidelines.pdf>
- <https://meplus.com/atec/articulos/about-meplus-recovery-series/>
- <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>
- North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing*, 23(5): 514-518. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.Sup5.514](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.514).
- Pérez, M.G.; Mateos, M.A.R. (2016). Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm.* 19(4): 55-59.
- Portaria n.º 92-F/2017 de 03 de Março (2017). Procedê a primeira alteração da Portaria.º 284/2016, de 4 de Novembro. Diário da República I série, N.º 45 (03/03/2017), 1192-(4) – 1192(6);
- Registered Nurses' Association of Ontario (Org) (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada: RNAO.
- Russell, S. (2017a). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*, 26(5): 820-826. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.5.520](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.520).
- Russell, S. (2017b). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*, 26(17): 512-518. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.17.512](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.512).
- Russell, S. (2019). Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 46(3):215-218.
- Santos, I. M., et al (2012). *Estomaterapia: O saber e o cuidar*. Coimbra: Lidel 2012.
- Santos, J.M.S.; Faria, C.E.M. (2010). Optimização de Ostomias de Ventilação. *onconews*, n.º 11, pp. 14-24.
- Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, C.; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Rodrigues, A.M. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *J Coloproctology*, 39(1): 48-55. DOI: [10.1016/j.jcol.2018.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006).
- Thompson, M.J. & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing*, 3(2): 23-27.
- Thompson, M.J. (2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*, 5(3): 22-28.
- Krishnamurty, M. D., Bhatnrik, J. & Mutch, M. (2017). Stoma Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 30(3): 193-200. doi:10.1055/s-0037-1598160



## Enfermagem em Estomaterapia

### Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da hérnia paraestomal

Beatriz Lopes Domingues

Enfª Orientadora

Professor Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira



## Stoma QoL Questionnaire

Fonte<sup>1</sup>

	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Sinto-me ansioso quando o saco está cheio.				
Preocupo-me que o saco se descole.				
Sinto a necessidade de saber onde é o wc mais próximo.				
Preocupo-me que o saco cheire mal.				
Preocupo-me com os sons do estoma.				
Preciso de descansar durante o dia.				
O meu saco limita o tipo de vestuário que posso utilizar.				
Sinto-me cansado durante o dia.				
O meu estoma faz-se sentir sexualmente pouco atraente.				
Durmo mal durante a noite.				
Preocupo-me que o meu saco se movimente.				
Sinto-me embaraçado do meu corpo por causa do estoma.				
É difícil para mim dormir fora de casa de uma noite para a outra.				
É difícil esconder o facto de que uso um saco.				
Preocupo-me que a minha condição seja um fardo para as pessoas próximas de mim.				
Evito contacto físico próximo com os meus amigos.				
O meu estoma torna difícil para mim estar com outras pessoas.				
Tenho receio de conhecer pessoas novas.				
Sinto-me sozinho mesmo quando estou com outras pessoas.				
Preocupo-me que a minha família se sinta estranha perto de mim.				

---

<sup>1</sup> Fonte: adaptado de Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, C.; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Rodrigues, A.M. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. J Coloproctology. 39(1): 48-55. DOI: [10.1016/j.jcol.2018.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006).

## **Relatório de avaliação da Formação “Enfermagem em Estomaterapia – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da hérnia paraestomal”**

A sessão de formação foi planeada nesta fase do estágio por dois motivos essenciais:

1. Admissão na equipa de dois utentes com ostomias de eliminação (ileostomia terminal e colostomia sigmóidea), com risco de desenvolver hérnia paraestomal.
2. A pedido da enfermeira orientadora, para relembrar e esclarecer as dúvidas da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) sobre os cuidados às ostomias respiratórias, de alimentação e eliminação, dado a população de utentes acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O planeamento da sessão baseou-se nas necessidades expressas pela equipa, dando-se maior enfoque aos cuidados de enfermagem de reabilitação nas ostomias de eliminação intestinal e urinária.

A sessão foi dirigida aos enfermeiros da equipa da UCC que incluiu: a Enfermeira Orientadora (enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação), uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (que também integra a ECCI) e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia. Participaram também na sessão duas estudantes da licenciatura em enfermagem.

Tal como planeado, a sessão decorreu no dia 30 de abril de 2021 entre as 14h e as 15h30.

Durante a fase introdutória da sessão propus ao grupo que durante a sessão utilizassem um dispositivo de ostomia de eliminação adaptado ao abdómen, à escolha entre os disponíveis, cheio com água. Expliquei que seria uma forma de se consciencializarem dos receios dos doentes. O grupo aderiu de imediato à sugestão. A maior parte utilizou sistema de duas peças com saco aberto. Cada participante adaptou o seu dispositivo de forma autónoma, sem a minha intervenção. Durante a sessão apenas uma das participantes experienciou “fuga” de líquido por má adaptação do saco à placa. De uma

forma geral, as participantes referiram sentir-se apreensivas com a utilização do dispositivo fora do ambiente da formação.

Ao longo de toda a sessão as participantes revelaram-se bastante interativas. Colocaram dúvidas ao longo da exposição/demonstração, relacionando os conteúdos com a sua experiência da prática clínica.

No final, não havendo comentários ou outras questões a esclarecer, introduzi ao grande grupo as questões que propus para avaliar os objetivos propostos, e que foram:

5. Que tipo de dispositivos são indicados em cada tipo de ostomia?
6. Que cuidados de enfermagem devem ser realizados em utentes com PEG?
7. Como gerir a pele paraestomal de um utente que apresente maceração húmida?
8. Que tipo de exercícios podem ser prescritos a utentes com risco de desenvolver hérnia paraestomal?

As questões foram respondidas em conjunto, o que motivou ainda a partilha de mais situações de cuidados e sua respetiva discussão.

Após, solicitei ao grupo o preenchimento do questionário de avaliação do formador e da sessão, que apresento em apêndice. O feedback obtido da enfermeira orientadora quer das restantes participantes na sessão foi bastante positivo.

Todas as participantes reportaram elevada pertinência da temática da sessão bem como da adequação da metodologia utilizada, considerando que houve um bom equilíbrio teórico-prático.

Em termos de avaliação do formador, a pontuação média foi também excelente, considerando o domínio dos conteúdos, a clareza na sua exposição, o esclarecimento de dúvidas e a gestão adequada do tempo da formação.

Seguindo a mesma linha, todas as participantes consideraram a temática pertinente e útil para a sua prática de cuidados. Muitos dos exercícios apresentados para a prevenção da hérnia paraestomal já são utilizados pela equipa nas sessões de reeducação funcional motora. No entanto, foi manifestado um grande interesse em introduzir os restantes exercícios

propostos especificamente com os utentes com risco de desenvolver hérnia paraestomal.

Os slides da apresentação, as referências bibliográficas consultadas e os documentos orientadores da Direção-Geral da Saúde foram disponibilizadas a todos os participantes em formato digital.

A sessão decorreu com fluidez, embora tenha ultrapassado o tempo disponível em cerca de 15 minutos. Apesar de extensa, todos os objetivos propostos foram atingidos.

A realização das sessões de formação permitiu ir ao encontro das atividades propostas para este ensino clínico, uma vez que implicou a pesquisa bibliográfica e aprofundamento de competências teórico-práticas na temática. Da mesma forma, permitiu a continuação do desenvolvimento das competências comuns para o enfermeiro especialista no que diz respeito à formação de pares e de estudantes da licenciatura, e ao desenvolvimento profissional.

No caso específico desta sessão, permitiu ainda a possibilidade de implementação do projeto de estágio junto de dois utentes com risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal.

Em termos qualitativos, classifico o meu desempenho como formadora nesta sessão em excelente. Esta é uma área de interesse pessoal e profissional, e a possibilidade de partilha do conhecimento com os colegas é muito gratificante.

## **Apêndice V – Estudo de Caso 1**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Estudo de Caso – Sr. A.F.S.**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeiros Orientadores:**



**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira



**Lisboa  
janeiro 2021**

## Lista de Siglas e Abreviaturas

%	percentagem
3id	3 vezes por dia
ACIR	Área de Cuidados Intensivos e Recobro
AEM	Agência Europeia do Medicamento
dL	decilitro
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ev	endovenoso
id	uma vez por dia.
IRC	Insuficiência Renal Crónica
GIST	Gastrintestinal Stroma Tumor
gr	grama
GSA	gasimetria arterial
h	hora
kg	quilograma
mcg	microgramas
mg	miligrama
mL	mililitro
mmHg	milímetro de mercúrio
MRCMS	Medical Research Council Muscle Scale
RFM	Reeducação Funcional Motora
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RX-Tórax	Telerradiografia do tórax
TC TAP	Tomografia Computorizada toraco-abdomino-pélvica

# Índice

## Introdução 4

### 1. Colheita de dados 5

1.1. Identificação do doente .....	5
1.2. Motivo do Internamento.....	5
1.3. Antecedentes Pessoais.....	5
1.4. Medicação Habitual.....	5
1.5. Hábitos tabágicos e etanólicos.....	5
1.6. Alergias.....	6
1.7. História de doença atual.....	6
1.8. Situação Familiar.....	7
Genograma.....	7

### 2. A pessoa com GIST gástrico submetida a cirurgia abdominal alta 8

2.1. A intervenção do EEER na recuperação da pessoa submetida a cirurgia abdominal alta	9
---	---

### 3. Avaliação do Sr. A.F.S. 10

3.1 Dados antropométricos .....	10
3.2 Avaliação ECOG .....	10
3.3 Aplicação de escalas.....	10
Escala de Braden .....	10
Escala de Morse.....	10
Índice de Barthel.....	11
Escala Medida de Independência Funcional (MIF).....	12
Escala de força muscular – MRCMS (Medical Research Council Muscle Scale) .....	13
3.4 Avaliação da capacidade de autocuidado.....	14
3.4.1 Requisitos Universais de Autocuidado.....	14
Manutenção de quantidades suficientes de ar.....	14
Manutenção de quantidades suficientes de comida .....	14
Manutenção de quantidades suficientes de água.....	15
Cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos .....	15
Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso.....	15
Manutenção do equilíbrio entre solidão e interações sociais .....	15

Prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana.....	16
Promoção do desenvolvimento dentro de grupos sociais de acordo com o seu potencial e limitações.....	16
3.4.2 Requisitos de Autocuidado de Desvios de Saúde .....	17
<b>3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>18</b>
<b>4. Conclusão</b>	<b>1</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>2</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>4</b>
Anexo I – ECOG Performance Status.....	5
Anexo II – Índice de Barthel .....	6
Anexo III – Escala de Braden.....	7
Anexo IV – Escala MRCMS (Medical Research Council Muscle Scale) .....	8
Anexo V – Escala de Morse .....	10
Anexo VI – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) .....	11
Anexo VII – Escala de Borg Modificada: percepção ao esforço .....	13

## **Introdução**

O presente documento foi elaborado no decorrer do ensino clínico na Área de Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR), a decorrer entre 07/12/2020 e 05/02/2021, integrado no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Foi construído um estudo de caso, que reflete os cuidados prestados a uma pessoa com o diagnóstico de tumor do estroma gastrointestinal (GIST) localizado no estômago, em contexto de pós-operatório imediato de cirurgia abdominal alta.

A estrutura do estudo de caso segue as etapas do Processo de Enfermagem, cujo plano de cuidados elaborado se refere exclusivamente aos diagnósticos de enfermagem de reabilitação levantados. Tem como objetivo espelhar o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) junto do cliente com alterações cardiorrespiratórias e sensoriomotoras decorrentes de procedimento anestésico e cirurgia abdominal alta.

São apresentados os dados pessoais do doente, a história da doença atual do Sr. A.S., a avaliação física com recurso a escalas que se encontram em anexo, bem como o plano de cuidados implementado, em linguagem CIPE®.

Dado o impacto da diminuição da capacidade funcional das atividades de vida e no autocuidado, a avaliação do doente foi realizada tendo por base a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem. São também apresentados, para cada requisito universal de autocuidado, os sistemas de enfermagem necessários para dar resposta às necessidades de autocuidado.

## **1. Colheita de dados**

### **1.1. Identificação do doente**

**Nome:** A.F.S.

**Sexo:** masculino.

**Idade:** 50 anos. D.N.: 11/01/1970.

**Nacionalidade:** portuguesa.

**Estado civil:** casado.

**Profissão:** auditor sistemas informáticos.

**Pessoa significativa:** esposa – Sr<sup>a</sup> A.C.S.

### **1.2. Motivo do Internamento**

Gastrectomia subtotal + esplenectomia + pancreatectomia corpo-caudal por tumor do estroma gastrointestinal (GIST) gástrico com metástases hepáticas.

### **1.3. Antecedentes Pessoais**

- Ansiedade;
- Psoríase;
- Síndrome de Guillan-Barré, curado sem sequelas;
- Tiroidite de Quervain com hipotiroidismo;
- Rinoplastia em 2003.

### **1.4. Medicação Habitual do domicílio**

- Imatinib 400mg id;
- Esomperazol 40mg bid;
- Paracetamol 1gr 8/8h;
- Naproxeno 500mg 8/8h;
- Levotiroxina 50mcg id;
- Alprazolam 1mg SOS.

### **1.5. Hábitos tabágicos e etanólicos**

Nega.

## 1.6. Alergias

AAS + AINE (reação adversa – diarreia).

## 1.7. História de doença atual

Doente com diagnóstico de GIST + metástases hepáticas em outubro de 2020.

Iniciou seguimento na Instituição em 19 de novembro, altura em que vem transferido de outro Hospital (assinou alta contra parecer médico) onde se encontrava internado há menos de 24h por quadro de hematemese.

Foi admitido na UCI onde ficou em vigilância. Iniciou imatinib 400mg id a 20/11/2020. Teve alta para domicílio a 24/11/2020.

No dia 25/11/2020 contacta a equipa de enfermagem da Unidade de Digestivo para reportar sintomatologia: ao chegar a casa na véspera refere tonturas, artralgias nos joelhos, mialgias generalizadas e sensação de cansaço. Por temperatura axilar de 37,7°C inicia paracetamol 1gr 8/8h + diário de sintomas.

A 27/11/2020 por manter quadro de febre sob paracetamol em esquema, vem à Instituição para avaliação médica. Vem pálido, sudorético, febril. Nega outra sintomatologia. Teste COVID-19 negativo. Realizada hidratação endovenosa e tem alta para o domicílio medicado sintomaticamente com paracetamol 1gr 8/8h + metamizol 12/12h + registo de sintomas.

Regressa a 30/11/2020 por manter picos febris e sintomatologia já descrita. É diagnosticado com faringite bacteriana e foi administrado penicilina intramuscular. Tem alta para domicílio medicado com paracetamol 1gr 8/8h e naproxeno 500mg 8/8h.

A 02/12/2020 vem para nova observação. Apresenta-se febril, palidez mais acentuada, com epigastralgias. Realiza novo teste COVID-19 cujo resultado é negativo. É admitido no internamento. Realiza TC TAC que **revela trajeto fistuloso entre o tumor e a parede gástrica, com necrose tumoral acentuada**. Suspende imatinib e é medicado sintomaticamente.

A 7/12/2020 é submetido a gastrectomia subtotal + esplenectomia + pancreatectomia corpo-caudal. É admitido na UCI pelas 14h.

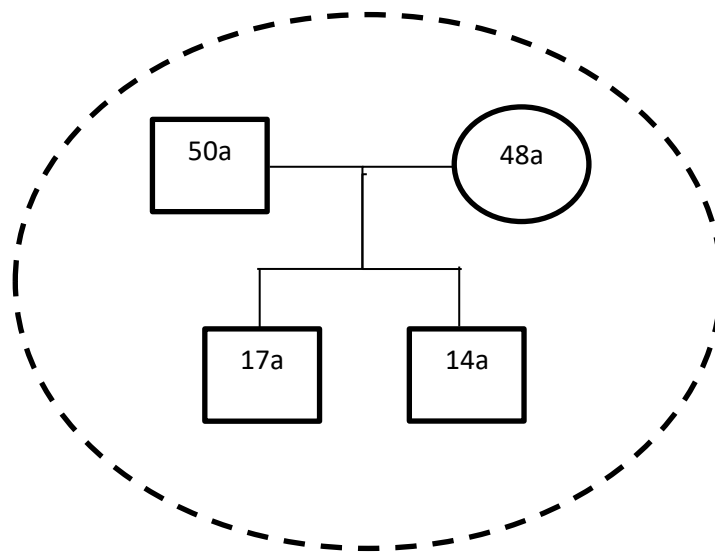
## 1.8. Situação Familiar

O Sr. A.F.S. vive com a esposa e com os dois filhos, ambos adolescentes (14 e 17 anos de idade), numa moradia localizada no distrito de Setúbal.

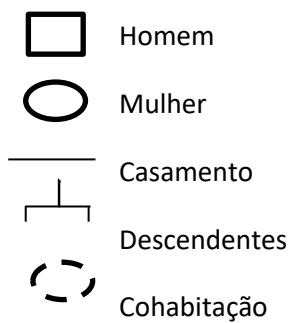
Antes da situação de doença atual, o Sr. A.S. encontrava-se em situação laboral ativa por conta de outrem. Atualmente encontra-se com incapacidade temporária para o trabalho, pelo que a maior fonte de rendimento provém da esposa.

Durante o internamento não é permitido visitas dado o contexto de pandemia, pelo que o Sr. A.S. comunica com a família recorrendo a tecnologia (videochamada).

### Genograma



### Legenda:



## **2. A pessoa com GIST gástrico submetida a cirurgia abdominal alta**

O Sr. A.S. foi submetido a cirurgia abdominal alta por GIST gástrico sob anestesia geral no dia 07/12/2020. Realizou gastrectomia subtotal + esplenectomia + pancreatectomia corpo-caudal.

O GIST é um tumor do estroma gastrintestinal que pode ocorrer em qualquer ponto do tubo digestivo. Metastiza frequentemente para os órgãos adjacentes (sendo neste caso o fígado, baço e pâncreas) e tecidos da cavidade abdominal (epíplon, peritoneu, mesentério) (Joensuu, 2006). O tratamento de primeira linha recomendado para o GIST metastizado é a administração de imatinib 400mg/dia (Joensuu, 2006). Um dos principais efeitos secundários do imatinib, quando utilizado como terapêutica para GIST, é a hemorragia gástrica (AEM, s.d.). Nestes casos, pode ser necessário tratamento cirúrgico, que passa pela resseção do tumor e estruturas envolvidas (Joensuu, 2006).

As principais complicações pós-operatórias deste tipo de cirurgia relacionam-se com a anestesia geral, a manipulação da cavidade abdominal junto ao diafragma, a analgesia opióide utilizada para controlo algico e a imobilidade após o procedimento cirúrgico. São mais comuns (Isaías, Sousa & Dias, 2012):

- Alterações na ventilação: compromisso da expansão pulmonar por redução da atividade do nervo frénico e do diafragma, com consequente diminuição dos volumes correntes e atelectasias;
- Limpeza da via aérea comprometida: aumento da viscosidade das secreções e diminuição da atividade mucociliar, tendo como consequência a pneumonia por estase.

Estas, quando ocorrem, aumentam o tempo de estadia no hospital bem como atrasam o processo de recuperação. No caso dos doentes oncológicos, pode mesmo influenciar a continuidade dos tratamentos adjuvantes à cirurgia.

## **2.1. A intervenção do EEER na recuperação da pessoa submetida a cirurgia abdominal alta**

Nos doentes submetidos a cirurgia abdominal alta, em risco de desenvolver as complicações acima mencionadas, a intervenção do EEER tem como principais objectivos (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1985; Isaías, Sousa & Dias, 2012):

- Melhorar a ventilação/perfusão, através de técnicas de reeducação funcional respiratória, com ênfase na promoção da expansão pulmonar;
- Assegurar a permeabilidade da via aérea através da implementação de técnicas de limpeza da via aérea, como o mecanismo da tosse e manobras acessórias, se necessário;
- Corrigir posturas antiálgicas viciosas;
- Promover a mobilidade precoce.

Para tal, o EEER planeia e implementa programas de reeducação funcional respiratória que incluem técnicas de limpeza da via aérea, no caso de presença de secreções brônquicas; e técnicas de expansão pulmonar e reeducação diafragmática (Menoita & Cordeiro, 2012).

No que diz respeito à mobilização precoce, o EEER planeia e implementa programas de reeducação funcional motora com o objetivo de diminuir a perda de massa muscular decorrente da imobilidade, prevenir o tromboembolismo por estase venosa e promover a recuperação da capacidade funcional basal (Almeida et al., 2017). Após avaliação da estabilidade postural e da força muscular, devem ser implementados exercícios aeróbios e exercícios de fortalecimento muscular (core, membros superiores e membros inferiores) (Almeida et al., 2017).

### 3. Avaliação do Sr. A.F.S.

#### 3.1. Dados antropométricos

Peso: 76kg

Altura: 1,75m

IMC: 24,8 kg/m<sup>2</sup>

#### 3.2. Avaliação ECOG

ECOG Performance Status: 1.

#### 3.3. Aplicação de escalas

##### Escala de Braden

Data de Avaliação	10/12/2020	11/12/2020	14/12/2020
Percepção sensorial	4	4	4
Humidade	3	3	3
Atividade	3	3	4
Mobilidade	3	3	4
Nutrição	3	3	3
Fricção e forças de deslizamento	2	2	3
<b>Score Total</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>21</b>

##### Escala de Morse

Data de Avaliação	10/12/2020	11/12/2020	14/12/2020
História de quedas	0	0	0
Diagnósticos secundários	15	15	15
Ajuda na marcha	0	0	0
Terapêutica IV / Cateter permanente	20	20	20
Marcha	20	10	0
Estado Mental	0	0	0
<b>Score Total</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>35</b>

## Índice de Barthel

Data de Avaliação	10/12/2020	11/12/2020	14/12/2020
1 – Alimentação	0	0	10
2 – Transferências	10	10	15
3 – Higiene Pessoal	5	5	5
4 – Utilização do wc	0	5	5
5 – Banho	0	0	5
6 – Mobilidade	10	10	15
7 – Subir e descer escadas	5*	5*	5*
8 – Vestir	5	5	10
9 – Controlo Intestinal	10	10	10
10 – Controlo Urinário	0	10	10
<b>Score Total</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

\*não avaliado item *subir e descer escadas* por não existir escadas no serviço.  
Pontuação atribuída consoante avaliação global da mobilidade do doente.

## Escala Medida de Independência Funcional (MIF)

Data de Avaliação	10/12/2020	11/12/2020	14/12/2020
Autocuidados			
Alimentação	1	1	6
Higiene Pessoal	5	5	6
Banho	2	2	5
Vestir metade superior	4	4	5
Vestir metade inferior	5	5	5
Utilização da sanita	6	6	6
Controlo dos Esfíncteres			
Bexiga	1	7	7
Intestino	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito; Cadeira; Cadeira de rodas	2	3	5
Sanita	3	3	6
Banheira; Duche	1	1	5
Locomoção			
Marcha/Cadeira de rodas	4	5	6
Escadas	4*	4*	4*
Comunicação			
Compreensão	7	7	7
Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	7	7	7
Memória	7	7	7
<b>Score Total</b>	<b>80</b>	<b>88</b>	<b>108</b>

\*não avaliado item *subir e descer escadas* por não existir escadas no serviço.

Pontuação atribuída consoante avaliação global da mobilidade do doente.

Escala de força muscular – MRCMS (Medical Research Council Muscle Scale)

Segmentos	Movimentos	Avaliação		
		10/12/2020	11/12/2020	14/12/2020
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
	Flexão lateral esq.	5	5	5
	Flexão lateral dta.	5	5	5
	Rotação	5	5	5
Escapulo-umeral	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
	Adução	5	5	5
	Abdução	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5
	Supinação	5	5	5
Punho	Flexão palmar	5	5	5
	Dorsi-flexão	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5
	Circundação	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
	Adução	5	5	5
	Abdução	5	5	5
	Circundação	5	5	5
	Oponência do polegar	5	5	5
Coxofemoral	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
	Adução	5	5	5
	Abdução	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5
Joelho	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
Tibiotársica	Flexão plantar	5	5	5
	Flexão dorsal	5	5	5
	Inversão	5	5	5
	Eversão	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5
	Extensão	5	5	5
	Adução	5	5	5
	Abdução	5	5	5

### **3.4. Avaliação da capacidade de autocuidado**

#### **3.4.1. Requisitos Universais de Autocuidado**

##### Manutenção de quantidades suficientes de ar

O Sr. A.S. apresenta um padrão respiratório misto de predomínio torácico e de média amplitude. O tórax é simétrico. Frequência Respiratória: 20-23 cvm. SPO2: 96-97%. Sem necessidade de aporte suplementar de oxigénio. Nega dispneia. Sem sinais de dificuldade respiratória (não apresenta cianose, tiragem ou utilização da musculatura acessória da respiração). Sem tosse ou expetoração. Refere dificuldade na realização de inspirações profundas (sic).

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório; sistema de apoio/educação.

##### Manutenção de quantidades suficientes de comida

A 10/12/2202 o Sr. A.S. encontra-se em dieta zero por via oral. Tem em perfusão alimentação parentérica sem lípidos. Faz suplementação com oligoelementos e multivitaminas id. Apresenta sonda nasोजejunal na narina esquerda, em drenagem passiva. Funciona apenas de conteúdo bilioso vestigial.

A 11/12/2020 iniciou alimentação entérica (Survimed<sup>®</sup>) a 20ml/h. Tolera, sem sinais de síndrome de dumping ou de enfartamento.

A 14/12/2020 suspendeu perfusão de alimentação parentérica, mantendo aporte entérico a 42ml/h. Iniciou, por indicação do cirurgião, dieta por via oral com sopas passadas e gelatinas. Alimentou-se ao almoço da totalidade da sopa e da gelatina que tolerou sem sensação de enfartamento, sem náuseas (sic) ou vómito.

**Sistema de Enfermagem:** evoluiu de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório e um sistema de apoio/educação.

### Manutenção de quantidades suficientes de água

A 10/12/2020 o Sr. A.S. não ingere água por via oral. Tem perfusão de polieletrolítico simples a 42ml/h (1000ml diários). Utiliza esponja húmida para humedecer as mucosas.

A partir de 14/12/2020 em indicação para aporte por via oral que já teria iniciado no fim-de-semana.

**Sistema de Enfermagem:** evolui de um sistema totalmente compensatório para um sistema de apoio/educação.

### Cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos

A 10/12/2020 o Sr. A.S. encontra-se algaliado, com saída de urina amarela límpida (sem sedimento, hematuria). Apresenta poliúria, com progressiva normalização do débito urinário (aproximadamente 1ml/kg/h).

No dia 11/12/2020 foi desalgaliado, urinando espontaneamente no urinol. Evacua na cadeira sanitária.

**Sistema de Enfermagem:** evolui de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório e um sistema de apoio/educação.

### Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso

O sr. A.S. tem necessitado de benzodiazepinas (diazepam 5mg SL) para descansar no período noturno. Durante a manhã encontra-se mais sonolento, mas vai despertando ao longo do dia. Tem realizado 2 sessões de reeducação funcional respiratória e motora por dia com a estudante de enfermagem de reabilitação (sob supervisão do EEER) e posteriormente com a fisioterapeuta. Apresenta intolerância à atividade, demonstrado pela alteração dos sinais vitais.

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

### Manutenção do equilíbrio entre solidão e interações sociais

O Sr. A.S. mantém contacto com o exterior através de videochamada (atendendo à restrição de visitas). É comunicativo e recetivo aos cuidados

prestados pela equipa de enfermagem. É recetivo aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Refere “isolamento social” (sic) quando questionado sobre se tem conversado com os filhos e com a esposa. Não quer explorar a situação.

**Sistema de Enfermagem:** sistema de apoio/educação.

#### Prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana

Durante o acompanhamento o Sr. A.S. manteve-se hemodinamicamente estável apresentando traçado cardíaco sugestivo de ritmo sinusal. Normotenso. Apirético, sob antibioterapia. Tem meias elásticas aplicadas e encontra-se sob administração de enoxaparina 40 mg SC id.

Apresentava cateteres e drenos:

- **Sonda nasojejunal** na narina esquerda, em drenagem passiva.
- **CVC** de 5 lumens na veia jugular interna esquerda. Local de inserção sem sinais inflamatórios. Removido a 14/12/2020.
- **Linha arterial** na artéria radial esquerda. Local de inserção sem sinais inflamatórios. Removido a 14/12/2020.
- **Drenagem abdominal**, na loca esplénica, funcionante de líquido serohemático. Dreno JVAC com vácuo mantido.
- **Drenagem vesical** permeável e funcionante. Removida a 11/12/2020.

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório e um sistema de apoio/educação.

#### Promoção do desenvolvimento dentro de grupos sociais de acordo com o seu potencial e limitações

Existe restrição de visitas no contexto da pandemia; o doente encontra-se em ambiente de unidade de cuidados intensivos. Tem consigo o telemóvel e o tablet, ambos com acesso a internet. É encorajado a contactar com a família e amigos. Tem conversado várias vezes ao dia com a esposa via digital, com aparente agrado.

**Sistema de Enfermagem:** sistema de apoio/educação.

**O doente foi transferido para o internamento no final do turno da manhã de 14/12/2020.**

### **3.4.2. Requisitos de Autocuidado de Desvios de Saúde**

O Sr. A.S. foi submetido a uma cirurgia abdominal alta, pelo que se encontra em risco elevado de desenvolver complicações pulmonares como atelectasia, pneumonia por estase, síndrome de imobilidade (alterações da força muscular, trombose venosa profunda, complicações respiratórias, etc.).

Ao longo do acompanhamento foi necessário a intervenção de enfermagem evoluindo de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório e de apoio/educação como acima mencionado.

O doente foi adquirindo progressivamente capacidade para o autocuidado, dependendo cada vez menos da intervenção de enfermagem. Foi instruído e realizou as sessões de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora com progressiva autonomia e tolerância.

Manteve os exercícios propostos no internamento e posteriormente no domicílio.

#### 4. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de cuidados apresentado contempla apenas os três diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais trabalhados com o doente ao longo do acompanhamento efectuado em UCI.

<b>Data de Início:</b> <b>10/12/2020</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Ventilação comprometida</b> , relacionado com anestesia geral e cirurgia abdominal alta; manifestado por diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares e dificuldade na inspiração profunda (sic).	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o doente adira ao programa de reeducação funcional respiratória.</li> <li>- Que o doente apresente expansão pulmonar simétrica e realize inspirações profundas.</li> <li>- Que a auscultação pulmonar apresente progressivamente mais murmúrio vesicular mais audível em ambas as bases pulmonares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar disponibilidade do doente para participar na sessão de RFR.</li> <li>• Observar rx-tórax e gasimetria arterial antes da sessão de RFR.</li> <li>• Auscultar tórax antes e após a sessão (avaliar presença de murmúrio vesical e/ou ruídos adventícios).</li> <li>• Monitorizar a saturação periférica de oxigénio antes, durante e após a sessão.</li> <li>• Monitorizar sinais vitais (frequência cardíaca e pressão arterial) antes, durante e após a sessão.</li> <li>• Avaliar respiração: frequência, ritmo, amplitude, sinais de dificuldade respiratória (utilização de músculos acessórios, tiragem).</li> <li>• Observar tórax: simetria, expansão pulmonar.</li> <li>• Avaliar necessidade de aporte</li> </ul>	<p><b>10/12/2020</b></p> <p>Rx-tórax: em inspiração profunda, bem expandido. Observam-se ambos os seios costofrénicos e silhueta cardíaca. Observam-se ambas as hemicúpulas diafragmáticas.</p> <p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, diminuído nas bases. Não apresenta tosse. Nega dispneia. Apresenta FC 80-90bpm; FR 18-25 cvm; SPO2 96-97%; PA 120/75 mmHg.</p> <p>Sessão de RFR:</p> <p>Realizadas 10 repetições de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirações profundas com pausa inspiratória de cerca de 3 segundos; dissociação dos tempos respiratórios, sem dificuldade.</li> <li>- Respiração abdominodiafragmática. Apresentou dificuldade inicial, mas com correta execução da técnica após consciencialização dos tempos respiratórios e treino.</li> <li>- Reeducação costal global (abertura costal global) com recurso a toalha, sem dificuldade.</li> <li>- Reeducação costal seletiva (abertura costal seletiva) à esquerda e à direita, sem dificuldade.</li> <li>- Não foi realizado treino de hemicúpulas por dor na região de inserção da drenagem abdominal (loca esplénica, infra grelha costal esquerda).</li> </ul>

	<p>suplementar de oxigénio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar técnicas de RFR: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inspirações profundas.</li> <li>○ Consciencialização e dissociação e dos tempos respiratórios.</li> <li>○ Respiração abdominodiafragmática.</li> <li>○ Reeducação costal global.</li> <li>○ Reeducação costal seletiva direita e esquerda.</li> <li>○ Reeducação diafragmática global e das hemicúpulas direita e esquerda.</li> </ul> </li> <li>• Incentivar utilização do inspirómetro de incentivo.</li> <li>• Avaliar percepção ao esforço através da escala de Borg modificada.</li> <li>• Posicionar o doente em posição de conforto.</li> </ul>	<p>No final da sessão apresentou-se Hemodinamicamente estável, embora com aumento do perfil tensional e diminuição da frequência respiratória (sem repercussão na saturação periférica de oxigénio nem na amplitude ou ritmo da respiração).</p> <p><b>11/12/2020:</b>  Rx-tórax: em inspiração profunda, bem expandido. Observam-se ambos os seios costofrénicos e cardiofrénicos.  AP: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, mais audíveis que no dia anterior, embora menor nas bases.  RFR (em decúbito dorsal) – 9h:  - Respiração abdominodiafragmática, realizadas 10 repetições, sem resistência + 10 repetições com resistência de 0,5kg, sem dificuldade.  - Reeducação costal global (abertura costal global) com recurso a toalha. Realizadas 10 repetições, sem resistência, sem dificuldade.  - Reeducação costal seletiva (abertura costal seletiva esquerda e direita). Realizadas 10 repetições com resistência manual à inspiração, sem dificuldade.</p> <p>Com o doente sentado no cadeirão – 14h:  - Treino de inspirações profundas com recurso ao inspirómetro de incentivo. Realizadas 10 repetições, volume inspiratório 2000-2500ml.  - Reeducação costal global (abertura costal global) com resistência de 0,5 kg. Realizadas 12 repetições, sem resistência, sem dificuldade.  - Reeducação costal seletiva (abertura costal seletiva à esquerda e à direita) com resistência de 0,5 kg à inspiração. Realizadas 12 repetições à direita e 8 à esquerda por maior esforço. Classifica esforço como “1 – muito fácil” (sic) à direita e “3 – moderado” (sic) à esquerda.</p> <p><b>14/12/2020:</b>  Rx-tórax: realizado em inspiração, bem expandido. Observam-se ambos os seios costofrénicos e cardiofrénicos assim como as duas hemicúpulas</p>
--	---	---

	<p>diafragmáticas.</p> <p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos torácicos, mantém-se discretamente diminuído nas bases.</p> <p>Padrão respiratório misto de predomínio torácico e de média amplitude. Tórax simétrico. Realiza inspirações profundas sem dificuldade. Frequência Respiratória: 15-20 cvm. SPO2: 96-97%. Sem necessidade de aporte suplementar de oxigênio. Nega dispneia. Sem sinais de dificuldade respiratória. Sem tosse ou expetoração.</p> <p>Com o doente na posição de sentado, realizada RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Respiração abdominodiafragmática sem resistência. Realizou 10 repetições.</li><li>- Reeducação costal global e seletiva à esquerda e à direita, sem resistência e posteriormente 10 repetições de cada exercício com resistência com recurso a ligadura elástica.</li></ul> <p>Classifica o esforço em “2 – muito fácil” na escala de Borg. Nega dispneia.</p>
--	--

Data de Início: 10/12/2020	Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade comprometida, relacionado com diminuição do nível de atividade física, manifestado por cansaço e intolerância ao exercício.	
Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o doente mantenha a sua força muscular durante o internamento.</li> <li>- Que o doente aumente progressivamente a sua independência ao longo do internamento.</li> <li>- Que o doente apresente equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e em pé.</li> <li>- Que o doente realize os exercícios de fortalecimento muscular de forma passiva, aumentado gradualmente para assistidos e posteriormente ativos-resistidos.</li> <li>- Que o doente realize levante sem intercorrências.</li> <li>- Que o doente aumente a tolerância ao exercício através do treino de marcha e da utilização da pedaleira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a força muscular através da escala MRCMS.</li> <li>• Avaliar a funcionalidade através da escala Medida de Independência Funcional e da escala de Barthel.</li> <li>• Avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden.</li> <li>• Avaliar o risco de queda através da escala de Morse.</li> <li>• Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico, sentado e em pé.</li> <li>• Implementar programa de RFM: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de exercício muscular articular ativo;</li> <li>○ Executar técnica de exercício muscular articular ativo-assistido;</li> <li>○ Executar técnica de exercício muscular articular ativo-resistido;</li> <li>○ Executar exercícios de fortalecimento muscular (ponte, exercícios isométricos dos glúteos, quadríceps, isquiotibiais e gêmeos).</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>10/12/2020</b></p> <p>Avaliada força muscular recorrendo à MRCMS: apresenta força 5/5 em todos os segmentos corporais e articulares. Mobiliza-se no leito com ajuda parcial pelos dispositivos médicos.</p> <p>Testado equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, que mantém.</p> <p>Avaliadas escalas:</p> <p>MIF: 80 → dependência modificada, assistência até 25% da tarefa.</p> <p>Barthel: 55 → moderadamente dependente.</p> <p>Braden: 18 → baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.</p> <p>Morse: 55 → alto risco de queda.</p> <p>Realizado treino de reeducação funcional motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ponte de glúteos, no leito.</li> <li>- flexão coxofemoral e joelho bilateral. Movimento ativo.</li> <li>- abdução da coxofemoral com necessidade de movimentos assistidos por tendência para a rotação externa do membro.</li> <li>- levante para cadeirão com apoio bilateral. Sem intercorrências.</li> <li>- treino de marcha: percorreu 1 corredor (cerca de 35 metros) com apoio bilateral. Referiu tontura e após regresso ao cadeirão, no entanto não se verificou repercussão hemodinâmica.</li> </ul> <p><b>11/12/2020</b></p> <p>Força muscular mantida em todos os segmentos corporais e articulares.</p> <p>Avaliadas escalas:</p> <p>MIF: 88 → dependência modificada, assistência até 25% da tarefa.</p> <p>Barthel: 60 → ligeiramente dependente.</p> <p>Braden: 18 → baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.</p> <p>Morse: 55 → alto risco de queda.</p> <p>Realizado treino de RFM:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir o doente a mobilizar-se no leito.</li> <li>• Realizar treino de levantar com apoio bilateral.</li> <li>• Realizar treino de marcha com apoio bilateral.</li> </ul> <p>Utilizar a pedaleira durante 5 a 10 minutos.</p>	<p>- treino com pedaleira: 1 minuto a velocidade lenta; 2 minutos a velocidade mais rápida; 3 minutos à velocidade que o doente pretender. Verificou-se aumento da pressão arterial sistólica superior a 20mmHg pelo que se conclui fraca tolerância cardiovascular (endurance) ao exercício aeróbio.</p> <p>- treino de marcha: percorreu 2 corredores (cerca de 70 metros), com apoio unilateral.</p> <p>- regressou ao leito. Ficou posicionado em semi-fowler a pedido.</p> <p><b>14/12/2020:</b>  Mantém força muscular 5/5 na escala MRCMS.  Mantém equilíbrio estático e dinâmico em pé e sentado.  Mobiliza todos os segmentos corporais e articulares sem dificuldade.  Depende de supervisão apenas pela presença de dispositivos médicos (SNJ, dreno abdominal).  Avaliadas escalas:  MIF: 108 → independência completa.  Barthel: 90 → independente.  Braden: 21 → baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.  Morse: 35 → baixo risco de queda.</p> <p>Realizada RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de marcha. Percorreu cerca de 4 corredores (140 metros), com velocidade de marcha mais acelerada que na avaliação anterior. Classifica o esforço como “3 – fácil” na escala de Borg modificada.</li> <li>- Abdução e adução dos membros inferiores na posição ortostática com resistência de 0,75kg.</li> <li>- Flexão do joelho e coxofemoral na posição ortostática com resistência de 0,75kg.</li> <li>- Agachamento com recurso ao cadeirão.</li> </ul> <p>Realizadas 10 repetições de cada exercício. Apresentou maior esforço na realização do agachamento, classificando os restantes exercícios como “3 – fácil” na escala de Borg modificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de pedaleira, com a duração de 5 minutos.</li> </ul>
--	--	--

<p><b>Data de Início:</b> <b>11/12/2020</b></p>	<p align="center"><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b></p> <p align="center"><b>Intolerância à atividade, presente</b>, relacionado com cirurgia major, diminuição da mobilidade e capacidade funcional, manifestado por alterações nos sinais vitais (aumento da frequência cardíaca e pressão arterial) e avaliação da percepção de esforço.</p>	
Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<p>- Que o doente saiba como gerir o esforço e os períodos de repouso ao longo do dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o grau de intolerância à atividade através da escala de Borg modificada.</li> <li>• Avaliar a respiração durante a atividade (frequência respiratória, ritmo, amplitude, tiragem, utilização de músculos acessórios).</li> <li>• Monitorizar saturação periférica de oxigénio no decorrer da atividade.</li> <li>• Monitorizar sinais vitais no decorrer da atividade (frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial).</li> <li>• Negociar atividade física: definir períodos de repouso durante o exercício, estabelecer horários para as sessões de reabilitação.</li> <li>• Monitorizar a resposta ao exercício: avaliar sinais vitais, aplicar a escala de Borg modificada.</li> <li>• Instruir o doente sobre técnicas de conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Controlo da respiração: inspirar quando o exercício exige menor esforço, expirar quando o movimento implica maior esforço.</li> <li>○ Momentos de descanso quando se sentir cansado.</li> <li>○ Realizar atividades mais cansativas no momento do dia em que sente mais energia.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>11/12/2020</b></p> <p>Doente apresenta aumento superior a 20 mmHg da pressão arterial sistólica no decorrer do treino de exercício bem como de força.</p> <p>FC entre os 100-120 bpm.</p> <p>SPO2 sem alterações.</p> <p>Apresenta hemoglobina estável entre 9-10gr/dL.</p> <p>Após realização de pedaleira foi aplicada a escala de Borg modificada de tolerância ao exercício: doente classificou esta atividade como “5 – DIFÍCIL” (sic).</p> <p>Negou dispneia. Sem sinais objetivos de dificuldade respiratória.</p> <p>Foi necessário negociar tempos de repouso, com alguma relutância por parte do doente, acabando por aceitar após educação sobre tolerância ao exercício.</p> <p><b>14/12/2020</b></p> <p>Foi instruído a executar controlo da respiração durante a realização dos exercícios.</p> <p>Durante o exercício aeróbio e treino de força na posição ortostática apresenta taquicardia sinusal (FC100-130 bpm) sem repercussão hemodinâmica que reverte com períodos de repouso (FC 80-90 bpm). Explicado novamente a necessidade de gestão do esforço que o doente aparenta compreender.</p>

## **Conclusão**

Os doentes submetidos a cirurgia abdominal alta requerem cuidados de enfermagem especializados em reabilitação de forma a prevenir atelectasias e pneumonia no pós-operatório.

Para além das complicações respiratórias, a mobilidade precoce e a correcção de posturas viciosas e antiálgicas também se revela um aspeto importante no cuidado a estes doentes.

O Sr. A.S. é um doente com uma capacidade funcional elevada prévia à cirurgia, o que facilitou a implementação do programa de enfermagem de reabilitação com vista à maximização das suas potencialidades e o retorno às atividades habituais mais rapidamente.

O estudo e acompanhamento deste doente permitiu desenvolver competências práticas na avaliação das alterações cardiorrespiratórias e sensoriomotoras, assim como o planeamento e a implementação de um programa de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora individualizados.

O acompanhamento em vários momentos através de uma avaliação objectiva (escalas e meios complementares de diagnóstico) possibilitou validar a eficácia das intervenções implementadas. Da mesma forma, a disponibilidade e adesão do doente face aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados verificou-se de extrema importância para o sucesso das intervenções.

O apoio e supervisão dos enfermeiros orientadores foi fulcral na construção do programa de reabilitação bem como na implementação do mesmo. A orientação relativamente às intervenções permitiu desenvolver competências técnicas de execução das mesmas.

## Bibliografia

- Agência Europeia do Medicamento (s.d.). Resumo das Características do Medicamento – Glivec<sup>®</sup> (Imatinib). Consultado em 03/01/2020. Disponível em [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/glivec-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/glivec-epar-product-information_pt.pdf)
- Almeida, E.P.M.; Almeida, J.P.; Landoni, G.; Galas, F.R.B.G.; Fukushima, J.T.; Brito, C.M.M.; Cavichio, L.B.L.; Almeida, L.A.A.; Ribeiro-Jr., U.; Osawa, E.A.; Diz, M.P.E.; Cecatto, R.B.; Battistella, L.R.; Hajjar, L.A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 119 (5), p.900–907. DOI: [10.1093/bja/aex250](https://doi.org/10.1093/bja/aex250).
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.
- Dias, K.P. (sd). ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REALIZADOS FORA DO AMBIENTE SUPERVISIONADO. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.seacor.com.br%2Fcartilha\\_orientacoes\\_de\\_exercicios\\_fisicos\\_em\\_domicilio.pdf&psi.g=AOvVaw0WvvaUMN2bqfDMnsKEsLgo&ust=1607965415286000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCNjcko64y-0CFQAAAAAdAAAAABAJ](https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.seacor.com.br%2Fcartilha_orientacoes_de_exercicios_fisicos_em_domicilio.pdf&psi.g=AOvVaw0WvvaUMN2bqfDMnsKEsLgo&ust=1607965415286000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCNjcko64y-0CFQAAAAAdAAAAABAJ), acedido em 11/12/2020.
- Direção-Geral da Saúde (2011a). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2011b). Norma nº 017/2011 de 19/05/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Gomes, B.R. & Ferreira, D. (2017) Reeducação da Função Respiratória. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-270). Loures: Lusodidacta.
- Heitor, M. C., Canteiro, M., C., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M., (1985). Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: Boehringer.
- Joensuu, H., (2006). Gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Annals of Oncology* 17:10. pp280–286. DOI 10.1093/annonc/mdl274
- Menoita, E.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-24-0.
- Ordem do Enfermeiros (2015). *Tabelas CIPE® - Versão 2013*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-41-7.
- Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

**ANEXOS**

## Anexo I – ECOG Performance Status

Fonte: <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

### ECOG Performance Status

Developed by the Eastern Cooperative Oncology Group, Robert L. Comis, MD, Group Chair.\*

GRADE	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any selfcare; totally confined to bed or chair
5	Dead

\*Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982;5:649-655.

## Anexo II – Índice de Barthel

Fonte: DGS, 2011a.

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

## Anexo III – Escala de Braden

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos, não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta difícil sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. É detestada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Andar ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Andar frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobres:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequadas:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequadas:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelentes:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988.  
Versão Portuguesa 2002: Carlos Marques, Cláudia Miguéis, Pedro Pereira, João Goncalves, Cláudia Furtado  
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Fonte: DGS, 2011b.

Pontuação:

≤ 16	Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão
≥ 17	Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão

## Anexo IV – Escala MRCMS (Medical Research Council Muscle Scale)

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
Cabeça e pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral esq.		
	Flexão lateral dta.		
	Rotação		
Escápulo-umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi-flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação		
	Oponência do polegar		
Coxofemoral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio-társica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

Pontuação:

0	Sem contração muscular palpável ou visível.
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro.
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência.
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade.
5	Força normal.

Fonte: OE, 2018.

## Anexo V – Escala de Morse

Fonte: DGS, 2019.

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

Pontuação:

0 e ≤ 24 pontos	Sem risco de queda
≥ 25 e ≤ 50 pontos	Baixo risco de queda
≥ 51 pontos	Alto risco de queda

## Anexo VI – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Fonte: DGS, 2011a; OE, 2018.

APELIDO _____	NOME _____			
_____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				
_____				

### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA																
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 25%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 75%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)	AJUDA																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">3M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">6M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> <th style="width: 10%;">18M</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	4M	6M	12M	18M	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	4M	6M	12M	18M											
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____											
	<b>AUTO-CUIDADOS</b>																	
	A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	C. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>																	
	G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>MOBILIDADE</b>																	
	<b>TRANSFERÊNCIAS</b>																	
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>LOCOMOÇÃO</b>																	
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>COMUNICAÇÃO</b>																	
	N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>																	
	P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

**Pontuação:**

1	Ajuda total, ou seja, o doente tem de ser substituído em toda a tarefa
2	Ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa
3	Ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa
4	Ajuda mínima, ou seja, o doente realiza mais de 75% da tarefa
5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
6	Independência modificada
7	Independência completa

**Score total:**

18 pontos	Dependência completa
≥ 19 e ≤ 60 pontos	Dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa
≥ 61 e ≤ 103 pontos	Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa
≥ 104 e ≤ 126 pontos	Independência completa

## Anexo VII – Escala de Borg Modificada: percepção ao esforço

Fonte: Dias (s.d.).

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

## **Apêndice VI – Estudo de Caso 2**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Estudo de Caso – Sr. J.L.S.B.**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeira Orientadora:**



**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira



**Lisboa  
maio 2021**

## Lista de Siglas e Abreviaturas

%	percentagem
3id	3 vezes por dia
AVD	Atividades de Vida Diária
bpm	Batimentos por minuto
cvm	Ciclos ventilatórios por minuto
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
IC	Insuficiência Cardíaca
id	uma vez por dia
gr	grama
h	hora
kg	quilograma
mg	miligrama
MIF	Medida de Independência Funcional
mmHg	milímetro de mercúrio
MMSE	<i>Mini Mental State Exam</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
RFM	Reeducação Funcional Motora
SPO2	Saturação Periférica de Oxigénio
SU	Serviço de Urgência
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

# Índice

<b>Introdução</b>	256
<b>1. Colheita de dados</b>	257
1.1. Identificação do utente.....	257
1.2. Motivo do Referenciação para ECCI .....	257
1.3. Antecedentes Pessoais .....	257
1.4. Medicação Habitual.....	257
1.5. Hábitos tabágicos e etanólicos.....	257
1.6. Alergias .....	257
1.7. História de doença atual.....	258
1.8. Situação Familiar .....	259
Genograma.....	259
<b>2. A pessoa submetida a cirurgia ortopédica por fratura subcapital do fémur</b>	260
2.1. A intervenção do EEER na recuperação da pessoa submetida a cirurgia ortopédica por fratura subcapital do fémur.....	262
<b>3. Avaliação do Sr. B.</b>	264
3.1 Dados antropométricos.....	264
3.2 Parâmetros Vitais .....	264
3.3 Aplicação de escalas .....	264
Escala de Coma de Glasgow .....	264
Mini Mental State Exame .....	265
Escala de Braden .....	266
Escala de Morse .....	266
Escala Medida de Independência Funcional .....	267
Escala de Lower .....	268
Escala de Ashworth.....	269
3.4 Avaliação dos pares cranianos .....	270
3.5 Avaliação inicial da capacidade de autocuidado.....	272
Requisitos Universais de Autocuidado.....	272
Requisitos de Autocuidado de Desvios de Saúde .....	275
<b>3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</b>	276
<b>4. Conclusão</b>	0
<b>Bibliografia</b>	2

## **APÊNDICES 4**

Apêndice I – Escala da esperança de Herth..... 5

Apêndice II – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit ..... 6

## **ANEXOS 8**

Anexo I – Escala de Ashworth..... 9

Anexo II – Escala de Braden ..... 10

Anexo III – Escala de Lower ..... 11

Anexo IV – Escala de Morse ..... 12

Anexo V – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)..... 13

Anexo VI – Escala de Borg Modificada: percepção ao esforço ..... 15

ANEXO VII – Escala da esperança de Herth..... 16

Anexo VIII – Escala de Zarit ..... 17

## **Introdução**

O presente estudo de caso foi elaborado no decorrer do estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O ensino clínico decorre entre 08/03/2021 e 07/05/2021 e está integrado no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O estudo de caso construído refere-se um utente do sexo masculino que foi proposto para integração em ECCI após cirurgia ortopédica, para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER).

A estrutura do estudo de caso segue as etapas do Processo de Enfermagem, cujo plano de cuidados elaborado se refere exclusivamente aos diagnósticos de enfermagem de reabilitação levantados. Tem como objetivo espelhar o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) junto do cliente com alterações sensoriomotoras.

São apresentados os dados pessoais do doente, a história da doença atual do Sr. J.B., a avaliação física com recurso a escalas que se encontram em anexo, bem como o plano de cuidados implementado, em linguagem CIPE®.

A avaliação do utente e construção do respetivo plano de cuidados de ER foi realizado tendo por base a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem. São também apresentados, para cada requisito universal de autocuidado, os sistemas de enfermagem necessários para dar resposta às necessidades de autocuidado.

## **5. Colheita de dados**

### **5.1. Identificação do utente**

**Nome:** J.L.S.B.

***Friendly name:*** Sr. B.

**Sexo:** masculino.

**Idade:** 84 anos. Data de nascimento: 04/06/1936.

**Nacionalidade:** portuguesa.

**Estado civil:** viúvo há cerca de 1 ano.

**Pessoa significativa:** filha – Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J.B.

**Profissão:** aposentado; trabalhou como empregado de balcão.

### **5.2. Motivo do Referenciação para ECCI**

Proposto para admissão em ECCI para cuidados de ER sensoriomotores e treino de atividades de vida diária (AVD) após fratura do colo do fémur esquerdo.

### **5.3. Antecedentes Pessoais**

- ✓ Fibrilhação auricular;
- ✓ Insuficiência cardíaca (IC);
- ✓ Hipertensão Arterial compensada;
- ✓ Portador de pacemaker definitivo desde 2014;
- ✓ Síndrome demencial incipiente.

### **5.4. Medicação Habitual**

- ✓ Dabigatana 75mg id (Pradaxa<sup>®</sup>).
- ✓ Metamizol Magnésico em SOS até 3id.
- ✓ Bisoprolol 5 mg id (pequeno-almoço).
- ✓ Furosemida 40 mg id (pequeno-almoço).

### **5.5. Hábitos tabágicos e etanólicos**

Nega.

### **5.6. Alergias**

Desconhecidas.

## 5.7. História de doença atual

O utente sofreu queda no domicílio em novembro de 2020, tendo recorrido ao serviço de urgência (SU) de um Hospital em Lisboa. Foi medicado sintomaticamente e teve alta com destino ao domicílio. Por dor e perda de capacidade funcional (capacidade de marcha) do membro inferior esquerdo, recorreu novamente ao SU do mesmo hospital a 08/12/2020 onde realizou radiografia pélvica. Foi diagnosticado com **fratura subcapital do fémur esquerdo**. Foi colocada **tração cutânea com 2,5kg** e realizada a transferência do utente para um hospital ortopédico, onde a 09/12/2020 foi submetido a **hemiartroplastia bipolar cimentada**. Não existem intercorrências descritas durante o procedimento nem internamento. No pós-operatório iniciou reabilitação funcional motora (RFM) e treino de AVD onde demonstrou tolerância progressiva ao protocolo instituído. No entanto, por não ter adquirido a autonomia prévia à queda, foi encaminhado para ECCI. Teve alta da instituição a 23/12/2020 com destino ao domicílio, tendo sido nessa altura referenciado para ECCI.

Foi admitido em ECCI a 16/02/2021. Transcreve-se de seguida nota de entrada na ECCI.

*“Na data da admissão ana ECCI apresentava:*

*Estado de consciência: Consciente, vigil e colaborante. Orientado nas 3 dimensões. Humor deprimido, com períodos de labilidade emocional, associada a perdas decorrentes da doença e luto (esposa e amigos próximos).*

*Atenção: Captável e facilmente mantida.*

*Linguagem/comunicação: sem alterações, discurso coerente, perceptível.*

*Função respiratória: Respiração toraco abdominal superficial, eupneico em repouso.*

*Pele e mucosas ligeiramente descoradas, hidratadas.*

*Força muscular: diminuição nos 4 membros, Grau 3 nos membros superiores e grau 3+ nos membros inferiores na escala de Lower.*

*Coordenação motora: ligeiras alterações da coordenação motora, com tremor nos membros superiores, mais acentuado à direita.*

*Equilíbrio estático sentado suficiente; equilíbrio dinâmico sentado diminuído e equilíbrio estático e dinâmico em pé insuficiente.*

*Higiene: Dependente, os cuidados de higiene são prestados pela filha na casa de banho.*

*Vestir/Despir: Dependente, necessita de ajuda parcial da filha.*

*Alimentação: Parcialmente autónomo, necessitando de ajuda na preparação, disponibilização e fracionamento dos alimentos (realizados pela filha). Consegue levar os alimentos à boca, mastigar e deglutir sem dificuldade.*

*Eliminação vesical / intestinal: Contínente de ambos os esfíncteres, urina e evacua no wc, onde se desloca com apoio da filha.*

*Transferência/Andar: Necessita de ajuda para passar da posição de deitado a sentado, autónomo nas transferências, deambula pela casa com apoio das canadianas. Não sobe nem desce escadas.*

*Tem como produtos de apoio: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas, cadeira sanitária e alteador de sanita e banco de higiene.”*

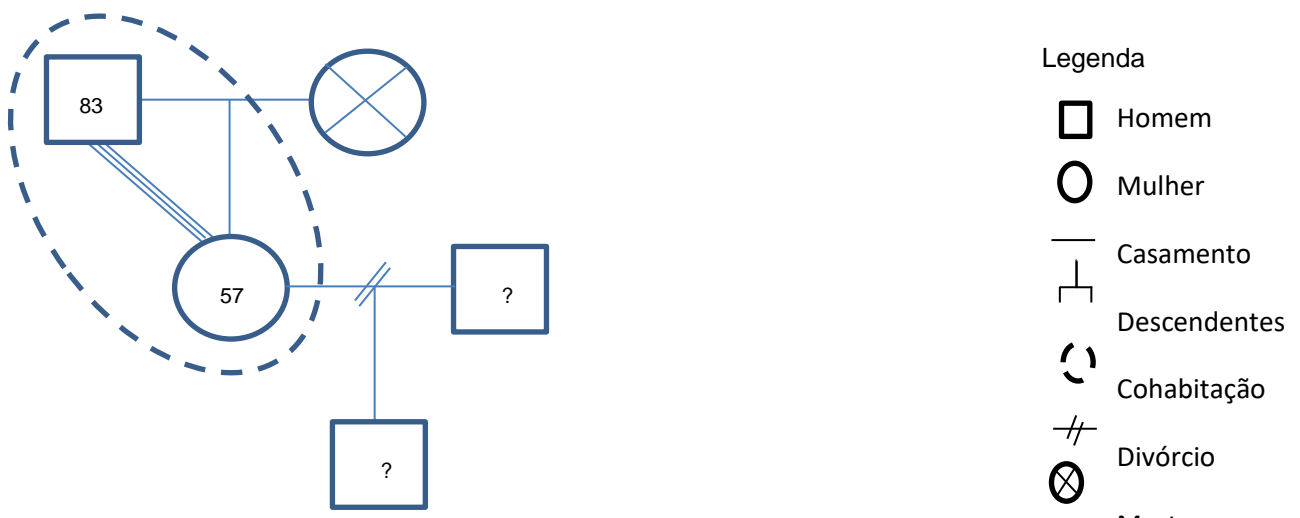
## 5.8. Situação Familiar

O utente reside com a filha que é a principal cuidadora informal. Vivem em habitação arrendada, num primeiro andar sem elevador de um prédio em Lisboa. O acesso ao apartamento é feito através de dois lanços de escadas estreitos e com degraus curtos. O primeiro lanço de escadas tem cerca de 10 degraus e apenas tem corrimão do lado direito (na perspetiva de quem sobe as escadas). O segundo lanço de escadas tem cerca de 10 degraus e apresenta um corrimão de cada lado. O apartamento, apesar de reduzidas dimensões, apresenta boas condições de habitabilidade.

O utente e a filha são apoiados nas tarefas domésticas (limpeza da habitação, tratar da roupa, etc.) por empregada três vezes por semana.

A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. é divorciada e tem um filho adulto e profissionalmente ativo que reside nos Açores. Não recebem apoio da família alargada.

### Genograma



## 6. A pessoa submetida a cirurgia ortopédica por fratura subcapital do fêmur

O Sr. B. foi diagnosticado com fratura subcapital desalinhada do fêmur esquerdo após queda da própria altura sobre a anca e ombro à esquerda, na deslocação entre o seu domicílio e o café que fica no final de uma rampa, na sua rua. Este tipo de fratura resulta da queda lateral da própria altura sobre o trocânter, sendo muito comum em idosos (Sheehan, Shyu, Weaver, Sodickson & Khurana, 2015).

A fratura subcapital da base da cabeça do fêmur ocorre na junção entre a base da cabeça do fêmur e a região pertrocantérica, conforme a figura abaixo<sup>2</sup>.

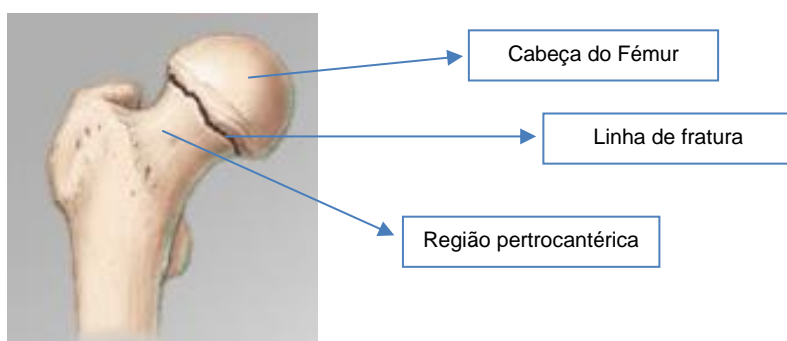


Figura 1 - Fratura Subcapital da Base da Cabeça do Fémur.

Este tipo de fratura tem indicação para colocação de tração cutânea, se a fratura está desalinhada (Sheehan, Shyu, Weaver, Sodickson & Khurana, 2015), como ocorreu com o utente em estudo.

A tração cutânea tem como objetivo controlar a dor, reduzir e alinhar a fratura antes do procedimento cirúrgico (Handoll, Queally & Parker, 2011). A grande vantagem é prevenção de necrose óssea e de complicações nervosas por aliviar a pressão da fratura na circulação e rede nervosa adjacente (Handoll, Queally & Parker, 2011).

O tratamento cirúrgico definitivo proposto ao Sr. B. foi uma hemiartroplastia bipolar cimentada à esquerda.

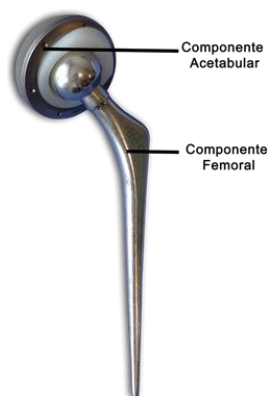
A hemiartroplastia consiste na substituição da cabeça femoral por prótese, sendo o acetábulo do utente mantido. Este procedimento cirúrgico pode ser

---

<sup>2</sup> Adaptado de <https://www.ortopedistadequadril.com.br/doencas-do-quadril/>, consultado em 10/04/2021.

unipolar ou bipolar, e cimentado ou não cimentado (McElroy, Innerfield, Cuccurullo & Rossi, 2016).

No caso do utente em estudo, o procedimento cirúrgico envolveu a implantação de uma prótese bipolar, com duas cabeças. Este tipo de prótese permite o movimento entre uma das cabeças (componente acetabular) e a cartilagem acetabular, e entre as duas cabeças (McElroy, Innerfield, Cuccurullo & Rossi, 2016). A figura abaixo representa um exemplo de prótese bipolar.



*Figura 2 - Prótese Bipolar.<sup>3</sup>*

No caso do utente em estudo, recorreu-se a uma fixação cimentada da prótese. O cimento utilizado funciona como interface entre a prótese e o osso. Este tipo de fixação está indicado em utentes com esperança média de vida inferior a 10 anos e com alterações ósseas como por exemplo, osteoporose (McElroy, Innerfield, Cuccurullo & Rossi, 2016).

---

<sup>3</sup>Fonte: <https://www.quadrilcirurgia.com.br/tipos-de-proaceteteses.html>, consultado em 27/04/2021.

### **6.1. A intervenção do EEER na recuperação da pessoa submetida a cirurgia ortopédica por fratura subcapital do fémur**

A intervenção do EEER junto do Sr. B. tem como objetivo melhorar a sua capacidade funcional e autonomia através de reeducação funcional motora, gestão do esforço e treino de AVD.

Após uma intervenção cirúrgica como a que o Sr. B. realizou é absolutamente crucial a **prevenção da luxação da prótese** (McElroy, Innerfield, Cuccurullo & Rossi, 2016). Para tal, o EEER deve ensinar o utente e o cuidador sobre os posicionamentos, transferências, marcha e realização das AVD de forma a manter as recomendações para prevenção da luxação, e que são (McElroy, Innerfield, Cuccurullo & Rossi, 2016):

- ✓ Em decúbito dorsal, manter o membro inferior esquerdo em abdução de cerca de 30°, recorrendo a almofada de abdução;
- ✓ Não realizar adução do membro inferior esquerdo para além da linha média corporal;
- ✓ Não realizar rotação interna do membro inferior esquerdo;
- ✓ Não realizar rotação externa do membro inferior esquerdo;
- ✓ Manter flexão da coxofemoral sempre superior a 90°;
- ✓ Não cruzar as pernas;
- ✓ Manter ambos os pés bem apoiados no solo.

As medidas de prevenção de luxação da prótese devem ser mantidas durante os primeiros três meses após a cirurgia (Rocha, Antunes, Silva & Farinha, 2016).

Sousa e Carvalho (2016) recomendam reabilitação intensiva durante seis meses, com ênfase em mobilizações passivas e de exercícios ativos-assistidos de flexão e extensão do joelho, coxofemoral e tibiotársica.

O treino de marcha, com duas canadianas, deve ser iniciado assim que possível (Ventura, 1996). Durante os primeiros dois meses a pessoa deve realizar progressivamente maior carga, sempre com recurso a duas canadianas. Durante o 3º e 4º mês de pós-operatório pode retirar-se uma das

canadianas, sendo que a partir do 5º mês a pessoa pode fazer carga total sem recorrer a auxiliar de marcha (Ventura, 1996).

O treino dos músculos adutores e abdutores da coxofemoral bem como o treino proprioceptivo melhoram o equilíbrio dinâmico e, como consequência, a estabilidade da marcha (Carneiro, Alves & Mercadante, 2013 citado por Sousa & Carvalho, 2016).

O EEER deve avaliar o utente no que diz respeito à função motora, planear e implementar intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados (OE, 2010b).

Para avaliar o utente, recorri aos seguintes instrumentos: escala de *Lower e Ashworth* (força e tónus muscular, respetivamente), escala de Morse (risco de queda), escala de *Braden* (risco de desenvolver úlcera por pressão), Medida da Independência Funcional (MIF) (capacidade funcional para o autocuidado), escala de coma de *Glasgow* (GCS) (estado de consciência), *Mini Mental State Exam* (MMSE) (avaliação cognitiva do utente). Foi também avaliada a função dos pares cranianos.

Outro aspeto de maior relevância é a necessidade de adequação do domicílio e a prescrição de auxiliares de marcha ou outros dispositivos, dado ser uma competência específica do EEER (OE, 2010b).

É necessário aconselhar o utente e a cuidadora sobre: a necessidade de eliminar obstáculos na zona de circulação do utente (como tapetes, cadeiras, mesas de apoio, objetos decorativos), a necessidade de uma boa iluminação, a adequação da casa-de-banho (alteador de sanita, cadeira de duche ou cadeira giratória de banheira), e de auxiliares de marcha (canadianas, andarilho).

O programa de reabilitação a implementar deve ser negociado com o utente para dar resposta às suas necessidades e com objetivos a curto prazo definidos, de forma a aumentar a motivação.

## 7. Avaliação do Sr. B.

### 7.1. Dados antropométricos

Peso: 91 kg

Altura: 183 cm

IMC: 27.17 kg/m<sup>2</sup>

### 7.2. Parâmetros Vitais

Parâmetro	18/03/2021	28/04/2021
Frequência Cardíaca (FC)	83 bpm	71 bpm
Frequência Respiratória (FR)	19 cvm	20 cvm
Temperatura axilar (TA)	36°C	35.9°C
Pressão Arterial (PA)	111/82 mmHg	114/79 mmHg
Saturação periférica de O <sub>2</sub> (SPO <sub>2</sub> )	96%	96%
Dor (escala numérica da dor)	0/10	0/10

### 7.3. Aplicação de escalas

#### Escala de Coma de Glasgow

Data da avaliação	18/03/2021	15/04/2021	28/04/2021
Abertura ocular	4	4	4
Resposta verbal	5	5	5
Resposta motora	6	6	6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

## Mini Mental State Exame

<b>Data da avaliação</b>	<b>18/03/2021</b>	<b>28/04/2021</b>
<b>Orientação</b>		
Ano	1	1
Mês	0 (abril)	1
Dia do mês	0 (23)	1
Dia da semana	1	1
Estação do ano	1	1
País	1	1
Distrito	1	1
Concelho	1	1
Em que casa estamos?	1	1
Em que andar estamos?	1	1
<b>Retenção</b>		
Pera	1	1
Gato	1	1
Bola	1	1
<b>Atenção e cálculo</b>		
27	1	1
24	1	1
21	1	1
18	1	1
15	1	1
<b>Evocação</b>		
Pera	1	1
Gato	1	1
Bola	1	1
<b>Linguagem</b>		
a) Nomeação		
Relógio	1	1
Lápis	1	1
b) Repetição	1	1
c) Compreensão		
Pega com a mão direita	0 (usou as duas mãos)	0 (usou as duas mãos)
Dobra ao meio	1	1
Coloca onde solicitado	1	1
d) Leitura	1	1
e) Escrita	1	1
<b>Capacidade Construtiva</b>	1	1
<b>Score total</b>	27	29

### Escala de Braden

<b>Data de Avaliação</b>	<b>18/03/2021</b>	<b>15/04/2021</b>	<b>28/04/2021</b>
Percepção sensorial	3	3	3
Humidade	3	3	3
Atividade	3	3	3
Mobilidade	3	3	3
Nutrição	3	3	3
Fricção e forças de deslizamento	2	2	2
<b>Score Total</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>

### Escala de Morse

<b>Data de Avaliação</b>	<b>18/03/2021</b>	<b>15/04/2021</b>	<b>28/04/2021</b>
História de quedas (últimos 3 meses)	0	0	0
Diagnósticos secundários	15	15	15
Ajuda na marcha	15	15	15
Terapêutica IV / Cateter permanente	0	0	0
Marcha	20	20	20
Estado Mental	0	0	0
<b>Score Total</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

## Escala Medida de Independência Funcional

<b>Data de Avaliação</b>	<b>18/03/2021</b>	<b>15/04/2021</b>	<b>28/04/2021</b>
Autocuidados			
Alimentação	4	4	6
Higiene Pessoal	3	3	3
Banho	2	2	2
Vestir metade superior	4	4	4
Vestir metade inferior	3	3	3
Utilização da sanita	6	6	6
Controlo dos Esfíncteres			
Bexiga	6	7	7
Intestino	6	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito; Cadeira; Cadeira de rodas	4	4	4
Sanita	5	5	5
Banheira; Duche	3	3	3
Locomoção			
Marcha/Cadeira de rodas	5	6	6
Escadas	5	5	5
Comunicação			
Compreensão	7	7	7
Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	5	5	5
Memória	6	6	6
<b>Score Total</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>93</b>

## Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	18/03/2021		15/04/2021		28/04/2021	
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Cabeça e pescoço	Flexão	4	4	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4	4	4
	Flexão lateral esq.	4	4	4	4	4	4
	Flexão lateral dta.	4	4	4	4	4	4
	Rotação	4	4	4	4	4	4
Membro Superior							
Escapulo-umeral	Flexão	3	3	3	4	3	4
	Extensão	3	3	3	3	3	3
	Adução	3	3	3	4	3	4
	Abdução	3	3	3	4	3	4
Cotovelo	Flexão	3	4	3	4	3	4
	Extensão	3	4	3	4	3	4
Antebraço	Pronação	3	3	3	4	3	4
	Supinação	3	3	3	4	3	4
Punho	Flexão palmar	3	4	4	4	4	4
	Dorsiflexão	3	4	4	4	4	4
	Desvio radial	3	4	4	4	4	4
	Desvio cubital	3	4	4	4	4	4
	Circundação	3	4	4	4	4	4
Dedos da mão	Flexão	3	4	4	4	4	4
	Extensão	3	4	4	4	4	4
	Adução	3	4	4	4	4	4
	Abdução	3	4	4	4	4	4
	Circundação	3	4	4	4	4	4
	Oponência do polegar	3	4	4	4	4	4
Membro Inferior							
Coxofemoral	Flexão	4	3	4	3	4	3
	Extensão	4	3	4	3	4	3
	Adução	3	<sup>-4</sup>	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>
	Abdução	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>
	Rotação interna	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>
	Rotação externa	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>	3	<sup>-3</sup>
Joelho	Flexão	4	3	4	4	4	4
	Extensão	4	3	4	4	4	4
Tíbio-társica	Flexão plantar	<sup>-5</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3
	Flexão dorsal	<sup>-4</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3
	Inversão	<sup>-4</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3
	Eversão	<sup>-4</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3
Dedos do pé	Flexão	<sup>-4</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3
	Extensão	<sup>-4</sup>	<sup>-4</sup>	3	3	3	3

<sup>4</sup> Avaliação não realizada por cirurgia.

<sup>5</sup> Avaliação condicionada por edema significativo da tibiotársica e pé, bilateral.

## Escala de Ashworth

Segmentos	Movimentos	18/03/2021		15/04/2021		28/04/2021	
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Cabeça e pescoço	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Flexão lateral esq.	0	0	0	0	0	0
	Flexão lateral dta.	0	0	0	0	0	0
Membro Superior							
Escapulo-umeral	Flexão	1+	1	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1	1	1
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	1+	1	0	0	0	0
Punho	Flexão palmar	1	0	0	0	0	0
	Dorsiflexão	1+	0	1	0	0	0
Dedos da mão	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	1+	1	1	0	0	0
	Oponência do polegar	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior							
Coxofemoral	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Joelho	Flexão	1	1	1	0	0	0
	Extensão	1	2	1	1	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	1+	1+	1+	1+	1	1
	Flexão dorsal	1+	1+	1+	1+	1	1
Dedos do pé	Flexão	1+	1+	1+	1+	1	1
	Extensão	1+	1+	1+	1+	1	1

## 7.4. Avaliação dos pares cranianos

Avaliação realizada a 18/03/2021.

Par Craniano	Instrução	Resposta do utente
<b>I olfativo</b>	✓ Fechar os olhos, tapar a narina esquerda e cheirar café. Repetir do lado contralateral.	Utente reconhece o cheiro do café, bilateral. Sem alteração neste par craniano.
<b>II ótico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fechar o olho esquerdo e contar os dedos da minha mão (apontar 2 dedos). Repetir do lado contralateral.</li> <li>✓ Fechar o olho esquerdo e ver até que ângulo consegue ver o indicador (campo visual). Repetir do lado contralateral.</li> </ul>	<p>O utente cumpre a primeira ordem sem dificuldade.</p> <p>No que diz respeito ao campo visual, o utente vê entre os ângulos de 90 e 60° de ambos os lados, sendo o campo visual do lado direito discretamente mais reduzido que o lado esquerdo.</p>
<b>III motor ocular comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar a resposta pupilar à luz.</li> <li>✓ Desenhar a letra H no ar e pedir ao utente para seguir o dedo com o olhar, sem mover a cabeça.</li> </ul>	<p>Pupilas isocóricas e isorreativas à luz.</p> <p>Utente segue a instrução para seguir a letra H.</p> <p>Sem alterações neste par craniano.</p>
<b>IV patético / troclear</b>		
<b>VI motor ocular externo</b>		
<b>V trigémeo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pesquisar bilateralmente a sensibilidade tátil (algodão), térmica (colher fria e colher aquecida) e dolorosa (palito).</li> <li>✓ Pesquisar o reflexo córneo-palpebral (simular tocar com as mãos nos olhos do utente).</li> <li>✓ Encerrar e mover lateralmente a mandíbula.</li> </ul>	<p>O utente mantém a sensibilidade tátil e dolorosa em todos os segmentos corporais, bilateral. Em relação à sensibilidade térmica, esta encontra-se diminuída em ambos os pés. Mantida nos restantes segmentos.</p> <p>Utente encerra as pálpebras quando se simula tocar com as mãos nos seus olhos.</p> <p>É capaz de encerrar e mover a mandíbula para a esquerda e direita.</p>
<b>VII facial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano (pedir para sorrir e franzir o sobrolho encerrando as pálpebras).</li> <li>✓ Avaliar a dificuldade em manter saliva e alimentos na boca.</li> </ul>	<p>Utente sem assimetrias na face nem apagamento do sulco nasogeniano.</p> <p>Não tem alterações na deglutição nem na capacidade de reter alimentos e saliva na boca.</p>
<b>VIII auditivo /</b>	✓ Componente auditiva: com os	O utente identifica sem dificuldade o

<b>estato-acústico</b>	<p>olhos fechados, identificar som das palmas.</p> <p>✓ Componente vestibular: avaliar o equilíbrio estático e dinâmico em pé e sentado.</p>	<p>som das palmas.</p> <p>Equilíbrio: equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; equilíbrio estático em pé suficiente (recorrendo a andarilho); equilíbrio dinâmico em pé suficiente (requer auxiliar de marcha ou apoio bilateral).</p>
<b>IX glossofaríngeo</b>	<p>✓ Avaliar o reconhecimento de açúcar e sal no 1/3 posterior da língua.</p>	<p>Inicialmente com dificuldade em distinguir o sabor, mas consegue identificar o açúcar e o sal.</p>
<b>X vago</b>	<p>✓ Avaliar o reflexo de vômito com recurso a espátula.</p> <p>✓ Avaliar alterações no tom de voz</p>	<p>Reflexo de vômito presente.</p> <p>Sem alterações no tom de voz.</p>
<b>XI espinhal / acessório</b>	<p>✓ Avaliar a força do esternocleidomastóideo (pedir para lateralizar a cabeça contra a resistência manual).</p> <p>✓ Avaliar a força do trapézio (pedir para elevar os ombros contra resistência manual).</p>	<p>Utente consegue realizar a lateralização da cabeça contra resistência moderada para ambos os lados.</p> <p>Apresenta diminuição da força na elevação dos ombros, classifica-se em grau 3/5 na escala de Lower.</p>
<b>XII grande hipoglosso</b>	<p>✓ Avaliar a simetria dos movimentos da língua.</p> <p>✓ Desvio da úvula</p>	<p>Sem alterações na simetria dos movimentos de propulsão ântero-posterior e de lateralização da língua para a esquerda e direita. Úvula centrada.</p>

## 7.5. Avaliação inicial da capacidade de autocuidado

### Requisitos Universais de Autocuidado

#### Manutenção de quantidades suficientes de ar

O Sr. B. apresenta padrão respiratório misto de predomínio torácico, superficial. Tórax simétrico. Eupneico em repouso, FR 18 cvm, SPO<sub>2</sub> 96%. Ao esforço, apresenta polipneia, FR 24-26 cvm. Avalia a percepção ao esforço em 5-6 na escala de Borg. Nega dispneia quando questionado. Não apresenta sinais de dificuldade respiratória. Sem tosse nem expetoração.

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório; sistema de apoio/educação.

#### Manutenção de quantidades suficientes de comida

O Sr. B. ingere os alimentos preparados pela filha embora com pouco apetite. Alimenta-se adequadamente às suas necessidades. Não apresenta intolerâncias alimentares.

**Sistema de Enfermagem:** sistema de apoio/educação.

#### Manutenção de quantidades suficientes de água

O Sr. B. ingere água em quantidade suficiente (cerca de 1000 ml/dia). Apresenta a pele e as mucosas hidratadas.

**Sistema de Enfermagem:** sistema de apoio/educação.

#### Cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos

O Sr. B. tem controlo do esfíncter urinário bem como do esfíncter anal. Urina e evacua na casa de banho utilizando a sanita. Necessita de ajuda da filha para se deslocar até à casa de banho. Como ajuda técnica possui alteador de sanita com barras de apoio. É capaz de se limpar sozinho. Necessita de ajuda parcial para se vestir.

**Sistema de Enfermagem:** Sistema de apoio/educação.

#### Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso

O Sr. B. dorme num quarto amplo com cama não articulada. A cama é alta. Necessita de apoio para se deitar e levantar do leito. A filha executa os posicionamentos do utente no leito, recorrendo a almofadas. Não necessita de

indutores do sono. Dorme cerca de 7 a 9h por noite. Mobiliza-se no leito autonomamente.

Recebe visita domiciliar de enfermagem duas vezes por semana para realização de sessão de reabilitação. Durante a realização/final do treino de marcha apresenta sinais de intolerância ao esforço, demonstrado pelo aumento da percepção ao esforço em 5-7/10 na escala de Borg. Nega dispneia.

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

#### Manutenção do equilíbrio entre solidão e interações sociais

O Sr. B. mantém relação próxima com a filha. Não mantém relações de proximidade com a família alargada. Atualmente encontra-se em processo de luto: a esposa faleceu há cerca de um ano, falecimento de amigos próximos e por perda de capacidade funcional. Foi avaliado pela psicóloga da equipa que iniciou acompanhamento da família. Recebe visitas da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) da ECCI.

Ocupa o dia a pintar desenhos, a andar pela casa (entre a sala e o terraço) e a ver televisão na companhia da filha.

A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. é bastante reticente no que respeita às sugestões/indicações da equipa de saúde uma vez que considera saber “o que é melhor para o pai” (sic). Apresenta maior facilidade e confiança com a EESMP que visita a família. Encontra-se profissionalmente ativa (trabalha como assistente de produção num canal televisivo), encontrando-se atualmente em teletrabalho.

**Sistema de Enfermagem:** sistema de apoio/educação.

#### Prevenção de perigos ao bem-estar, funcionamento e à vida humana

O Sr. B. apresenta um baixo risco de queda, de acordo com a avaliação através da escala de Morse. Refere medo de nova queda. Apresenta ainda in história de insuficiência circulatória em estudo, com edema acentuado (Godet +++), alterações térmicas e da coloração de ambos os membros inferiores, com maior evidência nos tornozelos e dedos dos pés. Ambos os membros se apresentam avermelhados, com eritema branqueável. Risco elevado de desenvolvimento de úlcera arterial/estase venosa. No momento desta avaliação, sem evidência de perda da integridade cutânea.

Tem o domicílio adaptado às suas necessidades: não existem obstáculos nos percursos que o utente realiza, a cadeira onde se senta permite um ângulo da coxofemoral superior a 90º e tem apoios laterais bilaterais.

O utente encontra-se adaptado aos dispositivos auxiliares que dispõe. No entanto, apresenta alguma dificuldade na marcha com uma canadiana (por vezes não utiliza a técnica correta e avança a canadiana em simultâneo com o membro homolateral).

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

#### Promoção do desenvolvimento dentro de grupos sociais de acordo com o seu potencial e limitações

Dado o contexto de pandemia e a situação de limitação da mobilidade do utente, este tem-se mantido resguardado no seu domicílio, sem receber visitas exteriores, com exceção da equipa da ECCL e da empregada doméstica.

Antes da queda e perda de mobilidade, o utente ia à Igreja (é católico praticante) todas as semanas, assistir à missa. Após a queda, não voltou a realizar esta atividade.

O utente verbaliza dois objetivos: ir ao café que fica no fim da rua e ir à Igreja que está localizada do outro lado da rua, acessível através de passagem pedonal. Para chegar ao café, o utente necessita de descer cerca de 50 metros e regressar pelo mesmo percurso, a subir; no caso do percurso até à Igreja, é necessário atravessar a passagem aérea pedonal que liga o largo onde se encontra a sua residência ao outro lado da rua e atravessar uma passadeira. O percurso envolve uma subida de inclinação moderada com cerca de 10 metros de comprimento, percorrer a passagem com cerca de 30 metros, e descer cerca de 30 degraus, divididos por 3 lanços.

**Sistema de Enfermagem:** sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

## Requisitos de Autocuidado de Desvios de Saúde

O Sr. B. apresenta, atualmente, incapacidade para desempenhar de forma independente os seguintes autocuidados: ir ao sanitário, higiene, vestir-se. Esta incapacidade deve-se em grande parte à mobilidade comprometida como resultado da fratura do fémur esquerdo e conseqüente tratamento cirúrgico. No entanto, os antecedentes cardiovasculares que apresenta também limitam a sua capacidade para desempenhar as AVD.

Desta forma, emergem como problemas de enfermagem:

- ✓ Autocuidado comprometido: vestir-se, higiene e ir ao sanitário;
- ✓ Mobilidade comprometida;
- ✓ Posicionamentos pós-operatórios;
- ✓ Intolerância ao exercício;
- ✓ Andar com auxiliar de marcha – canadianas, andarilho;
- ✓ Risco de nova queda;
- ✓ Risco de dor;
- ✓ Risco de hemorragia;
- ✓ Risco de isolamento social;
- ✓ Risco de sobrecarga do cuidador.

Assim, dado os problemas identificados, apresentam-se de seguida os diagnósticos de enfermagem levantados e o respetivo plano de cuidados.

## 8. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

<b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Mobilidade comprometida</b> , relacionado com diminuição do nível de atividade física e cirurgia ortopédica, manifestado pela dificuldade na marcha e na realização das atividades de vida diária.	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o utente pelo menos mantenha a sua força muscular.</li> <li>- Que o utente aumente progressivamente a sua independência.</li> <li>- Que o utente mantenha equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e em pé.</li> <li>- Que o utente realize exercícios ativos-assistidos de fortalecimento muscular, aumentado gradualmente para exercícios ativos-resistidos.</li> <li>- Que o utente aumente a tolerância ao exercício através do treino de marcha.</li> <li>- Que o utente seja capaz de ir ao café no final da rua pelo menos até</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a força muscular através da escala de Lower</li> <li>- Avaliar o tónus muscular através da escala de Ashworth.</li> <li>- Avaliar a funcionalidade através da MIF.</li> <li>- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden.</li> <li>- Avaliar o risco de queda através da escala de Morse.</li> <li>- Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico, sentado e em pé.</li> <li>- Implementar programa de RFM:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Executar técnica de exercício muscular articular ativo-assistido;</li> <li>o Executar técnica de exercício muscular articular ativo-resistido;</li> <li>o Executar técnica de fortalecimento muscular com recurso a dispositivos (pesos).</li> <li>o Executar exercícios de fortalecimento muscular (ponte, exercícios isométricos dos glúteos, quadricípites, isquiotibiais e gêmeos).</li> <li>o Executar técnica de alongamento dos grupos musculares.</li> </ul> </li> <li>- Executar treino de levante da cadeira com recurso a andador.</li> <li>- Executar treino de marcha com uma canadiana sob supervisão do EEER.</li> <li>- Executar treino de subir e descer escadas com recurso a apoio no corrimão sob supervisão do EEER.</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b></p> <p>Primeira avaliação:</p> <p><u>Lower</u>: força muscular diminuída em todos os segmentos corporais, com menor grau no MSD e ambos os MI.</p> <p><u>Ashworth</u>: aumento do tónus muscular no MSD.</p> <p><u>MIF</u>: 88 → dependência modificada, com necessidade de assistência até 25% da tarefa.</p> <p><u>Braden</u>: 17 → baixo risco de desenvolver UPP.</p> <p><u>Morse</u>: 50 → baixo risco de queda.</p> <p><u>Equilíbrio</u>: equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; equilíbrio estático em pé suficiente (recorrendo a andador); equilíbrio dinâmico em pé suficiente (requer auxiliar de marcha ou apoio bilateral).</p> <p><b>23/03/2021</b></p> <p>Realizados os seguintes exercícios de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- movimentos ativos-assistidos de todos os segmentos corporais.</li> <li>- movimentos ativos-resistidos dos MS, bilateral.</li> </ul> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências.</p> <p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana, sem intercorrências. Percorreu um percurso com cerca de 20 metros ida e volta.</p>

<p>07/05/2021.</p> <p>- Que o utente consiga realizar o percurso até à Igreja até ao fim dos 3 meses de acompanhamento em ECCI.</p>		<p><b>25/03/2021</b></p> <p>Realizados os seguintes exercícios de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- movimentos ativos-resistidos dos MS, bilateral.</li><li>- treino de fortalecimento dos membros inferiores na posição de sentado, sem resistência: elevação dos joelhos + extensão dos joelhos. Realizou 2 séries de 5 repetições de cada exercício.</li></ul> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências.</p> <p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana, sem intercorrências. Percorreu o mesmo percurso com cerca de 20 metros ida e volta.</p> <p><b>06/04/2021</b></p> <p>Realizados os seguintes exercícios de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- movimentos ativos com peso de 0,5kg dos MS, bilateral.</li><li>- treino de fortalecimento dos membros inferiores, sem resistência: levantar e sentar da cadeira, com recurso ao andarilho + elevação dos calcanhares quando na posição de pé.</li></ul> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências.</p> <p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana, sem intercorrências. Percorreu cerca de 20 metros (em subida) e 20 metros em descida. Sem intercorrências.</p> <p><b>08/04/2021</b></p> <p>Realizados os seguintes exercícios de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- movimentos ativos-assistidos com peso de 0,5kg dos MS, bilateral.</li><li>- treino de fortalecimento dos membros inferiores, sem resistência: flexão da coxofemoral, bilateral + extensão e flexão</li></ul>
---	--	--

		<p>do joelho na posição de sentado, bilateral. Realizadas 2 séries de 5 repetições de ambos os exercícios.</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências e com melhor tolerância ao esforço.</p> <p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana: a pedido do utente foi realizado o percurso até ao café. Descida sem intercorrências, sem necessidade de pausa. No café, realizada pausa de cerca de 10 minutos. Durante a subida no regresso, com necessidade de várias pausas curtas.</p> <p><b>12/04/2021</b></p> <p>A pedido do utente realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- treino de subir e descer escadas;</li><li>- treino de marcha, num percurso com cerca de 100 metros.</li></ul> <p>Apresenta ritmo de marcha superior às sessões anteriores, embora apenas no início do treino.</p> <p><b>15/04/2021</b></p> <p>Realizados os seguintes exercícios de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- movimentos ativos-assistidos dos MS, bilateral: extensão, flexão, abdução e adução da escapulo-umeral e do cotovelo. Realizada 1 série de 10 repetições.</li><li>- movimentos ativos-assistidos dos MS: desvio cubital e desvio radial + pronação e supinação do antebraço.</li><li>- treino de fortalecimento dos membros inferiores, sem resistência: extensão e flexão do joelho na posição de sentado, bilateral. Realizadas 2 séries de 5 repetições de ambos os exercícios.</li></ul> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências.</p>
--	--	---

		<p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana: foi realizado o percurso até à passagem pedonal.</p> <p><b>28/04/2021</b></p> <p>Hoje a pedido do utente foi apenas realizado treino de marcha (uma vez que já se teria ausentado do domicílio antes da visita).</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas, com recurso a apoio no corrimão bilateral. Sem intercorrências.</p> <p>Realizado treino de marcha com 1 canadiana: foi realizado o percurso até à passagem pedonal, tendo descido dois dos três lanços (em sessões anteriores realizou treino descendo apenas um dos lanços).</p> <p><b>03/05/2021</b></p> <p>Foi realizado o seguinte treino de RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Treino de marcha: o utente percorreu todo o percurso desde a residência até ao final das escadas da passagem aérea pedonal. Teve necessidade de fazer curtas pausas durante o percurso.</li><li>- Treino de fortalecimento dos membros superiores: 2 séries de 10 repetições de movimentos passivos de adução/abdução do ombro.</li><li>- Movimentos ativos da tibiotársica: 2 séries de 10 repetições de dorsiflexão e extensão e eversão/inversão.</li></ul> <p><b>06/05/2021</b></p> <p>Hoje a sessão foi exclusivamente dedicada à realização do percurso até à Igreja. O utente realizou o percurso de forma independente (com auxiliar de marcha), sem intercorrências.</p>
--	--	--

<b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, presente.</b>	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o domicílio seja adaptado para permitir a circulação com auxiliares de marcha.</li> <li>- Que o doente demonstre conhecimento para andar com auxiliar de marcha (canadianas + andarilho).</li> <li>- Que o doente demonstre capacidade para andar adequadamente com auxiliar de marcha (canadianas).</li> <li>- Que o doente demonstre capacidade para levantar e sentar na cadeira com auxiliar de marcha (andarilho).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha.</li> <li>- Instruir a andar com auxiliar de marcha (canadianas).</li> <li>- Treinar levantar e sentar na cadeira com andarilho.</li> <li>- Treinar andar com auxiliar de marcha.</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b> Primeira avaliação: Não existem obstáculos de tapetes ou mobiliário. Utente anda com recurso a duas canadianas, que se encontram a atura adequada. Desloca-se dentro da habitação entre o quarto, sala e terraço. Sem dificuldade na marcha com as duas canadianas.</p> <p><b>23/03/2021</b> Durante a realização do treino de marcha com apenas 1 canadiana, o utente repetidamente utilizava a canadiana em simultâneo com o MI homolateral, especialmente a subir e descer degraus. Foi corrigida a técnica.</p> <p><b>25/03/2021</b> Com necessidade de consciencializar o utente sobre a técnica correta para andar com 1 canadiana ao longo do treino de marcha. Utente rapidamente corrige e utiliza a técnica correta.</p> <p><b>06/04/2021</b> Utente utilizou a técnica correta para andar com 1 canadiana durante todo o treino de marcha e de subir e descer degraus, sem necessidade de reforço.</p> <p><b>12/04/2021</b> Hoje com necessidade de correção do andar com 1 canadiana e orientação no treino de subir e descer escadas (“subir com o são, descer com o doente”). Após as instruções foi capaz de andar com a canadiana de forma correta.</p> <p><b>06/05/2021</b> O utente reconhece os momentos em que necessita de corrigir a técnica de andar com 1 canadiana, sendo o próprio a “autocorrigir-se”.</p>

<p><b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b></p>	<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Capacidade para melhorar a saúde presente.</b></p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Intervenções</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o utente e a cuidadora saibam executar corretamente os posicionamentos corretos após hemiartroplastia.</li> <li>- Que o utente se posicione corretamente na posição de sentado e deitado.</li> <li>- Que o utente e a cuidadora saibam como executar as transferências de forma correta.</li> <li>- Que o utente se transfira corretamente do leito-posição sentado-posição ortostática.</li> <li>- Que o utente e a cuidadora saibam utilizar corretamente os dispositivos de apoio para evitar a luxação da prótese.</li> <li>- Que o utente saiba as precauções para evitar a luxação da prótese após hemiartroplastia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar os conhecimentos sobre os posicionamentos não luxantes da prótese: evitar rotação interna e externa do MIE, abdução de cerca de 30° (recurso a triângulo abdutor), não cruzar as pernas; flexão da coxofemoral superior a 90°.</li> <li>- Instruir sobre os posicionamentos corretos.</li> <li>- Treinar com o utente e com a cuidadora os posicionamentos.</li> <li>- Esclarecer as dúvidas que existam.</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b></p> <p>Primeira avaliação:</p> <p>A cadeira onde o utente se encontra sentado permite uma flexão superior a 90° da coxofemoral, e com os pés bem apoiados no chão.</p> <p>O MIE encontra-se em posição neutra (não se verifica rotação interna/externa, e com alinhamento na linha média clavicular).</p> <p>O utente já realiza flexão e extensão do MIE sem dificuldade, embora com força muscular diminuída.</p> <p>Realiza as transferências para fora do leito com apoio da filha. Entra e sai da cama pelo lado esquerdo.</p> <p>Dorme em decúbito dorsal com o triângulo de abdução (refere ser a posição mais confortável). Foi explicada a necessidade de almofada na região coxofemoral esquerda para evitar a rotação externa do MIE.</p> <p>Sugerida a utilização de almofada desde a região poplíteia até ao calcâneo. É a filha quem realiza os posicionamentos no leito. Aparentemente compreende a necessidade das almofadas de posicionamento e dos riscos de luxação da prótese.</p> <p><b>06/05/2021</b></p> <p>Quer o utente quer a filha sabem que movimentos e posicionamentos o utente deve preferencialmente adotar e realizam-nos de forma correta e independente.</p>

<b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Intolerância à atividade</b> , presente, relacionado com diagnóstico de insuficiência cardíaca e diminuição da mobilidade, manifestado pela avaliação subjetiva da percepção de esforço.	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<p>- Que o utente saiba como gerir o esforço e os períodos de repouso ao longo do dia.</p> <p>- Que o utente consiga subir e descer escadas e declives, com classificação do esforço na escala de Borg inferior a 5/10.</p>	<p>- Avaliar intolerância à atividade: aplicar escala de Borg modificada, consegue tolerar atividades diárias, apresenta cansaço na realização das AVD, distância percorrida sem necessidade de descansar, recupera energia após descanso.</p> <p>- Avaliar sinais de agravamento da IC: dispneia em repouso, ortopneia, edemas dos membros inferiores, palpitações, tosse seca, toracalgia, percepção ao esforço &gt;7/10 na Escala de Borg, sinais de cianose e/ou distensão das veias jugulares.</p> <p>- Negociar atividade física: definir períodos de repouso durante o exercício, estabelecer horários para as sessões de reabilitação.</p> <p>- Monitorizar a resposta ao exercício: aplicar a escala de Borg modificada.</p> <p>- Instruir o utente sobre técnicas de conservação de energia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Controlo da respiração: inspirar quando o exercício exige menor esforço, expirar quando o movimento implica maior esforço.</li> <li>o Momentos de descanso quando se sentir cansado.</li> <li>o Realizar atividades mais cansativas no momento do dia em que sente mais energia.</li> </ul> <p>- Treinar técnicas de conservação de energia.</p>	<p><b>18/03/2021</b> Primeira avaliação: Utente com antecedentes cardíacos, apresenta cansaço a médios esforços. No decorrer da avaliação da mobilidade com necessidade de pausas para recuperar. Avalia a percepção ao esforço em 3/10 na escala de Borg modificada.</p> <p><b>23/03/2021</b> Utente apresentou cansaço fácil durante a realização do treino de subir e descer escadas. No final da descida, classificou o esforço em 4/10 na escala de Borg modificada, tendo recuperado após 5 minutos de descanso. No final da subida, classificou o esforço em 6/10 na escala de Borg modificada. Terminou-se o treino e o utente ficou a descansar sentado na cadeira, onde permaneceu após a saída da equipa.</p> <p><b>25/03/2021</b> Com necessidade de descanso entre as séries dos exercícios de RFM. Durante o treino de marcha necessitou de pausas de cerca de 30 segundos para recuperar, retomando o exercício após. No final da sessão, classifica o esforço em 5/10. Fica a repousar na cadeira.</p> <p><b>06/04/2021</b> Utente realizou todo o treino a negar cansaço quando questionado. No entanto, no fim do treino refere sempre cansaço</p>

e percepção ao esforço 6-7/10 na escala de Borg. Ficou a repousar na cadeira.

**08/04/2021**

Utente classifica o esforço na descida da rua em 3/10 na escala de Borg. Na subida da inclinação, com necessidade de várias pausas. No fim da subida classifica o esforço em 6/10 na escala de Borg. Após subir os lanços de escadas até ao domicílio, com cansaço 7/10 na escala de Borg. Ficou a repousar na cadeira.

**12/04/2021**

Hoje a referir maior cansaço e menor força anímica que em dias anteriores. Associa a ter recebido notícia do falecimento de outro amigo durante o fim-de-semana.

Demonstrou disponibilidade apenas para realização do treino de marcha.

No final da sessão, referiu percepção ao esforço 7/10 na escala de Borg, associado a polipneia, negou dispneia. Ficou a repousar na cadeira. Após 10 minutos, referiu 5/10 na escala de Borg.

**15/04/2021**

Apresenta diminuição do edema dos maléolos bilateralmente, que permitiu a avaliação da força e tónus da tibiotársica.

Hoje com cansaço a pequenos esforços. Após realização dos exercícios de RFM sentado refere percepção ao esforço de 7/10 na escala de Borg. Após 10 minutos de repouso sentado, refere 4/10 na escala de Borg.

Durante a descida das escadas e percurso até à passagem pedonal sem necessidade de pausa, mas foi conversando.

No final da passagem com necessidade de descansar cerca de 5

		<p>minutos: percepção ao esforço 6/10 na escala de Borg. Percurso de regresso sem necessidade de pausa para descanso.</p> <p>No final da sessão com percepção ao esforço 7/10 na escala de Borg. Ficou sentado na cadeira a repousar. Negou dispneia, palpitações ou toracalgia. Não apresentou cianose central nem periférica nem distensão jugular. Após 10 minutos, avalia o nível de cansaço em 5/10 na escala de Borg.</p> <p><b>28/04/2021</b></p> <p>Melhoria franca dos edemas dos maléolos (Godet +). No início do treino sem sinais de dificuldade respiratória. Durante o treino de marcha apenas necessitou de realizar uma pausa de cerca de 2 minutos antes de descer o primeiro lanço de escadas da passagem aérea. Na subida, com necessidade de pausas curtas (cerca de 30 segundos). Ao chegar ao domicílio classifica o esforço em 7-8/10 na escala de Borg. Não apresenta sinais de dificuldade respiratória ou de agravamento da IC. Após 10 minutos, classifica o esforço em 4/10 na escala de Borg. Terminou o treino, ficando a repousar na cadeira.</p> <p><b>03/05/2021</b></p> <p>Durante o treino de marcha o utente teve a necessidade de realizar várias pausas curtas para descansar. No entanto, sempre que questionado sobre o grau de cansaço/esforço referiu sempre poder continuar o treino.</p> <p>Após a realização dos exercícios de RFM com percepção ao esforço 8/10 na escala de Borg. Apresentou polipneia, sem tiragem ou cianose ou outros sinais de dificuldade respiratória. Terminou-se a sessão, tendo o utente ficado a repousar na cadeira. Ao fim de cerca de 10 minutos já apresenta cansaço</p>
--	--	---

		<p>5/10 na escala de Borg.</p> <p><b>06/05/2021</b></p> <p>Durante o percurso até à Igreja (a descer) sem necessidade de pausa nem sinais de esforço. No regresso, com necessidade de múltiplas pausas curtas (no final de cada lanço de escadas e no início das escadas que dão acesso à habitação). Quando sentado na sua cadeira referiu esforço 6/10 na escala de Borg, embora apresentasse dispneia (com necessidade de adotar a posição de cocheiro). Sem outros sinais de dificuldade respiratória. No final de 10 minutos, classificou o esforço em 3/10 na escala de Borg. Ficou a repousar na cadeira, enquanto aguardava pelo almoço.</p>
--	--	--

<p><b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b></p>	<p align="center"><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Autocuidado (higiene) comprometido</b>, relacionado com alterações da mobilidade, manifestado por necessidade de ajuda parcial para realizar os cuidados de higiene.</p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p align="center"><b>Intervenções</b></p>	<p align="center"><b>Avaliação</b></p>
<p>- Que o utente demonstre capacidade para realizar o autocuidado higiene com progressiva autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para realizar o autocuidado higiene (entrar e sair da banheira, lavar e secar partes do corpo).</li> <li>- Avaliar capacidade para utilizar o dispositivo auxiliar (cadeira de banho giratória).</li> <li>- Instruir sobre o dispositivo auxiliar (cadeira de banho giratória).</li> <li>- Treinar utilização do dispositivo auxiliar (cadeira de banho giratória).</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b> Primeira avaliação: A filha do utente não apresenta abertura para o treino deste autocuidado, referindo que ela própria auxilia o pai na sua higiene. Utente concorda. Utilizam de forma correta a cadeira giratória de banho. Reforçada a necessidade de o utente ir ganhando autonomia progressiva neste autocuidado, em particular iniciar por se lavar e secar nas partes do corpo que consegue (face, mãos, região genital).</p> <p><b>08/04/2021</b> Utente realiza a higiene da face, mãos e região genital sob supervisão. Restantes componentes deste autocuidado realizados pela filha.</p> <p><b>03/05/2021</b> Utente realiza cuidados à face, barba, mãos e região genital de forma autónoma. É auxiliado pela filha nos restantes componentes do autocuidado. Quando questionado, sem dificuldade em aceitar a necessidade de ajuda, preferindo ser auxiliado pela filha.</p>

<b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Autocuidado (ir ao sanitário) comprometido</b> , relacionado com alterações da mobilidade, manifestado por necessidade de ajuda parcial para vestir e despir a roupa.	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<p>- Que o utente seja progressivamente capaz de desempenhar o autocuidado de forma independente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre adaptação da casa-de-banho.</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar (alteador de sanita com barras de apoio bilateral).</li> <li>- Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado ir ao sanitário: despir roupa, sentar e levantar da sanita, realizar a higiene íntima após urinar/evacuar, vestir a roupa.</li> <li>- Treinar a utilização da técnica de adaptação para a realização do autocuidado: ir ao sanitário.</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b>  Primeira avaliação:  Casa-de-banho adaptada com alteador de sanita com barras de apoio bilaterais.  Utente desloca-se até ao wc sozinho com canadianas, necessitando de apoio da filha para se despir e vestir.  Utente consegue de forma autónoma realizar a higiene genital após urinar/evacuar.</p> <p><b>08/04/2021</b>  Utente urina e evacua no wc. Apenas necessita de apoio para vestir e despir os membros inferiores, realizando todas as outras tarefas deste autocuidado. É apoiado pela filha para se vestir e despir. O volume abdominal, capacidade aeróbica e força muscular diminuída dos membros superiores dificultam a execução independente da tarefa. Quer o utente quer a filha se encontram adaptados à situação.</p>

<p><b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b></p>	<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Autocuidado (vestuário) comprometido</b>, relacionado com alterações da mobilidade e constituição física, manifestado por necessidade de ajuda total para vestir a metade inferior do corpo.</p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Intervenções</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p>- Que o utente adquira progressivamente a capacidade para se vestir de força autónoma.</p> <p>- Que o doente mantenha a capacidade para vestir a parte superior do corpo sozinho.</p>	<p>- Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado vestuário: despir e vestir a roupa dos membros superiores e inferiores, calçar e descalçar as meias, abotoar e desabotoar a roupa, calçar e descalçar os sapatos, seleciona roupas adequadas ao ambiente, usa fechos/botões/atacadores.</p> <p>- Treinar a realização do autocuidado: vestuário.</p> <p>- Instruir sobre auxiliares de autocuidado e técnicas de adaptação: calçadeira, sapatos com velcro, roupa com fecho.</p>	<p><b>18/03/2021</b> Primeira avaliação: Dada a cirurgia, a constituição do utente e a mobilização comprometida, apenas consegue vestir a parte superior do corpo, necessitando apenas de supervisão. Para vestir a roupa interior, meias, calças e sapatos necessita de ajuda total. É a filha quem o substitui nesta tarefa. A roupa que utiliza é adequada ao tempo. O utente não tem dificuldade na motricidade fina que o impeça de abotoar botões, utilizar fechos.</p> <p><b>29/04/2021</b> Foram sugeridos produtos de apoio como calçadeira e pinça extensível para o treino de vestir a parte inferior do corpo. Foram aplicadas argolas largas nos fechos dos sapatos. No entanto, dado que o utente refere que “sente cansaço” (sic) após o esforço para vestir e despir e não consegue calçar as meias dado o volume abdominal, ambos (utente e filha) optam por o utente ser ajudado pela filha nesta tarefa.</p>

<b>Data de Início:</b> <b>18/03/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Risco de queda</b> , relacionado com medo de cair (queda anterior) e alterações na mobilidade e equilíbrio.	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que o utente apresente equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado.</li> <li>- Que o utente apresente equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática.</li> <li>- Que o ambiente domiciliário não apresente barreiras arquitetónicas nem obstáculos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a presença de barreiras arquitetónicas.</li> <li>- Instruir sobre a adaptação do domicílio: remover tapetes e outros obstáculos.</li> <li>- Avaliar o risco de queda através da escala de Morse.</li> <li>- Avaliar o equilíbrio corporal estático em pé e sentado.</li> <li>- Avaliar o equilíbrio corporal dinâmico em pé e sentado.</li> <li>- Avaliar a postura corporal.</li> <li>- Treinar o equilíbrio: alternar a carga nos membros superiores e nos membros inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos.</li> <li>- Avaliar a capacidade para se pôr de pé: consegue elevar os membros superiores e inferiores, consegue passar da posição de sentado para de pé.</li> <li>- Avaliar os pés quanto a alterações da estrutura óssea, presença de edemas e alterações na força.</li> <li>- Avaliar a marcha: cadência do passo, apoio dos pés, velocidade, comprimento da passada, altura do passo.</li> <li>- Aconselhar sobre o tipo de calçado: fechado, com sola antiderrapante.</li> <li>- Treino da utilização correta do auxiliar de marcha – canadiana (ver intervenções relativas ao diagnóstico “potencial para</li> </ul>	<p><b>18/03/2021</b></p> <p>Não existem tapetes nem outros obstáculos no domicílio do utente. Não existem barreiras arquitetónicas no interior do domicílio. Para acesso à habitação, há a necessidade de subir dois lanços de escadas.</p> <p>O utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado. Na posição ortostática, apresenta equilíbrio estático. O equilíbrio dinâmico é limitado, mas suficiente, com apoio bilateral ou com recurso às canadianas.</p> <p>Risco de queda: 50 (escala de Morse) → baixo risco de queda.</p> <p>O utente consegue levantar-se da cadeira recorrendo ao andarilho/braços da cadeira.</p> <p>Apresenta edemas significativos dos maléolos bilateral. Não apresenta alterações ósseas a nível dos pés. Utiliza calçado adequado.</p> <p><b>23/03/2021</b></p> <p>Durante a realização dos exercícios e treino de marcha é necessário realizar correção postural pontualmente. Após correção, utente mantém a postura. Durante o treino de marcha foi necessário contornar obstáculos (carros) e girar sobre si próprio para inverter a marcha. O piso era irregular, mas sem inclinação. O utente foi capaz de manter o equilíbrio, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>Anda devagar e com passos curtos. Apoia ambos os pés no solo sem dificuldade. A altura do passo é apropriada.</p>

	<p>melhorar o conhecimento para andar com auxiliar de marcha”).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Treino de subir e descer escadas com recurso ao corrimão.</li><li>- Treino de força muscular (ver intervenções relativas ao diagnóstico “mobilidade comprometida”).</li></ul>	<p><b>25/03/2021</b> O treino de marcha foi efetuado no mesmo percurso, com os mesmos obstáculos. Apenas com necessidade de supervisão e reforço positivo. Mantém-se a necessidade de correção postural.</p> <p><b>06/04/2021</b> Utente refere maior medo de cair nas descidas do que a subir. Foi necessário apoio unilateral a subir e descer o passeio, assim como correção da postura. Refere maior confiança na realização do treino de marcha.</p> <p><b>08/04/2021</b> Utente realizou o percurso de ida e volta ao café sem intercorrências. Não apresenta capacidade de o fazer de forma autónoma: é necessário corrigir a postura no andar e alertar para os obstáculos existentes na via, bem como para a entrada/saída de carros das garagens. Na descida foi necessário apoio unilateral pela inclinação do percurso.</p> <p><b>12/04/2021</b> Utente realizou um percurso com cerca de 100 metros onde necessitou de andar em piso irregular e contornar obstáculos. Não houve necessidade de correção postural. Realiza treino de marcha com progressiva confiança e autonomia.</p> <p><b>15/04/2021</b> Realizado treino de marcha sem necessidade de apoio. Utiliza 1 canadiana. Contorna os obstáculos na rua e sobe e desce degraus, mas mantém necessidade de correção postural (ombros).</p>
--	---	--

		<p><b>03/05/2021</b></p> <p>Utente apresenta redução significativa do edema dos maléolos bilateralmente, já conseguindo executar movimentos ativos da tibiotársica e do pé. O utente apresenta maior cadência do passo do que anteriormente. A passada é mais larga. A velocidade da marcha é maior no início do treino de marcha, sendo progressivamente mais lenta à medida que se progride no treino.</p> <p><b>06/05/2021</b></p> <p>O equilíbrio durante a marcha é mais estável, mesmo em piso irregular. Mantém marcha com apoio unilateral de canadiana. Em piso regular consegue andar sem apoio de canadiana, mantendo marcha equilibrada, embora com menor velocidade.</p>
--	--	---

Data de Início: 18/03/2021	Diagnóstico de Enfermagem: Risco de dor, relacionado com mobilidade comprometida.	
Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<p>- Que o utente não tenha dor durante a realização dos exercícios de RFM.</p> <p>- Que o utente/cuidadora saiba gerir a medicação analgésica em SOS.</p> <p>- Que o utente e a cuidadora saibam executar posicionamentos antiálgicos.</p>	<p>- Avaliar a presença de dor durante a implementação dos exercícios do programa de RFM.</p> <p>- Validar o esquema de medicação analgésica prescrita.</p> <p>- Ensinar o utente e a cuidadora sobre a gestão do regime terapêutico: medicação analgésica.</p> <p>- Ensinar o utente sobre posicionamentos antiálgicos (decúbito dorsal com apoio na região poplíteia e na região coxofemoral para prevenção da rotação externa do membro inferior esquerdo.</p> <p>- Treinar com o utente os posicionamentos antiálgicos.</p>	<p><b>18/03/2021</b> Primeira avaliação: Utente refere que quem gere a medicação é a filha (cuidadora), não tendo necessitado de recorrer a analgesia (que passou de horário fixo para SOS). O decúbito preferencial do utente para dormir é o decúbito dorsal. Consegue mobilizar-se de forma autónoma no leito. No entanto, os posicionamentos no leito são realizados pela filha (colocação de almofadas). Validado com a filha a necessidade de colocar as seguintes almofadas: almofada a apoiar a região poplíteia bilateral. Almofada na região coxofemoral esquerda para prevenir a rotação externa do MIE. Utente refere que dispensa o treino de posicionamentos no leito, preferindo investir na RFM para recuperação da mobilidade.</p> <p><b>23/03/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na escala numérica da dor (END) durante a realização da sessão.</p> <p><b>25/03/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>06/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>08/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>12/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>15/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>26/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>29/04/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>03/05/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p> <p><b>06/05/2021:</b> Utente refere dor 0/10 na END durante a realização da sessão.</p>

<b>Data de Início:</b> <b>26/04/2021</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Risco de hemorragia, relacionado com toma de medicação anticoagulante.</b>	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
<p>- Que o utente e a cuidadora saibam os riscos da toma de medicação anticoagulante.</p> <p>- Que o utente e a cuidadora saibam como controlar pequenas hemorragias.</p>	<p>- Instruir o utente e a cuidadora sobre os riscos da toma da medicação anticoagulante: hemorragia digestiva e das mucosas, hematúria, hematomas, interações medicamentosas que potenciam o risco de hemorragia (anti-inflamatórios não esteroides e ácido acetilsalicílico).</p> <p>- Vigiar sinais de hemorragia ativa.</p> <p>- Vigiar presença de hematomas.</p> <p>- Instruir sobre a gestão de pequenas hemorragias ou hematomas: realizar compressão, aplicação de gelo local.</p>	<p><b>26/04/2021</b></p> <p>Quer o utente quer a cuidadora conhecem os riscos acrescidos de hemorragia por toma de anticoagulante. A filha do utente é cuidadosa no que diz respeito ao tipo de calçado e meias (utiliza de algodão) para reduzir o risco de lesão dos membros inferiores. O utente tem consciência de que pode desenvolver hematomas e equimoses com maior facilidade.</p> <p>O utente não tem prescrito nem toma medicação que potencie os efeitos anticoagulantes do pradaxa<sup>®</sup>. Foi aconselhado a não tomar ibuprofeno se dor (tem prescrito metamizol em SOS).</p> <p>Foram explicados os riscos acrescidos e os sinais de hemorragia digestiva alta à filha do utente, que aparentemente compreendeu.</p> <p>Foi explicado os cuidados acrescidos a lavar os dentes e a fazer a barba de forma a evitar/reduzir o risco de pequenas hemorragias.</p> <p>Aparentemente não apresenta hemorragias ativas. A urina encontra-se clara e límpida, sem evidência de hematúria macroscópica. Não apresenta sinais sugestivos de acidente vascular cerebral.</p> <p><b>06/05/2021</b></p> <p>Durante o acompanhamento em ECCL o utente não apresentou focos hemorrágicos visíveis. Utente e cuidadora (filha) sabem como proceder/quem contactar em caso de suspeita de hemorragia.</p>

<p><b>Data de Início:</b> <b>26/04/2021</b></p>	<p align="center"><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Risco de isolamento social</b>, relacionado com redução da mobilidade, perda da esposa e de amigos próximos e período de confinamento por COVID-19.</p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Intervenções</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p>- Que o utente seja capaz de ir ao café para se encontrar com os vizinhos/amigos, em segurança.</p> <p>- Que o utente verbalize os seus sentimentos e preocupações.</p> <p>- Que o utente ocupe o dia com as atividades que lhe são prazerosas.</p> <p>- Que o utente seja capaz de ir à Igreja até ao final do acompanhamento em ECCI e seja estimulado a praticar a sua espiritualidade/fé.</p>	<p>- Incentivar o utente a expressar os seus sentimentos e preocupações.</p> <p>- Encorajar a utilização das tecnologias para reduzir o isolamento social.</p> <p>- Explorar as atividades prazerosas para o utente: hobbies, interesses pessoais, etc.</p> <p>- Promover a concretização das atividades prazerosas.</p> <p>- Realizar treino de marcha na rua: treinar ida ao café e à Igreja.</p> <p>- Referenciar o utente para a psicóloga da equipa e para a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.</p>	<p><b>29/04/2021</b> Durante o treino de marcha (sem a presença da filha) o utente expressa preocupação com o facto de a filha se encontrar sozinha (sem companheiro) e que o ex-companheiro era toxicodependente. Durante o percurso encontrou um vizinho com quem parou para conversar, demonstrando esperança no seu processo de recuperação “tenho de dizer que estou melhor, porque estou” (sic). Foi entregue ao utente um bloco de atividades e de exercícios construído por uma das estudantes da licenciatura em estágio com atividades (estimulação cognitiva e exercícios físicos) para que possa ir realizando ao longo do dia. Mantém interesse em pintar e em ler o jornal.</p> <p><b>03/05/2021</b> Durante a realização do treino de marcha o utente vai conversando com os vizinhos/amigos que passam na rua durante curtos períodos de tempo (sensivelmente o tempo da pausa). Hoje, após sessão de RFM, definiu como objetivo ir até à Igreja durante a próxima sessão.</p> <p><b>06/05/2021</b> Hoje o utente foi à Igreja. Expressou sentimentos de alegria e bem-estar. Rezou, referindo que estava há mais de seis meses “à espera deste momento” (sic). Durante o percurso de regresso conversou com alguns conhecidos que encontrou pelo caminho. Foi aplicada a escala de esperança de Herth (ver apêndice 1) pela EESMP: o utente mantém a esperança perante a vida e expressa vontade de melhorar e de adequar os seus objetivos a curto para médio/longo prazo.</p>

<p><b>Data de Início:</b> <b>26/04/2021</b></p>	<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <b>Risco de sobrecarga do cuidador</b>, relacionado com situação de dependência do utente em vários componentes do autocuidado e das AVD.</p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Intervenções</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. saiba que recursos existem na comunidade a que pode recorrer (bombeiros, assistente social, etc.).</li> <li>- Que a filha do utente se sinta confortável para exprimir necessidades de apoio da equipa.</li> <li>- Que a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. não apresente sinais de sobrecarga do cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar escala de sobrecarga do cuidador à filha do utente (escala de Zarit).</li> <li>- Identificar que recursos dispõem para aliviar a potencial sobrecarga.</li> <li>- Identificar que apoios na comunidade podem ser mobilizados.</li> <li>- Articular a necessidade de apoios na comunidade com a assistente social da equipa.</li> <li>- Apoiar a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. na prestação de cuidados ao utente.</li> <li>- Permitir a expressão de sentimentos e preocupações.</li> </ul>	<p><b>29/04/2021</b></p> <p>O utente e a filha têm empregada que realiza as tarefas domésticas 3 vezes por semana. Foi aplicada a escala de sobrecarga do cuidador à filha do utente. Apresenta score 41/110 na escala de Zarit → sem sinais de stress/sobrecarga do cuidador (ver apêndice 2).</p> <p>É a filha quem acompanha o utente a todas as consultas e agendamentos no exterior do domicílio. Têm transporte assegurado pelos Bombeiros, inclusivamente para apoio no descer e subir as escadas da residência.</p> <p>A Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> M.J. é acompanhada em psicologia fora da equipa da UCC uma vez por semana.</p> <p>São acompanhados pela assistente social da equipa que realiza visitas esporádicas.</p> <p>O Sr. B. é acompanhado pela psicóloga da equipa da UCC assim como recebe visitas duas vezes por semana da EESMP.</p> <p>A filha do utente expressa as suas preocupações à equipa relativamente à saúde do utente e potencial de melhoria da capacidade funcional.</p>

## Conclusão

A construção deste estudo de caso permitiu o confronto com a realidade da necessidade do EEER na prestação de cuidados de ER na comunidade. A presença no ambiente da pessoa é importante para o desenvolvimento de relações de confiança mais próximas dos utentes, o que permite estabelecer objetivos a curto, médio e longo prazo de forma mais individualizada e com os recursos de que dispõem.

O EEER tem um papel fundamental na adequação do domicílio do utente às suas necessidades de cuidados bem como na prescrição de dispositivos auxiliares de autocuidado. É responsável pelo ensino e treino da utilização destes dispositivos, tendo, no entanto, que garantir alternativas no caso da impossibilidade da sua aquisição pela família/cuidadores.

Da mesma forma, a articulação com os restantes membros da equipa de saúde (médico de família, assistente social) é realizada através do EEER gestor de caso e é de extrema importância para garantir a qualidade dos cuidados holísticos prestados.

Este estudo de caso permitiu ainda o desenvolvimento das competências teórico-práticas do cuidado de ER à pessoa com fratura do fémur, submetida a hemiartroplastia. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu construir um plano de cuidados baseado na evidência disponível. No entanto, tal como em todas as situações de cuidados, este foi adaptado às necessidades de saúde individuais e às preferências pessoais do utente.

No caso particular do utente em estudo, as alterações na mobilidade associadas às comorbilidades cardiovasculares são dois dos problemas identificados que condicionam a sua capacidade funcional e para desempenhar o autocuidado. No decorrer do seu acompanhamento o maior foco dos cuidados de ER foi no treino de marcha e de fortalecimento muscularto-articular. O objetivo foi potenciar a sua capacidade aeróbia, de tolerância ao esforço, e de força e equilíbrio de forma a obter ganhos na autonomia e independência para o desempenho do autocuidado.

As atividades relativas aos componentes de autocuidado que o utente não consegue desempenhar de forma independente são realizadas pela filha. Ambos estão confortáveis e adaptados à situação, sendo da sua preferência que assim continue.

Durante o acompanhamento deste utente, foi notório o aumento da capacidade aeróbia e de tolerância ao esforço, demonstrado no último dia pela concretização de um dos principais objetivos do utente: a ida à Igreja. Este momento revelou-se de extrema importância para o utente, que expressou posteriormente ser um dos seus objetivos desde há cerca de seis meses. Referiu “alegria imensa” (sic). Pode, desta forma, verificar-se a importância de estabelecer, com o próprio utente, objetivos relevantes para si e que tenham significado.

O utente vai manter o acompanhamento em ECCI, de forma a continuar a maximizar o seu potencial de reabilitação, da sua autonomia, independência e de desempenho do autocuidado.

## Bibliografia

- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.
- Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (coords). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta. pp 227-251.
- Direção-Geral da Saúde (2011a). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2011b). Norma nº 017/2011 de 19/05/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Handoll, H.H.G., Queally, J.M. & Parker, M.J. (2011). Pre-operative traction for hip fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD000168. DOI: 10.1002/14651858.CD000168.pub3.
- Menoita, E.C.; Sousa, L.M.; Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2014). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- McElroy, K., Innerfield, C., Cuccurullo, S. & Rossi, R.P. (2016). Prótese Total. In Maitin, I.B. & Cruz, E. (coords.), *CURRENT Medicina Física e Reabilitação Diagnóstico e Tratamento*. (pp. 547-560).
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-24-0.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Tabelas CIPE® - Versão 2013*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Palm, H. (2021) Hip Fracture The Choice of Surgery. In Falaschi, P. & Marsh, D. (coords), *Orthogeriatrics The Management of Older Patients with Fragility Fractures*. Suíça: Springer. pp. 125-141.
- Parks, S.M. & Novielli, K.D. (2010). A Practical Guide to Caring for Caregivers. *Am Fam Physician*. 62(12): 2613-2620.
- Rocha, A.; Antunes, E.; Silva, P. & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: artroplastia. In Lourenço, M.J.; Ferrera, O. & Baixinho, C.L. (coords.), *Terapêutica de Posição Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta. pp. 326-333.
- Sequeira, C.A.C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II(12):9-16.
- Sousa, L. & Carvalho, M.L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (coords). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta. pp 421-431.
- Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Allgood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- Ventura, M.J. (1996). Assistência de enfermagem a pacientes no pós-operatório de prótese total do quadril. In Ventura, M.F.; Faro, A.C.M.; Onoe, E.K.N. & Utimura, M. (coords). *Enfermagem Ortopédica*. São Paulo: Ícone. pp.149-159

## **APÊNDICES**

## Apêndice I – Escala da esperança de Herth

### ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHH-P1)

Em baixo estão listadas várias afirmações e em cada afirmação coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida. "agora é o tempo vai"				X
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo. "Éram a curto prazo mas agora que vejo tem de ser mais a longo prazo para ficar melhor"			X	
3. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades. "agora vamos ver o tempo"				X
4. Tenho uma fé que me dá conforto. "A fé dá-me tudo"				X
5. Tenho uma profunda força interior. "Bastante de conseguir os meus objectivos"				X
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor. "Sempre tive essa vontade de dar a toda a gente"				X
7. A minha vida tem um rumo. "o meu é melhor"			X	
8. Acredito que cada dia tem potencial. "Graças a Deus cada dia estou melhor que o anterior"				X
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito. "Bastante valor e mérito"				X

(88) Kaye Herth (1999)

versão portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana, António Barbosa, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido

## Apêndice II – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

### Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	1	2	3	4	5
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	1	2	3	4	5
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	1	2	3	4	5
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	1	2	3	4	5
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos de forma negativa?	1	2	3	4	5
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	1	2	3	4	5
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	1	2	3	4	5
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	1	2	3	4	5
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	1	2	3	4	5
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as restantes despesas?	1	2	3	4	5
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5

18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?  1 2 3 4 5
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?  1 2 3 4 5
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?  1 2 3 4 5
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?  1 2 3 4 5
22. Sente-se muito sobrecarregado/a por cuidar do seu familiar? 1  2 3 4 5

**ANEXOS**

## Anexo I – Escala de Ashworth

Fonte: Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014, p.60.

0: nenhum aumento no tônus muscular.
1: leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+: leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular restante.
2: aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3: considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4: parte afetada rígida em flexão ou extensão.

## Anexo II – Escala de Braden

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta difíceis sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Andar ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Andar frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobres:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a cores durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequadas:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequadas:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelentes:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>				<p>Pontuação total</p>
<p>© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Versão Portuguesa 2001: Carlos Morgado, Cristina Miguel, Pedro Pereira, João Goncalves, Tânia Pinheiro Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIFF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade do Coimbra (CEISUC)</p>				

Fonte: DGS, 2011b.

Pontuação:

≤ 16	Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão
≥ 17	Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão

## Anexo III – Escala de Lower

Fonte: Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014, pp. 52-60.

5: Movimento normal contra gravidade e resistência.
4: Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3: Raio de movimento completa apenas contra gravidade, não contra resistência.
2: Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1: Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento.
0: Sem contração muscular e sem movimento.

## Anexo IV – Escala de Morse

Fonte: DGS, 2019.

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

Pontuação:

0 e ≤ 24 pontos	Sem risco de queda
≥ 25 e ≤ 50 pontos	Baixo risco de queda
≥ 51 pontos	Alto risco de queda

## Anexo V – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Fonte: DGS, 2011a; OE, 2018.

APELIDO _____	NOME _____			
_____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				
_____				

### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA										
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=51%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DATA</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M								
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____								
	<b>AUTO-CUIDADOS</b>											
	A. Alimentação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	B. Higiene pessoal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	C. Banho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	D. Vestir metade superior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	E. Vestir metade inferior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	F. Utilização da sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>CONTROLO DOS ESFINCTERES</b>											
	G. Bexiga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	H. Intestino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>MOBILIDADE</b>											
	<b>TRANSFERÊNCIAS</b>											
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	J. Sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	K. Banheira, Duche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>LOCOMOÇÃO</b>											
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	M. Escadas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>COMUNICAÇÃO</b>											
	N. Compreensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	O. Expressão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>											
	P. Interação social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	Q. Resolução dos problemas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	R. Memória	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Pontuação:

1	Ajuda total, ou seja, o doente tem de ser substituído em toda a tarefa
2	Ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa
3	Ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa
4	Ajuda mínima, ou seja, o doente realiza mais de 75% da tarefa
5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
6	Independência modificada
7	Independência completa

**Score total:**

18 pontos	Dependência completa
≥ 19 e ≤ 60 pontos	Dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa
≥ 61 e ≤ 103 pontos	Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa
≥ 104 e ≤ 126 pontos	Independência completa

## Anexo VI – Escala de Borg Modificada: percepção ao esforço

Fonte: Dias (s.d.).

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

## Anexo VII – Escala da esperança de Herth

Fonte: versão portuguesa da escala de Herth (1999), traduzida e adaptada por Andreia Viana; António Barbosa; Maria dos Anjos Dixe; Ana Querido.

### ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHHPT)

Em baixo estão listadas várias afirmações  
Em cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste  
preciso momento

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
4. Tenho uma fé que me dá conforto.				
5. Tenho uma profunda força interior.				
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7. A minha vida tem um rumo.				
8. Acredito que cada dia tem potencial.				
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

© 1989 Kaye Herth (1999)

versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana, António Barbosa, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido

## Anexo VIII – Escala de Zarit

Fonte: adaptado de Parks & Novielli, 2010; Sequeira, 2010.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	1	2	3	4	5
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	1	2	3	4	5
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	1	2	3	4	5
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	1	2	3	4	5
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos de forma negativa?	1	2	3	4	5
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	1	2	3	4	5
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	1	2	3	4	5
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	1	2	3	4	5
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	1	2	3	4	5
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as restantes despesas?	1	2	3	4	5
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sente-se muito sobrecarregado/a por cuidar do seu familiar?                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Score total:**

<46	Sem sobrecarga
46 – 56	Sobrecarga ligeira
>56	Sobrecarga intensa

## **Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem 1**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem 1 –  
Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeiro Orientador:**

[Redacted]

**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

—

**Lisboa  
dezembro 2020**

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EPIC-26 SF	<i>Expanded Prostate Cancer Index Composite – Short Form</i>
gr	grama
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
id	uma vez por dia
IIEF-5	Índice Internacional da Função Erétil
IPSS	Índice Internacional dos Sintomas Prostáticos
mg	miligrama

## **Experiências de Aprendizagem em Estágio realizado na Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias**

O presente Jornal de Aprendizagem reflete as experiências formativas adquiridas no decorrer do estágio na Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias, na semana de 23 a 27 de novembro de 2020.

Pretende, inicialmente, descrever sucintamente o funcionamento da Unidade. De seguida, espelhar as aprendizagens desenvolvidas bem como as dificuldades sentidas neste campo de estágio.

A Unidade é constituída por três enfermeiros: um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e duas enfermeiras de cuidados gerais. São essencialmente acompanhados pela equipa de enfermagem:

- Os doentes submetidos a prostatectomia radical pelo risco de desenvolvimento de incontinência urinária e de disfunção sexual no pós-operatório;
- Os doentes submetidos a cistectomia radical;
- Os doentes sob radioterapia pélvica que apresentem disfunção do pavimento pélvico (incontinência);
- Estudos de urofluxometria;
- Biopsias prostáticas transretais;
- Doentes com ostomias de eliminação vesical.

Não existe um programa de reabilitação estruturado formalmente. No entanto, no decorrer do estágio foi possível acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de reabilitação em momentos distintos: consultas pré-operatórias a doentes submetidos a prostatectomia radical com linfadenectomia por via robótica; uma consulta pré-operatória de uma doente submetida a cistectomia radical com construção de conduto ileal; consultas de pós-operatório imediato (1<sup>a</sup> consulta após a alta – ao 7<sup>o</sup> dia) de prostatectomia radical por via robótica.

Nas consultas pré-operatórias o doente é instruído sobre o percurso perioperatório (e respetiva preparação pré-operatória) e são esclarecidas dúvidas que possam existir. Não existe uma sessão formal para

melhorar/otimizar a capacidade funcional dos doentes, quer em termos de pré-habilitação, quer no que diz respeito à introdução de técnicas de reeducação funcional respiratória e motora.

No que concerne especificamente à cirurgia da próstata, os doentes são instruídos desde o primeiro contacto (consulta pré-operatória) sobre os possíveis efeitos colaterais da cirurgia: incontinência urinária e/ou disfunção sexual. Não é, no entanto, iniciado um programa pré-operatório de fortalecimento do pavimento pélvico nesta fase.

O doente é avaliado através de questionários que incidem em sintomas urinários (perdas de urina), em alterações na sexualidade (disfunção erétil) e na qualidade de vida, e que são:

- **IIEF-5**: Índice Internacional da Função Erétil (Anexo I);
- **EPIC-26**: *Expanded Prostate Cancer Index Composite – Short Form* (Anexo II);
- **IPSS**: Índice Internacional dos Sintomas Prostáticos (Anexo III);
- **ICIQ-SF**: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (Anexo IV).

Na consulta pré-operatória são aplicados os quatro questionários mencionados. É abordado brevemente o programa de treino de fortalecimento da musculatura pélvica, a iniciar no pós-operatório; são esclarecidas as dúvidas do doente e são fornecidos os materiais para a preparação pré-operatória da pele.

Na primeira consulta após a alta (ao sétimo dia de pós-operatório), o doente é desalgaliado. É iniciado o programa de reabilitação do pavimento pélvico através da introdução de exercícios de Kegel. O doente é encorajado a retomar a vida sexual e são discutidas possíveis alterações urológicas e sexuais. É entregue o questionário **ICIQ-SF**, a ser preenchido pelo doente 24h após a desalgaliação, uma semana após desalgaliação, duas semanas após desalgaliação e um mês após a cirurgia.

Acompanhei o enfermeiro orientador em primeiras consultas após a alta. Apesar de todos os doentes terem aceite a minha presença enquanto

estudante da especialidade em enfermagem de reabilitação, não pude deixar de me sentir pouco à vontade: são momentos em que o doente se encontra exposto e altamente vulnerável, onde são abordados temas como a perda de urina e a função sexual do homem.

Ao perceber que o enfermeiro orientador constrói um espaço aberto e de naturalidade em torno destas temáticas, e que os doentes que acompanha se sentem confortáveis em partilhar os seus sintomas e receios, a minha ideia pré-concebida de que seria desconfortável a presença de uma estudante do sexo feminino na sala foi rapidamente desmistificada.

A incontinência urinária (IU) é a complicação mais frequente após prostatectomia e afeta seriamente a qualidade de vida dos homens (Milios, Ackland & Green, 2019; Hodges et al., 2020; Sayner & Nahon, 2020).

Múltiplos autores recomendam a introdução de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico como forma de prevenir ou reduzir a incidência e severidade da perda de urina em homens submetidos a prostatectomia radical (Rocha & Redol, 2017; Milios, Ackland & Green, 2019; Hodges et al., 2020; Sayner & Nahon, 2020).

É nesta primeira consulta, com o doente ainda em decúbito dorsal e após a desalgaliação que é implementado o programa de exercícios de Kegel. Inicialmente, é sugerido que o doente imagine que está a suspender o jato urinário como forma de identificação da contração da musculatura pélvica. É treinada a técnica e são explicados os sinais de correta realização: com uma contração eficaz verifica-se retração da base do pénis, interrupção do jato urinário e ainda a palpação do períneo durante a contração.

Apesar do objetivo deste programa de treino ser executar 10 repetições com contrações de 10 segundos seguido de 20 segundos de relaxamento, na prática pude observar que os doentes não conseguem manter esse tempo de contração. Desta forma, o EEER prescreve 10 contrações de 3 a 5 segundos, seguindo-se o dobro do tempo de relaxamento (6 a 10 segundos), três vezes por dia.

Dado que a perda de urina é comum, são ainda fornecidos pensos para a incontinência masculina, que o doente coloca ainda na sala de tratamentos.

No decorrer desta primeira consulta é abordado o tema da sexualidade. Nesta primeira fase o doente é encorajado a explorar livremente a sua sexualidade. O objetivo é que o doente retome a sua vida sexual, e caso haja alguma dificuldade, esta ser abordada na consulta seguinte – 1º mês após a cirurgia.

No entanto, o protocolo existente para as cirurgias da próstata pressupõe que o médico assistente prescreva tadalafila 5mg id. A tadalafila é um fármaco utilizado na disfunção erétil por mecanismo de vasodilatação junto aos corpos cavernosos, produzindo-se assim uma ereção (Infarmed, s.d.; Lee et al., 2019). A vasodilatação resultante permite também uma melhor cicatrização dos tecidos do pénis e circundantes, acelerando a recuperação pós-operatória.

Ao longo desta semana pude desenvolver as competências teórico-práticas adquiridas em contexto de sala de aula no que diz respeito à avaliação de alterações na eliminação urinária e na sexualidade. Foi possível, sob supervisão do enfermeiro orientador, planear um programa de recuperação dos doentes submetidos a prostatectomia radical com intervenções específicas para a recuperação da continência urinária:

- Prescrever treino de fortalecimento da musculatura pélvica através da realização de exercícios de Kegel, executando 10 repetições de contrações de 3 segundos seguido de 6 segundos de relaxamento, três vezes por dia.
- Prescrever produtos de apoio para incontinência: pensos de incontinência masculina.
- Educar o doente sobre barreiras arquitetónicas: remover tapetes e outras peças de mobiliário que possam atrasar a chegada à casa-de-banho em situação de urgência urinária.

Relativamente ao desenvolvimento do projeto de estágio, dada a baixa casuística em cistectomias com construção de derivação urinária (conduto ileal), apenas foi possível a participação numa consulta pré-operatória. A

consulta foi realizada com 1 semana de antecedência face à cirurgia pelo que planeei com o enfermeiro orientador a prescrição de um treino de exercício a apresentar à doente: treino aeróbio (caminhadas de cerca de 20 minutos), treino de força dos membros superiores (recorrendo a pesos – pacote de 500gr de massa) e membros inferiores (agachamento recorrendo a cadeira e elevação dos joelhos na posição sentada). Sob supervisão do enfermeiro orientador expliquei à doente os benefícios da pré-habilitação e foi treinado: respiração abdominodiafragmática, inspirações profundas, tosse com contenção abdominal, técnica do levante e transferências. Durante a realização da consulta a doente manifestou pouco interesse e disponibilidade em realizar o treino no domicílio, à exceção do treino aeróbio que já fazia regularmente (sic). Não foi possível o acompanhamento posterior da doente dado o curto período de estágio na Unidade.

Este percurso na Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias foi relevante para o desenvolvimento das seguintes **competências específicas do EEER**:

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

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade:

O doente é avaliado recorrendo às escalas acima mencionadas, em momentos específicos, no que diz respeito a alterações na eliminação vesical e na sexualidade; são tidas em conta as capacidades cognitivas do doente, a avaliação psicossocial bem como a capacidade para desempenhar o autocuidado antes da cirurgia. É envolvida, nesta situação particular, a esposa/companheira ou esposo/companheiro do doente.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade:

São discutidas com o doente as alterações mais comuns no pós-operatório que influenciam significativamente a qualidade de vida e a capacidade para o autocuidado: incontinência urinária e/ou disfunção sexual. No pós-operatório é prescrito o programa de reeducação da função vesical: fortalecimento do

pavimento pélvico recorrendo aos exercícios de Kegel; são prescritos e fornecidos produtos de apoio para a perda de urina (pensos de incontinência masculina).

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade:

Durante a primeira consulta pós-operatória o plano de exercícios de Kegel é treinado com o doente. É abordado a necessidade de retomar a vida sexual, fornecendo algumas estratégias como, por exemplo, a estimulação manual através da masturbação com ou sem recurso a estímulo visual (vídeos), assim como a importância de envolver a parceira/o parceiro.

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas:

Durante a realização do treino dos exercícios de Kegel são avaliadas as dificuldades do doente e são discutidas necessidades de adaptação ao contexto particular da pessoa. A evolução dos sintomas urinários e queixas sexuais são avaliados através da análise dos questionários acima mencionados nos momentos de consulta presencial bem como através de acompanhamento telefónico.

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

J2.1. Elabora e implementa programa de treino das AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida:

São discutidos com o doente os produtos de apoio existentes no mercado para a incontinência urinária, mas também produtos que facilitem a ereção e permitam a expressão da sexualidade no caso de disfunção erétil. O doente é ensinado a utilizar corretamente estes dispositivos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social:

É discutido com o doente a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas no domicílio que atrasem/difícultem o acesso à casa-de-banho em situação de urgência urinária (tapetes, peças de mobiliário, iluminação adequada). O doente é informado da legislação que regula o acesso gratuito aos produtos para a incontinência urinária.

No que diz respeito ao desenvolvimento de **competências comuns do enfermeiro especialista**, trabalharam-se, sob supervisão do enfermeiro orientador, os domínios:

**A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

Verifica-se que todos os cuidados prestados aos doentes na Unidade são baseados na melhor evidência científica disponível, garantindo sempre uma prática baseada nos princípios éticos, legais e deontológicos.

**B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:**

- B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro: O foco é o doente, numa filosofia de cuidados centrada na pessoa e na sua família, garantindo a construção de um ambiente terapêutico e seguro de forma a desenvolver uma relação de confiança entre o EEER e o doente.

**C. Domínio da Gestão dos Cuidados:**

Foi possível observar a articulação entre o EEER e as enfermeiras de cuidados gerais da equipa: o fluxo de informação parte essencialmente das enfermeiras de cuidados gerais para o EEER no caso de avaliarem alterações importantes na continência urinária e/ou sexualidade que careça de uma resposta mais especializada. O EEER é o veículo de encaminhamento dos doentes para o médico assistente e/ou para outros profissionais mais capacitados para gerir a situação do doente no caso de a sua resposta não ser a mais benéfica.

**D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

Esta experiência permitiu reconhecer as lacunas e as potencialidades teórico-práticas na minha prática clínica no cuidado aos doentes com incontinência

urinária. Permitiu ainda o confronto com a necessidade de abertura e naturalidade em debater e aconselhar os doentes nas questões relativas à sexualidade, independentemente de eu ser mulher e da pessoa de quem cuido ser homem ou mulher. Foi fundamental a pesquisa bibliográfica realizada bem como a discussão das temáticas com o enfermeiro orientador, uma vez que esta não é a área onde desenvolvo a minha prática clínica. Foi também possível observar e participar em momentos informais de partilha e discussão de situações clínicas da Unidade, em que o EEER desempenhou um papel essencial na orientação dos restantes elementos face às situações expostas.

Desta forma, infere-se que apesar de este percurso em estágio ter sido relativamente curto, contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEER nos domínios das alterações da eliminação vesical e da sexualidade. As alterações na continência urinária podem gerar um défice de autocuidado na eliminação, sendo que a avaliação e intervenção nesta área se encontram no domínio das competências específicas do EEER. Da mesma forma, a vivência da sexualidade tem um forte impacto na participação social da pessoa, sendo que na presença de disfunção cabe ao EEER a avaliação das potenciais alterações, o planeamento e implementação de intervenções que maximizem a funcionalidade e a qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

- Hodges, P.W.; Stafford, R.E.; Hall, L.; Neumann, P.; Morrison, S.; Frawley, H.; Doorbar-Baptist, S.; Nahon, I.; Crow, J.; Thompson, J. & Cameron, A.P. (2020). *Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy*. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 38. pp354–371. DOI <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2019.12.007>
- INFARMED (s.d.). Resumo das características do medicamento - Cialis® 5mg. Disponível em [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cialis-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cialis-epar-product-information_pt.pdf), consultado em 18/12/2020.
- Lee, IY; Tung, MC; Hsu, CY; Yin, JH; Chang, YK; Weng, WC; Huang, LH; Huang, ZM; Yang, CK & Ou, YC. (2019). *Effect of Tadalafil on Erectile Function in Patients after Robotic-Assisted Radical Prostatectomy with Unilateral or Bilateral Nerve Sparing*. *Urol Sci*. 30(1). pp14-88. DOI 10.4103/UROS.UROS\_74\_18.
- Milios, J.E.; Ackland, T.R. & Green, D.J. (2019). *Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: a randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence*. *BMC Urology*. 19:116. DOI <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Rocha, C. & Redol, F. (2017) *Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal*. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-279). Loures: Lusodidacta.
- Sayner, A. & Nahon, I. (2020). *Pelvic Floor Muscle Training in Radical Prostatectomy and Recent Understanding of the Male Continence Mechanism: A Review*. *Seminars in Oncology Nursing*. 36. DOI <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151050>

**Anexos**

# Anexo I – Questionário IIEF-5: Índice Internacional da Função Eréctil



## Índice Internacional de Função Eréctil (IIFE-5) (Sexually Health Inventory for Men)

Nome: \_\_\_\_\_

CCC: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

A saúde sexual é parte importante do bem-estar físico e emocional do indivíduo. A disfunção eréctil é muito comum e afecta a saúde sexual. Felizmente existem várias opções terapêuticas para a disfunção eréctil. Este questionário destina-se a ajudar a identificar se tem disfunção eréctil. Se for esse o caso, poderá escolher discutir as opções terapêuticas com o seu médico.

Cada uma das perguntas tem diversas respostas possíveis. Coloque um círculo no número da resposta que **melhor descreve** o seu estado. Por favor, verifique que selecciona apenas uma resposta para **cada pergunta**.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

1 – Como classifica a sua confiança em conseguir ter e manter uma erecção?		Muito baixa	Baixa	Moderada	Elevada	Muito Alta
		1	2	3	4	5
2 – Quando teve erecções com estímulo sexual, com que frequência é que as suas erecções foram suficientemente rígidas para conseguir a penetração?	Não tive relações sexuais	Quase Nunca ou Nunca	Poucas vezes (menos de metade das vezes)	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	Quase sempre ou sempre
	0	1	2	3	4	5
3- Durante as relações sexuais, com que frequência foi capaz de manter a sua erecção após a penetração?	Não tentei ter relações sexuais	Quase Nunca ou Nunca	Poucas vezes (menos de metade das vezes)	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	Quase sempre ou sempre
	0	1	2	3	4	5
4- Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve em manter a sua erecção até ao fim da relação sexual?	Não tentei ter relações sexuais	Extrema dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade moderada	Ligeira dificuldade	Nenhuma dificuldade
	0	1	2	3	4	5
5- Quando tentou ter relações sexuais, com que frequência se sentiu satisfeito?	Não tentei ter relações sexuais	Quase Nunca ou Nunca	Poucas vezes (menos de metade das vezes)	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)	Quase sempre ou sempre
	0	1	2	3	4	5

**Anexo II – Questionário EPIC-26: *Expanded Prostate Cancer Index Composite – Short Form***



EPIC - 26

Expanded Prostate Cancer Index Composite

Short Form

Este questionário destina-se a medir parâmetros de Qualidade de Vida em doentes com cancro da Próstata. Para nos ajudar a obter uma avaliação mais precisa, é importante que a resposta a todas as perguntas de forma honesta e completa.

Como em qualquer registo médico, as informações contidas neste questionário são confidenciais.

Data (por favor insira a data após preenchimento completo do questionário): \_\_/\_\_/\_\_ (Dia / Mês / Ano)

Nome:

CCC:

Data de Nascimento:

1. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes perdeu urina?
- |                             |   |                     |     |
|-----------------------------|---|---------------------|-----|
| Mais de uma vez ao dia      | 1 |                     |     |
| Cerca de uma vez ao dia     | 2 |                     |     |
| Mais de uma vez por semana  | 3 | (Circule um número) | 23/ |
| Cerca de uma vez por semana | 4 |                     |     |
| Raramente ou nunca          | 5 |                     |     |
2. O que melhor descreve o seu controle urinário **durante as últimas 4 semanas?**
- |                          |   |                     |     |
|--------------------------|---|---------------------|-----|
| Nenhum controle urinário | 1 |                     |     |
| Gotejamento frequente    | 2 |                     |     |
| Gotejamento ocasional    | 3 | (Circule um número) | 26/ |
| Controle total           | 4 |                     |     |
3. Quantos pensos absorventes ou fraldas de adulto normalmente utilizou por dia para controlar as perdas de urina **durante as últimas 4 semanas?**
- |                          |   |                     |     |
|--------------------------|---|---------------------|-----|
| Nenhum                   | 0 |                     |     |
| 1 penso por dia          | 1 |                     |     |
| 2 pensos por dia         | 2 | (Circule um número) | 27/ |
| 3 ou mais pensos por dia | 3 |                     |     |
4. Quanto foi problemático para si cada uma das ocorrências seguintes **durante as últimas 4 semanas?**  
(Circule um número em cada linha)
- |  | <u>Nada</u><br><u>problemático</u> | <u>Muito pouco</u><br><u>problemático</u> | <u>Pouco</u><br><u>problemático</u> | <u>Moderadamente</u><br><u>problemático</u> | <u>Muito</u><br><u>problemático</u> |     |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-----|
| a. Gotejo ou perda de urina                                  | 0                                  | 1   | 2                                   | 3   | 4                                   | 28/ |
| b. Dor ou ardor ao urinar                                    | 0                                  | 1   | 2                                   | 3   | 4                                   | 29/ |
| c. Micção de urina com sangue                                | 0                                  | 1   | 2                                   | 3   | 4                                   | 30/ |
| d. Jacto urinário fraco ou esvaziamento incompleto da bexiga | 0                                  | 1   | 2                                   | 3   | 4                                   | 31/ |
| e. Necessidade frequente de urinar durante o dia             | 0                                  | 1   | 2                                   | 3   | 4                                   | 33/ |
5. De uma forma geral, quanto foi problemático para si a sua função urinária **durante as últimas 4 semanas?**
- |                            |   |                     |     |
|----------------------------|---|---------------------|-----|
| Nada problemático          | 1 |                     |     |
| Muito pouco problemático   | 2 |                     |     |
| Pouco problemático         | 3 | (Circule um número) | 34/ |
| Moderadamente problemático | 4 |                     |     |
| Muito problemático         | 5 |                     |     |



6. Quanto foi problemático para si cada uma das ocorrências seguintes?  
(Circule um número em cada linha)

	<u>Nada</u> <u>problemático</u>	<u>Muito pouco</u> <u>problemático</u>	<u>Pouco</u> <u>problemático</u>	<u>Moderadamente</u> <u>problemático</u>	<u>Muito</u> <u>problemático</u>	
a. Urgência para evacuar	0	1	2	3	4	49/
b. Aumento da frequência das evacuações	0	1	2	3	4	50/
c. Perda de fezes	0	1	2	3	4	52/
d. Fezes com sangue	0	1	2	3	4	53/
e. Dor abdominal / pélvica / rectal	0	1	2	3	4	54/

7. De uma forma geral, quanto foi problemático para si os seus hábitos intestinais **durante as últimas 4 semanas?**

Nada problemático	1					
Muito pouco problemático	2					
Pouco problemático	3	(Circule um número)				55/
Moderadamente problemático	4					
Muito problemático	5					

8. Como classificaria cada uma das ocorrências seguintes **durante as últimas 4 semanas?**  
(Circule um número em cada linha)

	Muito deficiente a <u>nula</u>	<u>Deficiente</u>	<u>Razoável</u>	<u>Boa</u>	<u>Muito boa</u>	
a. A sua capacidade de ter uma erecção?	1	2	3	4	5	57/
b. A sua capacidade de ter um orgasmo (climax)?	1	2	3	4	5	58/

9. Como descreveria a QUALIDADE habitual das suas erecções **durante as últimas 4 semanas?**

Absolutamente nenhuma	1					
Não suficientemente firmes para qualquer actividade sexual	2					
Firmes o suficiente, somente para masturbação e preliminares	3	(Circule um número)				59/
Suficientemente firmes para uma relação sexual	4					

10. Como descreveria a FREQUÊNCIA de suas erecções **durante as últimas 4 semanas?**  
(Circule um número)

NUNCA tive uma erecção quando queria ter	1					
Tive uma erecção em MENOS DA METADE das vezes quando queria ter uma	2					
Tive uma erecção em CERCA DE METADE das vezes quando queria ter uma	3	(Circule um número)				60/
Tive uma erecção em MAIS DA METADE das vezes quando queria ter uma	4					
Tive uma erecção SEMPRE que queria ter uma	5					

## Anexo III – IPSS: Índice Internacional dos Sintomas Prostáticos



Nome: \_\_\_\_\_

CCC: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Questionário IPSS		Nunca	Menos de 1 vez em cada 5	Menos de metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais de metade das vezes	Quase sempre
1	No último mês, quantas vezes ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga?	0	1	2	3	4	5
2	No último mês, quantas vezes teve de voltar a urinar menos de 2 horas depois?	0	1	2	3	4	5
3	No último mês, quantas vezes observou que ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes foi difícil conter a vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes teve um jacto urinário fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
		Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais
7	No último mês, quantas vezes em média teve de se levantar durante a noite para urinar?	0	1	2	3	4	5

IPSS pontuação total: \_\_\_\_\_

Qualidade de vida	Ótimo	Satisfeito	Na maioria das vezes satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Na maioria das vezes insatisfeito	Insatisfeito	Péssimo
Se tivesse que passar o resto da vida, urinando da forma como urina agora, como se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6

**Anexo IV – ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire**  
– Short Form

ICIQ - SF		
Nome:	CCC:	Data: __/__/__
<p>Muitas pessoas têm por vezes perda de urina. Pretendemos conhecer quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda. Agradecemos que nos respondesse às seguintes perguntas, considerando o seu passado, em média nas <b>ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS</b>.</p>		
1. Data de nascimento: 1960-06-04		
2. Sexo: Masculino		
3. Com que frequência perde urina? (assinale uma resposta)		
Nunca <input type="checkbox"/> 0		
Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1		
Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> 2		
Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3		
Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4		
Sempre <input type="checkbox"/> 5		
4. Gostaríamos de conhecer a quantidade de urina que pensa que perde. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não protecção) (assinale uma resposta)		
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0		
Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2		
Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4		
Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6		
5. De um modo geral, quanto é que o perder urina interfere na sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (nada) e 10 (muito)		
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10		
Nada <span style="float: right;">Muito</span>		
Pontuação ICIQ: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____		
6. Quando perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se lhe aplicam)		
Nunca <input type="checkbox"/>		
Perco antes de chegar à casa de banho <input type="checkbox"/>		
Perco quando tusso ou espirro <input type="checkbox"/>		
Perco quando estou a dormir <input type="checkbox"/>		
Perco quando faço exercício / actividades físicas <input type="checkbox"/>		
Perco quando acabei de urinar e me vesti <input type="checkbox"/>		
Perco sem motivo aparente <input type="checkbox"/>		
Sempre <input type="checkbox"/>		

## **Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem 2**

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem 2 –  
Unidade de Digestivo**

**Beatriz Lopes Domingues (5149)**

**Enfermeira Orientadora:**

████████████████████

**Professor Orientador:**

Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

—

**Lisboa  
dezembro 2020**

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
PRA	Programa de Recuperação Avançada
RFM	Reeducação funcional motora
RFR	Reeducação funcional respiratória

## **Experiências de Aprendizagem em Estágio na Unidade de Digestivo**

O presente Jornal de Aprendizagem reflete as experiências formativas desenvolvidas no decorrer do estágio na Unidade de Digestivo, na semana de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2020.

Em primeiro lugar será descrito, sucintamente, o funcionamento da Unidade. De seguida, serão espelhadas as aprendizagens desenvolvidas, as dificuldades sentidas neste campo de estágio e a sua relação com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

A Unidade de Digestivo é composta por três enfermeiras: uma EEER e duas enfermeiras de cuidados gerais.

São acompanhados pela equipa de enfermagem da Unidade:

- Doentes com patologia digestiva alta, colorretal, do pâncreas, vias biliares e fígado, em percurso terapêutico cirúrgico e/ou tratamento sistémico médico;
- Doentes do foro ginecológico submetidas a cirurgia de citorredução com ou sem perfusão de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal;
- Doentes com patologia acima citada em controlo sintomático exclusivo;
- Doentes com ostomias de eliminação intestinal.

Existe um programa de reabilitação implementado e bem estruturado, baseado nas recomendações da sociedade ERAS<sup>®</sup> (Gustafsson et al., 2013): o **Programa de Recuperação Avançada** (PRA). Este programa inclui todos os doentes submetidos a cirurgia colorretal e ginecológica, seja por via minimamente invasiva (laparoscopia ou cirurgia robótica) ou por laparotomia.

No pré-operatório o doente elegível para o PRA tem uma consulta programada com a EEER onde, para além da preparação pré-operatória protocolada, são introduzidos exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM).

Sabe-se que a implementação de técnicas de RFR no pré-operatório otimiza a condição do doente e permite uma melhor recuperação pós-operatória (Menoita & Cordeiro, 2012; Watanabe, Mamosaki, Susuzi & Abo, 2019).

São exemplos: treino de inspirometria de incentivo (suspensão temporariamente no contexto da pandemia), treino de respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global e seletiva, reeducação diafragmática global e das hemicúpulas, tosse com contenção da sutura operatória, treino de levantar e de transferências. São apresentados os exercícios de RFR e RFM a ser desenvolvidos no pós-operatório, sob supervisão do EEER e/ou fisioterapeuta, assim como os objetivos diários. Toda a informação é fornecida escrita em suporte papel.

Apesar de o PRA incorporar muitos dos elementos estudados na revisão realizada para o projeto de estágio, não engloba a pré-habilitação do doente, no que diz respeito ao aumento da capacidade funcional através do treino aeróbio, de endurance e de força muscular. Esta dificuldade prende-se essencialmente com o tempo decorrido entre a consulta de cirurgia onde é realizada a proposta cirúrgica e a data da cirurgia. Geralmente, este intervalo de tempo é inferior ou ronda os 7 dias. Para de facto existir benefício, a literatura recomenda um intervalo de tempo entre o início do programa e a data da cirurgia de cerca de quatro semanas (Awasthi et al., 2018; Barberan-Garcia et al., 2019; Bousquet-Dion et al., 2018; Gillis et al., 2014).

No decorrer da semana acompanhei a enfermeira orientadora na realização de consultas pré-operatórias incluídas no PRA. A maior dificuldade sentida foi na realização das técnicas de RFR, uma vez que foi o primeiro contacto com a implementação destas intervenções em contexto clínico. É exemplo a quantidade de força exercida durante os exercícios de abertura costal seletiva e de reeducação diafragmática (quer global quer de hemicúpulas) com resistência manual. No entanto, sob supervisão da enfermeira orientadora foi possível executar as técnicas de RFR mencionadas em todos os doentes no pré-operatório. Dada a experiência profissional prévia em unidade de cuidados intensivos não senti dificuldade na demonstração e no

treino da técnica do levante, das transferências, do inspirómetro de incentivo e da tosse com contenção da sutura.

Caso se preveja a construção de uma ostomia de eliminação intestinal, o doente passa ainda por uma consulta de estomaterapia pré-operatória, onde se inclui a marcação do local do estoma. Não existe um programa de reabilitação específico para doentes ostomizados que inclua a prevenção não invasiva da hérnia paraestomal. Sabe-se que a presença da hérnia paraestomal afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes ostomizados e tem um impacto negativo na capacidade funcional por diminuição da prática de atividade/exercício físico (North, 2014; Russell, 2017a; Russell, 2019).

De acordo com a literatura consultada, os doentes em maior risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal, no decorrer no 1º ano após a cirurgia são os portadores de colostomias definitivas (Thompson & Trainor, 2007; Russel, 2017b). Em menor risco de incidência de hérnia encontram-se os doentes portadores de ileostomia, seguindo-se as pessoas com uroestoma (Thompson & Trainor, 2007; Russel, 2017b).

No decorrer da semana foi possível participar num *webinar* promovido pela Convatec<sup>®</sup>, onde a fisiologista do exercício Sarah Russel (que também é ostomizada) apresentou o programa desenvolvido para prevenção da hérnia paraestomal e demonstrou a realização dos exercícios propostos.

Conciliando os documentos obtidos através da participação no *webinar* bem como a revisão da literatura efetuada (Thompson & Trainor, 2005; Thompson & Trainor, 2007; ASCN, 2016; Russell, 2017a; Russell, 2017b; Russell, 2019; Anderson et al., 2020) sugeri à equipa um programa de treino de exercícios adaptado aos doentes da Unidade. Dada a elevada casuística de doentes com ostomia de eliminação intestinal, foi possível planear e executar uma sessão de formação informal sobre esta temática. A sessão foi dirigida aos enfermeiros das equipas de digestivo e de urologia, e à equipa cirúrgica da Unidade de Digestivo.

O programa de treino de exercícios sugerido será inicialmente implementado na Unidade de Digestivo aos doentes submetidos a cirurgia de

amputação abdominoperineal, dado que estes serão portadores de colostomia definitiva, e desta forma encontram-se em maior risco de desenvolvimento de hérnia paraestomal.

Como espelhado, o percurso de estágio na Unidade de Digestivo foi relevante para o desenvolvimento das seguintes **competências específicas do EEER**:

**J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade:

O doente é avaliado tendo em consideração a sua capacidade para a execução dos exercícios de RFR no domicílio bem como da capacidade e destreza manual para os cuidados à ostomia de eliminação.

É envolvido o cuidador informal. É avaliada a resposta psicossocial do doente e cuidador às informações transmitidas, no que diz respeito à alteração a imagem corporal e défice de autocuidado relacionado com a presença da ostomia.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade:

É discutido com o doente a importância da adesão ao programa RFR para casa. São discutidos os objetivos do PRA a atingir em cada momento no pós-operatório.

É também abordado os momentos em que haverá acompanhamento em estomaterapia (durante o internamento e após a alta). É realizada uma pequena demonstração dos materiais a utilizar no cuidado ao estoma. É realizada a marcação do local da ostomia de acordo com o tipo de cirurgia, as particularidades anatómicas e as preferências do doente.

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade:

No decorrer da consulta pré-operatória são demonstradas e treinadas as técnicas de RFR e de RFM mencionadas.

#### J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas:

Durante o decorrer do treino das técnicas de RFR e RFM é avaliada a resposta do doente ao exercício e, caso seja necessário, os exercícios são adaptados às necessidades individuais do doente.

No caso da estomaterapia, em cada momento é avaliada a autonomia e a capacidade de autocuidado no que diz respeito à eliminação intestinal, bem como é aplicado o questionário da qualidade de vida para portadores de ostomia (Anexo I).

### **J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

#### J2.1. Elabora e implementa programa de treino das AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida:

São discutidos com o doente os produtos de apoio existentes no mercado para o cuidado às ostomias. O doente é ensinado a utilizar corretamente os dispositivos de ostomia e acessórios, bem como é realizado treino presencial de troca e aparelhagem do novo material. É envolvido o cuidador.

São apresentadas estratégias de conservação de energia e sugeridas alterações para o desempenho das atividades de vida diária, se o doente apresenta fadiga pós-operatória.

#### J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social:

É promovido a gestão do espaço no domicílio que facilite o autocuidado: acesso fácil e rápido à casa-de-banho, espelho à altura da cintura, água corrente. É explicado ao doente a legislação em vigor que regula o acesso gratuito aos dispositivos e acessórios de ostomia mediante prescrição do médico de família.

É abordada a necessidade de levar consigo um kit completo de produtos de ostomia quando sai de casa, bem como o material necessário para viagens.

Existe na instituição uma casa-de-banho adaptada exclusivamente para doentes ostomizados realizarem a troca do dispositivo. Esse espaço é

igualmente utilizado pela equipa de digestivo para treino do autocuidado eliminação, incluindo treino de irrigação intestinal.

### **J3 – Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

#### J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório:

Com o objetivo de potenciar a capacidade funcional o doente é instruído a realizar treino aeróbico (caminhadas de 30 minutos por dia) e as técnicas de RFR já mencionadas.

No que diz respeito ao desenvolvimento de **competências comuns do enfermeiro especialista**, trabalharam-se, sob supervisão do enfermeiro orientador, os domínios:

#### **A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

Todos os cuidados prestados aos doentes na Unidade são baseados na melhor evidência científica disponível, garantindo sempre uma prática baseada nos princípios éticos, legais e deontológicos.

#### **B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:**

Com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, a EEER facilitou a implementação do projeto de estágio na Unidade, tendo por base a evidência científica apresentada relativamente à prevenção não invasiva da hérnia paraestomal. É política da instituição a filosofia de cuidados centrados na pessoa. O foco é o doente e a sua família, garantindo a construção de um ambiente terapêutico e seguro de forma a desenvolver uma relação de confiança entre o EEER e o doente.

#### **C. Domínio da Gestão dos Cuidados:**

A equipa médica e anestésica que avalia o doente articula com a EEER a consulta pré-operatória de enfermagem. Na impossibilidade de realizar todas as consultas pré-operatórias, a EEER delega nas colegas de cuidados gerais da equipa a educação teórica do doente relativamente ao PRA e aos objetivos a serem atingidos posteriormente. No entanto, no caso de após avaliação do

doente se perceber que seria mais benéfico a consulta ser realizada com a EEER, esta organiza o plano de trabalho de forma a dar resposta a estes doentes. Todos os doentes são discutidos entre a equipa, como forma de aprendizagem informal das situações de cuidados.

#### **D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

A experiência de estágio na Unidade de Digestivo permitiu compreender na prática a importância da otimização do doente e da sua capacidade funcional pré-operatória. O confronto com a pesquisa bibliográfica revela a dificuldade em instituir um programa de pré-habilitação, quer em termos de recursos humanos quer no tempo que decorre entre a proposta cirúrgica e a data da cirurgia. No entanto, dado a evidência científica disponível, os doentes elegíveis para PRA são avaliados pela EEER e são desenvolvidas as intervenções de RFR e RFM pré-operatórias.

A possibilidade de realizar uma sessão de formação e a posterior implementação de um projeto de reabilitação (prevenção não invasiva da hérnia paraestomal) torna-se essencial para os processos de aprendizagem em contexto de trabalho, assim como revela as competências de investigação que possui.

Demonstra-se, desta forma, o papel essencial da EEER na equipa de enfermagem na unidade de digestivo.

O campo de estágio na Unidade de Digestivo revelou-se um momento de aprendizagem muito significativo, dado que permitiu desenvolver competências teórico-práticas nos domínios da reeducação funcional respiratória e motora, assim como numa área de interesse pessoal – estomaterapia. Foi uma semana de muito trabalho e dedicação, que culminou na possibilidade de iniciar a implementação de um programa de prevenção não invasiva da hérnia paraestomal. Este traduz-se na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, baseado na melhor evidência científica, e com o objetivo máximo de promover a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida destes doentes. São, desta forma, espelhadas competências do enfermeiro especialista e do EEER em particular.

## Referências Bibliográficas

- Andersen, R.M.; Thomsen, T.; Danielsen, A.K.; Gögenur, I.; Alkjær, T.; Nordentoft, T.; Possfelt-Møller, E. & Vinther, A. (2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: [10.1080/09638288.2020.1771620](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620).
- ASCN (2016). ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK. Disponível em: <https://www.sath.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Stoma-Care-Guidelines.pdf>
- Awasthi, R.; Minella, E.M.; Ferreira, V.; Ramanakumar, A.V.; Scheede-Bergdahl, C. & Carli, F. (2018). Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection. *Acta Anaesthesiol Scand*. 63:461-467. DOI: [10.1111/aas.13292](https://doi.org/10.1111/aas.13292).
- Barberan-Garcia, A.; Ubre, M.; Pascual-Argente, N.; Risco, R.; Faner, J.; Balust, J.; Lacy, A.M.; Puig-Junoy, J.; Roca, J. & Martinez-Palli, G. (2019). Post-discharge impact and cost-consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 123 (4): 450-456. DOI: [10.1016/j.bja.2019.05.032](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.05.032).
- Bousquet-Dion, G.; Awasthi, R.; Loiselle, SE.; Minnella, E.M.; Agnihotram, R.V.; Bergdahl, A.; Carli, F. & Scheede-Bergdahl, C. (2018). Evaluation of supervised multimodal prehabilitation programme in cancer patients undergoing colorectal resection: a randomized control trial. *Acta Oncológica*. DOI: [10.1080/0284186X.2017.1423180](https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1423180).
- Gillis, C.; Li, C.; Lee, L.; Awasthi, R.; Augustin, B.; Gamsa, A.; Liberman, S.; Stein, B.; Charlebois, P.; Feldman, L.S.; Carli, F. (2014). Prehabilitation versus Rehabilitation A Randomized Control Trial in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer. *Anesthesiologists*. 121:937-47. DOI: [10.1097/ALN.0000000000000393](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000393).
- Gustafsson, U.O.; Scott, M.J.; Scwenk, W.; Demartines, N.; Roulin, D.; Francis, N.; McNaught, C.E.; MacFie, J.; Liberman, A.S.; Soop, M.; Hill, A.; Kennedy, R.H.; Lobo, D.N.; Fearon, K. & Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for Perioperative

Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society. *World J Surg.* 37:259–284. DOI: [10.1007/s00268-012-1772-0](https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0).

Menoita, E.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.

North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing.* 23(5): S14-S18. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14).

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Russell, S. (2017a). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement).* 26(5): 820-826. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.5.S20](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.S20).

Russell, S. (2017b). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing (Stoma Supplement).* 26(17): S12-S18. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.17.S12](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12).

Russell, S. (2019). Exercise After Ostomy Surgery and Peristomal Hernia. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 46(3):215-218.

Silva, J.O.; Gomes, P.; Gonçalves, D.; Viana, Charlene; Nogueira, F.; Goulart, A.; Leão, P.; Mota, M.J.; Peixoto, P.; Mesquita Rodrigues, A. & Martins, S.F. (2019). Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *Journal of Coloproctology.* 39(1):48-55. DOI: [10.1016/j.jcol.2018.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006).

Thompson, M.J. & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing.* 3(2): 23-27.

Thompson, M.J. (2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*. 5(3): 22-28.

Watanabe, T.; Momosaki, R.; Suzuki, S.; Abo, M. (2019). Preoperative rehabilitation for patients undergoing colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer*. 28(5): 2293-2297. DOI: [10.1007/s00520-019-05061-z](https://doi.org/10.1007/s00520-019-05061-z).

**Anexos**

## Anexo I – Questionário StomaCare QoL Questionnaire

Fonte: adaptado de North, 2014; Silva et al., 2018.

	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Sinto-me ansioso quando o saco está cheio.				
Preocupo-me que o saco se descole.				
Sinto a necessidade de saber onde é o wc mais próximo.				
Preocupo-me que o saco cheire mal.				
Preocupo-me com os sons do estoma.				
Preciso de descansar durante o dia.				
O meu saco limita o tipo de vestuário que posso utilizar.				
Sinto-me cansado durante o dia.				
O meu estoma faz-se sentir sexualmente pouco atraente.				
Durmo mal durante a noite.				
Preocupo-me que o meu saco se movimente.				
Sinto-me embaraçado do meu corpo por causa do estoma.				
É difícil para mim dormir fora de casa de uma noite para a outra.				
É difícil esconder o facto de que uso um saco.				
Preocupo-me que a minha condição seja um fardo para as pessoas próximas de mim.				
Evito contacto físico próximo com os meus amigos.				
O meu estoma torna difícil para mim estar com outras pessoas.				
Tenho receio de conhecer pessoas novas.				
Sinto-me sozinho mesmo quando estou com outras pessoas.				
Preocupo-me que a minha família se sinta estranha perto de mim.				