



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação do adulto internado

Beatriz de Almeida Mónica da Costa

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação do adulto internado

Beatriz de Almeida Mónica da Costa

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Carlos Manuela Leitão Maia

Orientador: Maria José Bule

Setúbal, 2023

“As espécies que sobrevivem não são as mais fortes, nem as mais inteligentes, e sim aquelas que se adaptam melhor às mudanças”

Charles Darwin

DEDICATÓRIA

Este relatório é dedicado, a todos os doentes que ao longo deste percurso aceitaram serem cuidados por mim, que permitiram que eu fosse parceira no seu processo de recuperação, em situação de doença e de reabilitação da sua funcionalidade. Que mesmo nos dias mais difíceis, permitiram a minha presença, ouviram as minhas palavras de incentivo e apoio. Foi com eles, que implementei na realidade e para a prática, os meus conhecimentos, que foi possível adquirir experiência real dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Foi com os doentes que percebi finalmente o que significa reabilitar, através dos ganhos obtidos a cada dia, com empenho e dedicação, com a força e motivação que caracterizam a essência do ser humano.

AGRADECIMENTOS

A primeira pessoa a quem agradeço é alguém que já não está, mas foi quem me disse pela primeira vez que eu devia de procurar o conhecimento e não parar, que queria que eu fizesse a especialidade mesmo antes de poder fazer, que há muitos anos me deixou palavras como perseverança e tenacidade. Obrigada pai.

Agradeço à minha mãe, que possibilitou que este objetivo se concretizasse, que me deu o seu apoio incondicional em todos os sentidos, sem ti nada disto seria possível.

Quero agradecer à minha orientadora, pela paciência, exigência, orientação que delinearão de uma forma muito característica este percurso, graças a si sinto-me preparada para prestar cuidados especializados, com vontade de fazer a diferença.

Agradeço à minha chefe, Enf.^a Dulce que me incentivou a dar este “salto”.

Agradeço ao meu colega de trabalho que aceitou iniciar esta aventura comigo, e quem me ajudou, a iniciar este percurso, David Silva, a quem desejo muito sucesso. E às minhas amigas que me incentivaram, motivaram e ajudaram a ganhar forças nos momentos mais difíceis, Cátia Sousa e Tânia Costa.

O meu obrigada também, às enfermeiras orientadoras, por terem contribuído, para a minha formação enquanto estudante da especialidade, convosco aprendi não só reabilitação, mas como manter-me segura nas convicções apesar das adversidades e dificuldades com que nos deparamos.

Um especial agradecimento às minhas irmãs Cláudia e Patrícia, Joana e Lina, que ouviram meus desabafos e transmitiram-me tranquilidade nos momentos que precisei. Obrigada Adalberto por teres dado apoio quando te foi possível.

E por último, mas não menos importante, antes pelo contrário, um muito obrigada aos meus filhos Davi e Gabriel, por terem abdicado tanto tempo com a mãe, tantos fins-de-semana, tantas histórias na hora de dormir, porque a mãe não estava “disponível”, ou tinha “trabalhos no computador”. Desejo que a minha perseverança vos tenha ensinado algo de bom, “nunca podemos desistir de um objetivo ao qual nos propomos, mesmo que seja difícil”.

RESUMO

A adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, é um fator relevante para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente na recuperação funcional do adulto internado e foi o tema do projeto de intervenção desenvolvido dos estágios. Segundo Virgínia Henderson, a pessoa tem necessidades que requerem ser satisfeitas para que se obtenha um estado de saúde subjetivo, que condicionam a sua qualidade de vida e recuperação funcional. A metodologia de estudos de caso segundo as etapas do processo de enfermagem permitiu concretizar os objetivos de desenvolvimento de competências na área de especialidade, caracterizar fatores de não adesão aos cuidados e identificar estratégias de intervenção de ER promotoras da adesão e da recuperação funcional. Foram realizados quatro estudos de caso com participantes que aceitaram integrar o projeto. Os resultados revelam que a presença de dor favorece a não adesão e o envolvimento da família, a ausência de agudização da doença e o estado psicológico e/ou emocional favoráveis como influenciadores da adesão.

Palavras-chave: Adesão aos cuidados; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Adherence to Rehabilitation Nursing care is a relevant factor for obtaining health gains, namely in the functional recovery of hospitalized adults and was the theme of the intervention project developed in the internships. According to Virginia Henderson, the person has needs that need to be satisfied in order to obtain a subjective state of health, which condition their quality of life and functional recovery. The methodology of case studies according to the stages of the nursing process allowed the achievement of the objectives of developing competencies in the area of specialty, characterizing factors of non-adherence to care and identifying strategies for RE intervention that promote adherence and functional recovery. Four case studies were carried out with participants who agreed to join the project. The results reveal that the presence of pain favors non-adherence and family involvement, the absence of exacerbation of the disease, and the favorable psychological and/or emotional state as influencers of adherence.

Keywords: Treatment Adherence; Rehabilitation Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário da República

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

EVA - Escala Visual Analógica

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

MCR - MS – *Medical Council Research – Muscle Scale*

MCR - DQ – *Medical Council Research – Dyspnea Questionary*

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MPC – Mobilização Passiva Contínua

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMCQCEE – Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Especialidade de Enfermagem

PRR - Programa de Reabilitação Respiratória

SaO₂ - Saturação de Oxigénio

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	17
2.2. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	18
2.3. ADESÃO AO TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO.....	19
2.4. TEORIA EM ENFERMAGEM VIRGÍNIA HENDERSON	23
3. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	26
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	26
3.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	26
3.1.2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA	27
3.1.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	27
4. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS:	28
4.1. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS EM ORTOPEDIA.....	28
4.2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS NO ESTÁGIO FINAL.....	30
4.2.1. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA	30
4.2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	31
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO	34
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS – ESTUDOS DE CASO	36
6.1. ESTUDO DE CASO A	36
6.2. ESTUDO DE CASO B.....	50
6.3. ESTUDO DE CASO C.....	60
6.4. ESTUDO DE CASO D	65

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
8. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE.....	81
8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	81
8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	85
8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	88
9. CONCLUSÃO	90
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio	98
Apêndice II – Estudo de Caso A	113
Apêndice III – Estudo de Caso B	132
Apêndice IV- Estudo de Caso C	154
Apêndice V – Estudo de Caso D	164
Apêndice VI – Consentimento informado	181
Apêndice VII – Pedido de parecer à comissão de ética	184

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento	188
Anexo II – Entrevista Direcionada	193
Anexo III – Escala de Equilíbrio de Berg	195
Anexo IV – MRC – MS - <i>Medical Council Research – Muscle Scale</i>	203
Anexo V – MCR - DQ – <i>Medical Council Research – Dyspnea Questionary</i>	205
Anexo VI – Índice de Barthel	207
Anexo VII – MMSE - <i>Mini Mental Scale Examination</i>	210
Anexo VIII – Escala de Morse	214
Anexo IX – Escala de Braden	216
Anexo X – Escala de Coma de Glasgow	221
Anexo XI – Escala Visual Analógica da Dor	223
Anexo XII - Grelha de síntese dos artigos de estudo	225

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Barthel, estudo de caso A	39
Tabela 2 – Foco Adesão ao Tratamento de Reabilitação Estudo de Caso A	42
Tabela 3 – Foco Cognição Estudo de Caso A	44
Tabela 4 – Foco Dor Estudo de Caso A	45
Tabela 5 – Foco Equilíbrio Estudo de Caso A	45
Tabela 6 – Foco Movimento Corporal Estudo de Caso A	47
Tabela 7 – Foco Ventilação Estudo de Caso A	49
Tabela 8 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso B	53
Tabela 9 – Foco Ventilação, Estudo de Caso B	54
Tabela 10 – Foco Intolerância à atividade, Estudo de Caso B	56
Tabela 11 – Foco Movimento corporal, Estudo de Caso B	58
Tabela 12 - Avaliação da dispneia através do MRC – DQ, Estudo de caso C	61
Tabela 13– Foco Adesão ao Tratamento de reabilitação, Estudo de Caso C	62
Tabela 14 – Foco Ventilação, Estudo de Caso C	63
Tabela 15 – Foco Movimento corporal (membros inferiores), Estudo de Caso C	64
Tabela 16 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso D	68
Tabela 17 – Foco Ventilação, Estudo de Caso D	69
Tabela 18 – Foco Limpeza da via aérea, Estudo de Caso D	71
Tabela 19 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso D	74
Tabela 20 – Fatores de adesão ao tratamento de reabilitação	78

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório do Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, tem como objetivo geral, relatar o trabalho e competências desenvolvidos no decorrer do Estágio em enfermagem de reabilitação e o Estágio final, unidades curriculares integrantes no plano de estudos. Aqui, deve constar, como foram desenvolvidos os planos de avaliação diagnóstica e as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no adulto internado e os resultados significativos dos cuidados.

O relatório foi elaborado, segundo as orientações da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com utilização da 7ª edição da American Psychological Association (APA) para a referência bibliográfica.

Após a formação teórica que teve a duração de quase dois semestres, em que o contexto vivido foi nas salas de aulas, aulas zoom, com aulas teóricas, ou mesmo nas aulas práticas de laboratório, seguiu-se outro contexto desta complexa e diferenciada formação, passar da teoria à prática real, os estágios. “Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos” (Alarcão & Rua, 2005, pp. 374). Este processo contínuo estende-se da teoria até à prática, que se torna essencial para integrar as componentes apreendidas nas disciplinas (Alarcão & Rua, 2005), que são as estruturas do saber. Os estágios são as unidades curriculares integrantes da formação em enfermagem, que têm um papel facilitador do desenvolvimento das capacidades e competências para a prática de enfermagem (Silva & Silva, 2016), “a competência só existe quando é aplicada” (Silva & Silva, 2016, pp. 104).

Da evidência nasce o conhecimento, e o conhecimento é base da prática que por sua vez dá lugar a evidência. É neste ciclo crescente, que a enfermagem emerge e se desenvolve. Os estágios possibilitam consolidar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares, ou disciplinas teórico-práticas, “através de interações com situações reais em contextos diferenciados” como explica Alarcão e Rua (2005, pp. 376), no caso destes estágios, em situações reais de doentes adultos, que necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

São objetivos específicos, demonstrar como foram desenvolvidas as competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do doente adulto com alterações da função respiratória, cardíaca, motora e/ou neurológica; identificar

fatores que interfiram na adesão do adulto internado, ao tratamento de Enfermagem de Reabilitação; e como foram definidas as estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do adulto internado ao tratamento de Enfermagem e Reabilitação, tendo em conta as componentes físicas e psicossociais da pessoa de acordo com o processo de enfermagem segundo Virgínia Henderson. (Alligood e Tomey, 2002).

Consta deste relatório a fundamentação, e são apresentadas as formas como foram desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação de acordo com os regulamentos publicados no ano de 2019, e por fim as competências de mestre de acordo com os descritores de Dublin que constam do projeto *Tunning*.

Os estágios foram selecionados tendo em conta as propensões profissionais, relativamente a cada área de intervenção de reabilitação, tendo em conta fatores de gestão pessoal/profissional e de acordo com as oportunidades disponíveis a nível institucional.

Os estágios tiveram lugar numa só instituição, um Hospital Distrital, em três serviços diferentes, de diferentes valências, o Estágio de Enfermagem de Reabilitação foi desenvolvido no serviço de Ortopedia, especialidade cirúrgica, e o Estágio final teve lugar em dois serviços distintos, divididos num período mais prolongado, de 10 semanas dedicadas à reabilitação cardíaca, respiratória e motora especificamente, no serviço de Cardiologia, e posteriormente 6 semanas dedicadas à reabilitação motora, neurológica e respiratória na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

No início de todo o processo precedente aos estágios, foi identificado um foco transversal a toda a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que é de extrema importância para o seu sucesso, nomeadamente a adesão ao regime de tratamento, de reabilitação especificamente, dirigido ao adulto internado, ao nível das funções, neurológicas, respiratórias, cardíacas e ortopédicas. Este é um fator essencial à recuperação do doente, ou ele adere ao tratamento, ou não. Ao longo deste percurso, consegue-se perceber que por vezes, inicialmente, poderá existir uma renitência à adesão, mas cabe ao enfermeiro especialista conseguir negociar com o doente, possibilitando que este participe no planeamento do seu tratamento. Respeitando as condicionantes apresentadas pelo doente, o enfermeiro especialista, ocupa um lugar de parceria neste percurso, ganhando a confiança e a empatia do doente alvo dos cuidados. De certa forma, esta abordagem trás ao enfermeiro

especialista uma visão sobre a importância do papel do doente na sua própria recuperação, e que a sua colaboração aumenta a dimensão dos ganhos na saúde do mesmo.

No serviço de Ortopedia, o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, depende muito das características individuais de cada doente. Foi possível perceber que, no doente adulto ou jovem adulto, grande parte das situações clínicas estavam relacionadas com natureza de trauma em contexto de acidente, seja de trabalho ou de viação. Maioritariamente são doentes com um elevado potencial para o conhecimento e capacidade de recuperação, e a natureza da motivação, incide maioritariamente na recuperação total da funcionalidade, readquirindo a independência com o objetivo de regressar a uma vida ativa como anteriormente. Em relação ao doente adulto idoso, as situações mais frequentes são de diagnósticos de fraturas de natureza traumática, por queda, ou por lesão articular associada a processos degenerativos ou inflamatórios, osteoartrose. No idoso, verifica-se uma expectativa de reabilitação, para recuperação da sua funcionalidade, que é depender o mínimo possível de terceiros, e frequentemente o potencial de conhecimento e de capacidade de recuperação está comprometido, devido a antecedentes pessoais. Foi trabalhada a adesão ao tratamento de reabilitação proposto e foram obtidas experiências que contribuíram para a aprendizagem, desenvolvimento de competências, fundamentalmente de reabilitação motora, e respiratória no caso do doente cirúrgico, na preparação do pré e pós-operatório.

No Estágio final, que teve início no serviço de Cardiologia, foi reconhecida uma faixa etária variável entre os 40 e os 80 anos na sua maioria. Os doentes mais jovens, internados geralmente em contexto de evento agudo, na sua maioria apresentavam fatores de risco de stress, tabagismo e alcoolismo, com uma vida sedentária. Doentes com elevado potencial de recuperação, raramente com alterações na sua funcionalidade, mas com uma grande necessidade de educação para a saúde, reforço de ensino de comportamentos saudáveis e de consciencialização dos riscos existentes caso não ocorra uma mudança nos hábitos de vida. Os doentes adultos idosos, habitualmente estão internados, por questões de patologia cardíaca crónica, com necessidade de monitorização a ajustes terapêuticos. São doentes que por agravamento da sua doença estão condicionados relativamente às atividades de vida diária, devido a uma intolerância à atividade, e cada vez mais dependentes. Nestes casos, foi necessário elaborar um plano de tratamento, adaptado às suas capacidades, com objetivo de os habilitar a continuarem as suas atividades, recuperando a sua funcionalidade. Foi necessário desenvolver estratégias adaptativas e ajudá-los a compreenderem quais os seus limites.

Muitos destes doentes, detentores de uma situação clínica, em que a resolução passa por uma intervenção cirúrgica, mais ou menos invasiva, necessitam de um plano de exercícios essenciais no pré e pós-operatório. Neste contexto, trabalhou-se essencialmente na prevenção de complicações respiratórias adversas à intervenção e recuperação de funcionalidade que poderá ficar, numa fase pós-operatória inicial, condicionada.

A continuidade do Estágio final, teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos, uma unidade polivalente que recebe doentes de todas as faixas etárias da idade adulta, sendo a sua maioria em contexto de monitorização e recuperação pós-operatória, e doentes com elevado comprometimento ou mesmo falência da função dos sistemas renal e/ou respiratório. São doentes com diagnósticos de natureza complexa, que exigem do enfermeiro, cuidados diferenciados, como os cuidados especializados de reabilitação. Apesar do preconceito que este doente está inconsciente, observou-se uma incidência significativa de doentes com nível de consciência superior a 9 na escala de coma de Glasgow, o que possibilitou, além de desenvolver competências a nível das funções motora e respiratória, trabalhar o tema do projeto de estágio, a adesão do adulto internado ao tratamento de reabilitação. Revelou-se muito interessante ter a oportunidade de observar a evolução no doente de cuidados intensivos, e de como a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, pode ser significativa na sua melhoria.

O projeto de estágio (Apêndice I), desenvolvido para servir de suporte e orientação aos ensinamentos clínicos e respetivo relatório, teve como objetivos, desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no adulto internado, procurando desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do doente adulto com alterações da função respiratória, cardíaca e/ou neurológica; identificar fatores que interfiram na adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem de reabilitação; definir estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem e reabilitação.

Este relatório está dividido em capítulos de desenvolvimento textual, nomeadamente no segundo capítulo é escrito um enquadramento conceptual, que abrange temas como a reabilitação em enfermagem, a prática baseada na evidência e a adesão do doente ao tratamento de reabilitação, que engloba a análise dos artigos obtidos na revisão da literatura, e por fim a teoria de enfermagem de Virgínia Henderson, que serve de base para a realização

do processo de enfermagem. No terceiro capítulo, consta a apreciação do contexto dos estágios, nomeadamente dos serviços de internamento de Ortopedia, de Cardiologia, e a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). No quarto capítulo é desenvolvida a análise da produção dos cuidados, especializados em enfermagem de reabilitação, nos três campos de estágio onde foram realizados os estágios do *curriculum* do mestrado. No quinto capítulo é apresentado o projeto de estágio, elaborado previamente ao estágio final, com o objetivo de orientar o trabalho desenvolvido ao longo desse percurso. O sexto capítulo é composto pelos estudos de caso desenvolvidos ao longo dos estágios, uma apresentação com ênfase na avaliação do doente, planos de cuidados e resultados obtidos, com possibilidade de consulta dos estudos completos nos apêndices referidos. No sétimo capítulo, são apresentadas as competências adquiridas ao longo deste percurso académico, nomeadamente as Competências Comuns de Especialista, competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre. Por fim no capítulo oito, é apresentada a conclusão deste relatório.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O início da Enfermagem de Reabilitação a nível global, remete para o ano de 1947, quando nos Estado Unidos da América, os seus soldados retornam a casa, vindos da 2ª Guerra Mundial, com sequelas deixadas pela guerra. Muitos homens regressam a casa vivos, mas portadores de limitações, devido, na sua maioria a amputações, e que só assim puderem preservar suas vidas. Da necessidade de os reabilitar, e promover a sua independência tendo em conta as limitações, desenvolveu-se a Medicina Física e Reabilitação, com o grande impulsionador Dr. Rusk (Castanheira et al, 2002).

Em Portugal, não muito mais tarde, na década de 50, devido a um acontecimento ocorrido com alguém próximo a Oliveira Salazar, que teve de procurar cuidados de reabilitação na Alemanha, despertou o interesse, do provedor da Santa casa da Misericórdia em Lisboa, o que conduziu à procura do conhecimento nesta área. Neste contexto, surge a necessidade de construir um centro de reabilitação em Portugal, dedicado ao tratamento de deficientes motores. Não havendo formação especializada, foram enviados profissionais para o estrangeiro para obterem formação na área, nomeadamente nos Estados Unidos entre os anos de 1964 e 1967. (Castanheira, et al, 2002).

As enfermeiras detentoras da formação especializada em Enfermagem de Reabilitação, ficaram responsáveis por formar outros enfermeiros nesta mesma área, sendo que, o primeiro Curso de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, teve início em outubro de 1965. E assim começou a história da Enfermagem de Reabilitação em Portugal, que perpetua e prevalece até aos dias de hoje (Castanheira, et al, 2002). Segundo dados obtidos através da Ordem dos Enfermeiros, existem atualmente 5165 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Inicialmente os especialistas eram representados pela Comissão de Especialidade, que atualmente é denominada de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, estão publicadas em Diário da República em maio de 2019.

2.2.A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Atualmente não podemos falar sobre desenvolvimento na prática de enfermagem, cuidados de enfermagem gerais ou especializados sem basearmos essa mesma prática na evidência. A adoção desta metodologia, tem como objetivo acurar as decisões tomadas em contexto clínico e permitir a melhor concretização possível dos cuidados de saúde (Apóstolo, 2017). Este autor refere ainda que a Prática Baseada na Evidência (PBE), suporta de certa forma uma construção de prática de cuidados, melhor possível, tendo em conta a evidência obtida e disponível para estudo, e fatores como o contexto dos cuidados, a individualidade do doente e a apreciação que o profissional de saúde faz dos dados obtidos (Apóstolo, 2017).

A evidência possibilita respostas, soluções e esclarecimentos sobre as necessidades em equação e tendo em conta o contexto, a natureza da temática que está a ser estudada (Apóstolo, 2017). Existem diversos modelos de estudo que servem de orientação para esta prática, e inicialmente não foi fácil perceber qual a metodologia mais adequada para este trabalho, tendo em conta a complexidade como já foi referido. Após um período de reflexão e de leitura e com a orientação pedagógica, optou-se por uma metodologia de revisão integrativa de literatura, sendo que nas pesquisas precoces, entendeu-se que a temática em equação, não tem sido muito estudada ao longo dos últimos anos, e a tipologia dos estudos é variada. Esta metodologia entre outros fatores é a elegida para temas sobre os quais se identifiquem de lacunas nas áreas de estudos (Mendes et al., 2008). Devido à possibilidade de poder integrar dados de literatura teórica e empírica, amplia-se a variedade de dados que podem ser obtidos através das pesquisas. “As revisões integrativas são o tipo mais amplo de métodos de revisão de pesquisa que permitem a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de compreender melhor um fenómeno preocupante” (Whittemore & Knafl, 2005, p.548). A revisão integrativa da literatura, possibilita obter uma expressão abrangente de “conceitos, teorias ou problemas de saúde complexos de importância para a enfermagem” (Whittemore & Knafl, 2005, p. 547). Esta abrangência possibilita uma compreensão mais holística sobre o tema, a problemática que se quer estudar e conhecer.

Também Sousa et al (2017) conclui, que através desta metodologia é possível obter informações mais abrangentes acerca de um assunto ou problema resultando num conhecimento mais abrangente com rigor metodológico, e transferir o novo conhecimento, evidência, para a prática clínica. Segundo os mesmos autores (Sousa et al, 2017), a revisão integrativa da literatura deve ser considerada uma metodologia válida para a prática baseada

na evidência, e atualmente torna-se uma metodologia essencial para a aquisição de conhecimento na enfermagem portuguesa.

Partindo destes pressupostos, formulou-se a questão de partida para a pesquisa realizada, “Quais os fatores que influenciam na adesão do doente adulto ao tratamento de reabilitação?”. Foi primeiramente realizada pesquisa de descritores válidos, DeCS e foram identificados dois, enfermagem em reabilitação e adesão ao tratamento. A partir destes descritores iniciou-se a pesquisa na base de dados EBSCO-host. A pesquisa foi feita através da frase booleana “enfermagem em reabilitação *and* adesão ao tratamento”, com filtros de texto completo, revisto pelos pares, nos idiomas português, espanhol e inglês, no período compreendido entre 2017 e 2023. Desta pesquisa resultaram 10 artigos, em que foi critério de exclusão, artigos que não abrangessem o tratamento de reabilitação, ficando restrita a 5 artigos válidos para análise.

O objetivo desta pesquisa é responder à questão inicialmente enunciada, por forma a identificar os fatores que interferem na adesão do doente ao tratamento de reabilitação proposto pelo Enfermeiro de Reabilitação e adquirir conhecimentos baseados na evidência, sobre a adesão do doente adulto internado à proposta de tratamento de reabilitação, através de estratégias de intervenção especializadas e individualizadas para cada doente.

Considerando a questão de partida e os objetivos foi elaborada uma grelha para extração de dados (Anexo XII). Estando a seleção de artigos feita, procedeu-se de seguida à leitura dos cinco artigos na íntegra, e a sua respetiva síntese descritiva, procurando compreender quais as evidências que apresentam e que possam constituir um contributo para este trabalho.

2.3.ADESÃO AO TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO

O primeiro artigo apresentado, do ano de 2020, intitulado de “Autocuidado do homem pós-alta hospitalar: perspetivas para o cuidado de enfermagem numa abordagem domiciliar”, aborda essencialmente o autocuidado do indivíduo do sexo masculino, após um período de internamento hospitalar, um período que o autor refere como uma fase que requer adaptações e reabilitação, devido a questões de satisfação das necessidades que surgem, relativamente ao seu autocuidado (Chagas et al, 2020, p. 363). A condição de doença no homem exige um

conhecimento e percepção da sua própria condição, e no período que decorre posteriormente ao internamento exige um processo de readaptação que pode ser obtida através da reabilitação. O autocuidado é entendido como o conjunto de ações que o indivíduo executa em seu benefício, com o objetivo de promover o seu bem-estar, saúde e manutenção da sua vida (Chagas et al, 2020).

Na discussão dos resultados obtidos através da pesquisa exploratória qualitativa realizada através de entrevistas individuais a 8 homens, percebe-se que a literacia em saúde é uma condição que possibilita um maior entendimento do processo saúde/doença. É referido que o nível de escolaridade e de conhecimento pode trazer repercussões no que diz respeito às adaptações necessárias para o cumprimento do tratamento e conseguir realizar o seu autocuidado (Chagas, 2020). São referidos vários fatores que influenciam no desempenho do autocuidado no homem, nomeadamente “a manutenção da saúde emocional, a influência da fé e a presença da família” (Chagas, 2020, pp. 366). No discurso dos participantes é notório que existe uma necessidade de compreensão das exigências dos tratamentos. Neste sentido, é estabelecida uma correlação com a necessidade de educação para a saúde e formação proporcionada pelo enfermeiro, elevando a importância do seu papel na adesão do doente aos planos propostos. Os participantes referem a importância que a experiência de doença trouxe à percepção da própria manutenção da saúde e como esta mesma experiência influencia na valorização da própria saúde, influenciando comportamentos de autocuidado, estilo de vida saudável, e a adesão ao tratamento (Chagas, 2020).

Neste estudo, conclui-se que, para que haja uma maior adesão do indivíduo do sexo masculino ao tratamento de reabilitação, com vista à autonomia no autocuidado após alta hospitalar, que o indivíduo tenha acesso à informação e ao conhecimento sobre a sua condição de saúde/doença, por forma a identificar as suas necessidades e qual o trajeto que deve seguir para satisfazer essas mesmas necessidades. O indivíduo terá uma maior adesão, se compreender e sentir que é parte integrante e fundamental em todo o seu processo de recuperação.

Um outro estudo, que aborda as “Barreiras à adesão ao programa de reabilitação pulmonar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica”, refere a importância da reabilitação respiratória, como um tratamento não farmacológico que proporciona ganhos em saúde no doente com doença pulmonar crónica. Neste estudo questiona-se o porquê da não adesão do doente ao tratamento de reabilitação, sendo este seriamente essencial para a saúde

e qualidade de vida do doente. De uma forma geral, este estudo de revisão de literatura, evidencia que os fatores que interferem na permanência do doente no tratamento podem ter origem social, económica, psicológica, ou até inerente à própria doença (Fonte et al, 2021). Foram identificados, na revisão da literatura realizada, diversos fatores, como obstáculos à adesão ao tratamento de reabilitação respiratória, tais como o tabagismo, agudização da doença, e ausência de conhecimento sobre a doença em si e os benefícios da reabilitação, “Portanto, pacientes que não conhecem os benefícios promovidos pela RP são mais propensos a não aderir a esse tratamento” (Fonte et al, 2021, p. 6). Os autores concluem que uma estratégia primordial a adotar para promover a adesão do doente ao tratamento de reabilitação é a educação para a saúde, ela promove o conhecimento do doente sobre a sua patologia, e do benefício que o tratamento pode promover na recuperação funcional, conduzindo o doente e a própria família a uma participação ativa em todo o processo (Fonte et al, 2021).

A Reabilitação Cardiovascular (RCV), é uma intervenção não farmacológica que tem efeitos benéficos para a promoção da qualidade de vida do doente cardíaco, tolerância ao esforço, bem como a prevenção de complicações adversas à doença, morbidade e mortalidade (Novais et al, 2022). Existe evidência de que a adesão a este tratamento é baixa, assim sendo considera-se importante compreender que estratégias podem ser adotadas para promover uma maior adesão. Um estudo de 2022, intitulado de “*Adherence to cardiovascular rehabilitation with the use of exergaming: a systematic review*”¹, procura estudar se a diversificação e inovação da metodologia do tratamento, como por exemplo o *exergaming*², podem proporcionar um aumento na adesão dos doentes cardíacos a este tratamento. Neste sentido, o estudo referido teve como objetivos conferir os efeitos do *exergaming* na prática de exercício físico, na influência psicológica, motivacional, satisfação e tolerância ao esforço. Os autores concluem que o *exergaming* pode trazer benefícios equiparados à RCV convencional, mas proporcionando maior satisfação, sendo uma prática mais agradável. Neste estudo conclui-se que esta prática possibilita sem dúvida uma maior adesão à RCV por parte dos participantes (Novais et al, 2022). Denota-se que nesta metodologia a liberdade do doente para poder escolher o jogo que melhor o apraz, a sua possibilidade de decidir o meio pelo qual faz

¹ “*Adherence to cardiovascular rehabilitation with the use of exergaming: a systematic review*”, lê-se “Adesão à reabilitação cardiovascular com o uso do *exergaming*: uma revisão sistemática”.

² “*exergaming*”: atividades físicas impulsionadas pela tecnologia, como jogos eletrónicos, que exigem que os participantes sejam fisicamente ativos ou se exercitem para jogar o jogo.

a sua reabilitação, de acordo com o seu gosto e preferências é um fator verdadeiramente importante (Novais et al, 2022).

Num estudo sobre Reabilitação do pavimento pélvico (Preda e Moreira, 2019), é abordada a adesão ao tratamento como um dos fatores primordiais para recuperar a funcionalidade e melhorar a qualidade da função sexual. A melhoria do desempenho sexual e a sua qualidade, bem como a recuperação da continência urinária, podem promover por si só um aumento da motivação da mulher para aderir ao tratamento de reabilitação pélvica proposto (Preda e Moreira, 2019). Se a mulher compreender os benefícios que este tipo de reabilitação possibilita e experienciar essas mesmas melhorias à medida que vai realizando os exercícios aprendidos, a adesão vai ser elevada, o bem-estar proporcionado, a confiança e autoestima recuperadas são preponderantes nestas situações específicas.

As autoras do estudo concluem que, o conhecimento do profissional de saúde sobre o pavimento pélvico, o seu funcionamento e importância na função sexual é muito importante, e que desta forma consigam abordar este tema com as mulheres que fazem o tratamento, esclarecendo as suas dúvidas e ajudando elas mesmas a compreender melhor o seu funcionamento (Preda e Moreira, 2019). Este conhecimento, ajuda a mulher a reconhecer a importância da reabilitação do pavimento pélvico.

Um estudo retrospectivo sobre reabilitação respiratória, intitulado de “A distância entre o domicílio e o centro de reabilitação não influencia a adesão ao programa de reabilitação pulmonar”, analisou dados de 148 pacientes durante o programa de reabilitação respiratória (PRR), e posteriormente fez análise de outros estudos semelhantes. O objetivo deste estudo foi perceber se a adesão dos pacientes ao PRR, tinha alguma relação com a distância entre o domicílio e o centro de reabilitação, sendo que os autores definiram 3 categorias de distância, até 10km, de 10 a 30 km, e mais de 30 km. Na análise e discussão dos resultados concluíram que não havia relação entre a adesão e a distância. Posteriormente, analisaram então outros estudos que tinham a mesma conclusão, somente um estudo argentino obteve uma relação entre estes dois fatores, quanto maior a distância entre domicílio e o local de tratamento, menor a adesão ao tratamento, porém colocam em equação o fator socioeconómico, sendo que o custo do transporte para o trajeto será um dos impedimentos para a não adesão (Liistro et al., 2022).

Considerando que estes artigos obtidos através da pesquisa suprarreferida, apesar de serem de uma grande diversidade no que diz respeito à área de reabilitação, nomeadamente respiratória, cardíaca, motora e pélvica, ainda poderiam ser insuficientes para responder à questão de pesquisa, relativamente aos fatores que influenciam na adesão do doente adulto ao tratamento de reabilitação. Apesar disto, foi possível encontrar alguns fatores transversais aos cinco estudos sintetizados.

Os fatores mais evidentes e prevalentes, foram a presença da família e o seu apoio ao longo do tratamento de reabilitação. Os doentes referem esta presença quase como fundamental ao sucesso da sua recuperação. A relação com o profissional de saúde também tem um peso importante, a empatia, incentivo e parceria que existe é importante de uma forma global.

É notório que um fator que se pode tornar um risco para a adesão do doente ao tratamento é o conhecimento sobre a sua condição de saúde e o benefício que o tratamento de reabilitação poderá trazer à sua recuperação, controlo sintomático, aquisição de autonomia. Quando existe a preocupação por parte do enfermeiro em ensinar, instruir, sobre os conhecimentos necessários, o esclarecimento de dúvida e a decisão informada em parceria, os doentes se sentem mais confiantes, têm noção da importância da intervenção especializada e aderem mais facilmente ao tratamento. Em contrapartida, a falta de conhecimentos, o não esclarecimento de dúvidas, poderá levar à não adesão ou até mesmo ao abandono do tratamento já anteriormente ensinado.

2.4. TEORIA EM ENFERMAGEM VIRGÍNIA HENDERSON

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é o profissional de saúde que tem a competência de capacitar o doente para adquirir a sua independência tendo em conta as limitações existentes por consequência da sua condição ou doença. Quando o enfermeiro especialista cria o processo de enfermagem do doente alvo de cuidados, ele deverá ter em conta que este é um método essencial para planear intervenções especializadas, individualizadas para cada doente, com base num juízo clínico fundamentado em evidência científica, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade ao seu doente. O processo de enfermagem deverá ter como partida a identificação das necessidades dos doentes, sendo que ao longo deste

percurso acadêmico, nomeadamente no decorrer dos estágios da especialidade, foi considerado como referencial teórico as 14 necessidades fundamentais descritas pela teórica Virgínia Henderson, e os diagnósticos foram formulados a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em vigor nos campos de estágio.

A utilização de teorias de enfermagem, é de grande importância para auxiliar o enfermeiro a delinear o seu plano de cuidados, e no caso da utilização da Teoria de Virgínia Henderson, é possível identificar as necessidades da pessoa e com base científica propor intervenções, que respeitem um padrão de qualidade desses mesmos cuidados (Ramos et al, 2016).

Acredita-se que a utilização de modelos teóricos no processo de enfermagem, seja o futuro da enfermagem (Ribeiro et al, 2018), apesar das dificuldades na utilização de modelos na prática de enfermagem, a utilização dos mesmos, possibilita aos enfermeiros uma sistematização da sua prática, compreendendo melhor a visualização dos problemas da pessoa a quem presta cuidados (Ribeiro et al, 2018). Num estudo publicado em 2018, “O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem”, observou-se que uma das teorias que obtiveram maior concordância na prática de enfermagem em Portugal, foi a Teoria das necessidades de Virgínia Henderson (Ribeiro et al, 2018). Através deste referencial teórico, os enfermeiros identificam as necessidades da pessoa, seja ela saudável ou doente, relativamente à manutenção da sua saúde ou recuperação da doença, ou alcançar independência tendo em conta as suas limitações. Através do processo de enfermagem, formulam os diagnósticos, planeiam as intervenções necessárias, de forma individualizada e sistematizada, e avaliam os resultados obtidos, com objetivo de satisfação das necessidades fundamentais e de autocuidado (Ribeiro et al, 2018).

A enfermagem é definida pela teórica, através da sua visão do papel do enfermeiro, afirmando que a sua função é conduzir a pessoa na aquisição de capacidade para concretizar as suas atividades de vida, independentemente de ser saudável ou doente, e que em situação de doença adquira a sua independência dentro do alcançável, recuperando o máximo possível, e perante a morte, que tenha um fim de vida o mais pacificamente possível (Allgood & Tomey, 2002). A doença é uma condição do indivíduo que requer a assistência do enfermeiro, seja para recuperar a sua saúde, ou morrer tranquilamente, neste processo a pessoa é considerada como indissociável da sua família, assumindo que seja um elemento essencial nesta condição (Allgood & Tomey, 2002). Em contrapartida, a saúde não tem uma definição

exata de Henderson, é equiparada a um estado de qualidade de vida máxima, quando o indivíduo possui ou (re)adquire independência (Alligood & Tomey, 2002).

De acordo com a filosofia de pensamento de Virgínia Henderson, a condição de saúde da pessoa implica necessariamente a sua independência, a sua funcionalidade, e para isto acontecer a pessoa necessita de estar motivada, precisa de ajuda e conhecimento para conseguir esse estado, saudável e independente (Alligood & Tomey, 2002).

Os seus pressupostos, orientaram o desenvolvimento de uma forma de trabalhar ao longo dos estágios, sendo objetivo, adquirir competências no âmbito da especialidade de enfermagem de reabilitação, que possibilitem reabilitar a pessoa adulta em condição de doença, por forma a adquirir o máximo de funcionalidade possível, tendo em consideração fatores como as suas capacidades, potencial e conhecimento. Cada vez mais nos dias que correm, é abordado o tema literacia em saúde, porque é sabido, que o conhecimento da pessoa sobre a sua condição de saúde e sobre os meios que existem para recuperar total ou parcialmente a sua saúde são imprescindíveis para a adesão aos tratamentos propostos. Tal como define a Organização Mundial de Saúde (OMS), a literacia em saúde é um conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2018, p.6).

O conhecimento é sem dúvida o caminho, podemos e devemos empoderar as pessoas nesse sentido, transmitindo o conhecimento e possibilitar a escolha informada como meio de obter a sua condição de saúde.

3. APRECIACÃO DO CONTEXTO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Os Estágios tiveram lugar num Hospital Distrital, pertencente à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. Esta instituição serve a uma população de mais de 219 mil habitantes, e tem como missão ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

Nesta instituição existe um Núcleo de Enfermagem de Reabilitação (NER), que foi criado a 28 de março de 2022.

Os NER`s têm como objetivo estimular o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros de reabilitação através da partilha de conhecimentos, experiências e projetos desenvolvidos por cada um no seu contexto de trabalho, potenciando sinergias que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados de enfermagem de reabilitação.

3.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O estágio de reabilitação em enfermagem, que decorreu no período compreendido entre 16 de maio e 26 de junho, num total de 6 semanas, teve lugar no serviço de Ortopedia. O serviço contempla 30 camas, em que 6 destas estão destinadas a receber doentes da especialidade de Ginecologia e Senologia, as outras 24 são consignadas à ortopedia.

O serviço de ortopedia desta instituição, tem uma equipa de enfermagem composta por cerca de 20 enfermeiros generalistas, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Caracteriza-se por ser um serviço onde existem projetos na área de reabilitação em desenvolvimento, e já foram aprovados e implementados folhetos informativos e educativos de reabilitação. Sempre que possível a dotação de enfermeiros é, por exemplo, num turno da tarde, de 3 enfermeiros generalistas e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, destinado somente para prestar cuidados especializados aos doentes internados.

3.1.2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

O Estágio final, como já foi anteriormente mencionado foi desenvolvido por um período de 10 semanas no serviço de Cardiologia da instituição referida, no período compreendido entre 19 de setembro e 25 de novembro do ano de 2022. As competências propostas a serem desenvolvidas neste campo de estágio, foram de reabilitação respiratória e cardíaca.

O serviço de cardiologia tem uma equipa de enfermagem de cerca de 18 enfermeiros generalistas, 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. É um serviço que apesar da difícil logística perante as constantes alterações das dinâmicas diárias, tem projetos em desenvolvimento na área de reabilitação, embora ainda nenhum aprovado e implementado.

3.1.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As restantes 6 semanas do Estágio Final, tiveram lugar na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), da mesma instituição hospitalar. Esta é uma unidade polivalente, que compreende uma equipa de 32 enfermeiros, em que 8 enfermeiros são especialistas em enfermagem de reabilitação e 6 enfermeiros são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Esta unidade tem capacidade para internamento de 8 doentes, tendo em conta os recursos humanos existentes, porque em termos de capacidade física, tem lotação para 11 camas, podendo receber até dois doentes com necessidade de isolamento de via aérea. É uma Unidade que sofreu uma reestruturação recente (cerca de um ano), passando de uma capacidade física de 5 camas para 11, estando equipada com os mais recentes equipamentos e tecnologia que permite uma prestação de cuidados de grande qualidade, seja pelos equipamentos e estrutura, e conforto que proporcionam, seja pela equipa de excelência que nela presta cuidados gerais e/ou especializados. No contexto do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PMCQCEE), existe neste serviço um projeto de melhoria contínua que tem como objetivo “Avaliar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na resolução da limpeza das vias aéreas comprometida”.

4. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS:

Quando se dá o início dos estágios, existem expectativas em relação à forma como se vão desenvolver, o estudante na área de enfermagem possui a expectativa de encontrar oportunidades para desenvolver os conteúdos teóricos na prática, e espera que os intervenientes neste contexto, ou seja, que os enfermeiros orientadores, possuam uma postura dinâmica neste processo da aprendizagem (Merighi et al, 2014).

Colocam-se questões iniciais, nomeadamente como está organizado o serviço, se existem planos de cuidados especializados no mesmo, os orientadores conseguem organizar os cuidados por forma a fazerem intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação, e se têm a capacidade de gerir esses mesmo cuidados com a orientação dos estágios. É verdadeiramente importante que no contexto dos estágios exista um ambiente promotor de aprendizagem, onde exista empatia, segurança, paciência e consideração para com os estudantes (Merighi et al, 2014). O enfermeiro orientador, tem um papel fundamental nesta fase prática do curso, onde devem ser consolidados os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas. Quem orienta, deverá ter a capacidade de ser o grande incentivador, motivador e criador de situações, momentos de desenvolvimento das competências do estudante (Merighi et al, 2014).

4.1. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS EM ORTOPEDIA

No Estágio de reabilitação em Enfermagem, ou seja, o primeiro estágio do mestrado, existiu uma incerteza muito grande de como o estágio iria ser desenvolvido, e de como seria estar novamente na prática de cuidados em contexto académico e de aprendizagem. O serviço de Ortopedia, como já foi referido, tem uma equipa com um número considerável de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, e embora tenha alguns projetos em desenvolvimento o único trabalho finalizado e implementado são os folhetos. Não existe nenhum guia/manual para orientação de estudantes da EER, ou seja, cada enfermeiro orienta o mestrando de acordo com o seu próprio método, mas genericamente, já possuem a prática de orientação, o que os capacita para dar continuidade ao desenvolvimento das competências no estudante.

A enfermeira orientadora deste primeiro estágio, já possui alguns anos de prática da especialidade, mas não existindo um enfermeiro dedicado à reabilitação nos turnos da manhã e da tarde, de forma consistente, dificulta a possibilidade do EEER dedicar-se exclusivamente à intervenção especializada em enfermagem de reabilitação. A seleção dos doentes, foi feita a partir das oportunidades existentes, tendo em conta os doentes distribuídos e o planeamento dos cuidados. Inicialmente, era realizado pela enfermeira orientadora, com algumas sugestões da parte da mestrandia. Foi notório o empenho e esforço da orientadora, que aproveitou todos as oportunidades existentes para transmitir conceitos e práticas na área da reabilitação motora e respiratória.

Foram muitas as oportunidades existentes, mais prolongadas no tempo de espera de cirurgia do que propriamente no pós-operatório, visto que os doentes tinham alta hospitalar, um ou dois dias depois da intervenção. Foi possível fazer a preparação respiratória, pré e pós-operatória, mas o acompanhamento para aquisição de independência nas AVD's considera-se muito reduzido.

Os focos mais trabalhados neste estágio foram o Mover, Levantar, Transferir, Andar, Equilíbrio, e os Autocuidados, e os diagnósticos formulados tinham maioritariamente o juízo definido como comprometido. Estes diagnósticos, foram trabalhados essencialmente numa fase de pós-operatório, em que foram realizados ensinamentos, treino, e incentivo de como mobilizar no leito, realizar o primeiro levante e posteriores, transferências para cadeira de rodas, ensino e treino de marcha, inicialmente com apoio de dispositivos auxiliares de marcha e quando possível sem auxílio, o que era raro devido ao curto período de internamento.

Neste serviço, existem escadas, com cerca de 5 degraus, o que possibilitou também o ensino e treino de subir e descer escadas, com canadianas. Dispositivos como cadeira de rodas, andarilho, canadianas, duches rebaixados, alteadores de sanita, barras de apoio, foram essenciais para conseguir implementar o plano de reabilitação realizado para cada doente no treino das AVD's, e também demonstrar a importância de adaptações no domicílio para facilitar as atividades e promover uma maior segurança.

Um dos equipamentos que foi utilizado frequentemente nos doentes submetidos a Artroplastia total do joelho, é o aparelho de mobilização passiva contínua (MPC), que possibilita progressivamente aumentar os graus de flexão do joelho, consoante indicação médica e tolerância do doente, excelente para melhorar a recuperação do movimento, com

precisão, sem esforço físico do enfermeiro de reabilitação, mas com necessidade da sua monitorização, supervisão e avaliação.

Outro dos focos de enfermagem considerado foi a ventilação, que embora no pré-operatório não esteja comprometida, foi trabalhada por forma a prevenir complicações do foro respiratório do doente, no pós-operatório. Essencialmente as intervenções colocadas em prática foram, o ensino, treino e incentivo da dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, e o uso do espirómetro de incentivo por forma a aumentar a capacidade de expansão e volume pulmonar.

4.2. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS NO ESTÁGIO FINAL

4.2.1. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Já no estágio final, na primeira parte, que teve duração mais prolongada, nomeadamente no serviço de Cardiologia, o objetivo foi desenvolver essencialmente competências na área da reabilitação respiratória e cardíaca. Foi o estágio onde existiram maiores dificuldades no planeamento e implementação dos planos de cuidados da EER. O número de enfermeiros especialistas nesta área é reduzido, mas existe uma grande vontade por parte dos especialistas em desenvolver trabalho na área. As condições em termos de dotação de enfermeiros, são diminutas, e pela dinâmica do serviço em que são realizados muitos acompanhamentos de enfermagem nos transportes para cateterismo, o número de profissionais fica ainda mais reduzido.

A enfermeira orientadora, demonstrou uma grande motivação e interesse para colocar em prática intervenções de reabilitação, e mesmo com as adversidades existentes, aproveitou todas as oportunidades para proporcionar a aquisição e desenvolvimento de competências da mestranda. Devido a existirem muitos momentos em que a orientação era difícil, foi adquirida autonomia no planeamento de cuidados, mas que foi sempre validado pela orientadora. Foi necessária uma atitude proativa e empreendedora por parte da mestranda, realização de pesquisa, e preparação prévia aos dias de estágio, para poder ser o mais produtiva possível no decorrer dos turnos. Foram adquiridas competências de liderança, de desenvolvimento da capacidade de fundamentação através da evidência científica, para conseguir intervir de forma segura e com qualidade, junto dos doentes alvo dos cuidados de ER.

Neste estágio, foram desenvolvidos conhecimentos, e adquiridas competências no que diz respeito aos registos relativos às intervenções de enfermagem de reabilitação. Existindo cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação, existem diagnósticos específicos, e intervenções direcionadas para a prestações dos cuidados. Revelaram-se de extrema importância, os registos do plano de cuidados de reabilitação, por forma a contribuir para a sua evidência e dos ganhos obtidos na saúde dos doentes devido a essas intervenções.

Mais uma vez, foram planeadas intervenções de reabilitação respiratória, no pré-operatório, para prevenção das complicações. Outro foco identificado foi a dispneia, quer em repouso ou em esforço, associado à doença cardíaca presente, com identificação de intolerância à atividade, avaliada através de escala adequada para o efeito como a MRC DQ – Medical Research Council Dyspnea Questionnaire. Neste sentido, foram planeadas intervenções de reabilitação respiratória, como a própria avaliação da dispneia, o ensino, treino e incentivo da dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, e o uso do inspirómetro de incentivo, treino de marcha quando não contraindicado.

4.2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Relativamente à segunda fase do Estágio final, que decorreu na UCI, encontrou-se uma realidade completamente díspar dos campos de estágio anteriores. Uma dotação de enfermeiros especialista em ER, mais elevada e como uma orgânica muito própria de prestação de cuidados especializados.

O estágio anterior que conferiu competências de autonomia e liderança, foi fundamental para integrar nesta equipa tão dinâmica no que diz respeito à reabilitação motora, neurológica e respiratória. Foi um culminar, com um ótimo engaste. Foi como que, partir de toda a experiência em reabilitação anteriormente adquirida, e aprimorá-la com a minuciosidade característica de cuidados intensivos. Foi possível compreender melhor a funcionalidade respiratória, e dar mais ênfase também à motricidade comprometida por alterações neurológicas, seja por situação natural, ou induzida por fármacos.

Foram implementados planos de cuidados, e tendo em conta a dinâmica desta Unidade procurou-se ir ao encontro com o projeto existente na mesma como já referido “Avaliar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na resolução da limpeza das vias

aéreas comprometida”. Aqui, os enfermeiros de Reabilitação, possuem uma maior possibilidade de conseguir implementar um plano adequado aos doentes, e com isso obter ganhos, mais do que nos outros serviços onde foram desenvolvidos os estágios anteriores. Foi possível, uma continuidade efetiva e eficaz na prática dos cuidados de enfermagem especializados, os planos foram estruturados, implementados e avaliados consecutivamente. Existiu também, uma atualização diária dos planos quando necessitaram de ser alterados, acompanhando as necessidades dos doentes alvo dos cuidados.

Os focos de enfermagem mais frequentemente identificados foram, a consciência, a comunicação, a ventilação, limpeza das vias aéreas, mobilidade e os autocuidados em geral, e os diagnósticos formulados tinham maioritariamente o juízo definido como comprometido. Foram utilizadas escalas de avaliação de alguns desses focos, como a escala de coma de Glasgow, MRC DQ – Medical Research Council Dyspnea Questionnaire, MRC MS – Medical Research Council Muscle Scale, e planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas aos diagnósticos identificados.

Relativamente à consciência alterada, foram sempre utilizados estímulos, de toque e estímulos verbais, e definidas estratégias quando os doentes estavam conscientes, mas com a comunicação comprometida, por forma a obter uma comunicação, mais eficaz quanto possível.

No que diz respeito às alterações de ventilação e limpeza das vias aéreas, além de intervenções já anteriormente mencionadas, também foi possível, adquirir a prática relativa a técnicas de cinesiterapia respiratória, como a reeducação costal, global, ou parcial, reeducação diafragmática, vibro compressões, drenagem postural, e a utilização do aparelho, cough assist. Estas intervenções foram realizadas várias vezes com doentes diferentes, o que possibilitou ir melhorando o desempenho na execução destas técnicas.

Em questões de reabilitação motora, foram planeados e realizados maioritariamente, numa fase inicial do internamento, mobilizações articulares de todos os segmentos do corpo do doente. Em alguns casos, em que houve melhoria do estado geral, foi possível iniciar exercícios isométricos, para fortalecimento muscular, e exercícios ativos assistidos, e em poucos casos exercícios ativos resistidos. Nestes doentes em que se conseguiu realizar um plano mais participativo, também foi possível, após muito trabalho de fortalecimento muscular, iniciar levante, e treino de marcha, o que num doente de UCI, é um progresso de

extrema importância e relevância, que se traduz num sentimento de enorme conquista, tanto para o doente como para o enfermeiro de reabilitação.

Considera-se de relevante importância, que se faça menção às atitudes de todos os enfermeiros de reabilitação presentes ao longo dos estágios, sendo elas persistência e resiliência apesar de todas as resistências existentes na prática diária. Esta foi uma das aprendizagens importantes, ao longo deste percurso.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento das competências de EEER, foi realizado numa fase inicial, o projeto de estágio, (Apêndice I) que serviu posteriormente como linha orientadora de todo o trabalho desenvolvido e implementado nos estágios que decorreram.

O projeto desenvolvido intitula-se “Adesão aos cuidados de enfermagem de reabilitação do adulto internado”, e tem como objetivo desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado, procurando desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do doente adulto com alterações da função respiratória, cardíaca e/ou neurológica; identificar fatores que interfiram na adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem de reabilitação; definir estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem e reabilitação.

Este projeto seguiu uma metodologia de estudo de caso, mais especificamente estudo de casos múltiplos, visto que foi pretendido dirigir este projeto de intervenção a um número variado de doentes internados, que foram alvo dos cuidados de enfermagem especializados na área de reabilitação no decorrer do estágio final. A utilização de vários casos permitiu alcançar resultados que puderam ser alvo de reflexões comparativas.

A metodologia neste projeto foi o processo de enfermagem, respeitando as etapas do mesmo: Avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação de resultados. Realizou-se um estudo de abordagem qualitativo, do tipo exploratório, onde foi feita análise de conteúdo dos dados obtidos.

O projeto foi elaborado com a possibilidade de inclusão de todos os doentes adultos, internados nos serviços onde se realizou o estágio final, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação propostos e que de livre e esclarecida vontade aceitassem fazer parte. Definiu-se como critério de exclusão, doentes que apresentassem alterações do estado de consciência, com uma pontuação inferior a 9 na Escala de Coma de Glasgow.

Sendo que, um dos objetivos destes estágios foi avaliar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto, foram utilizados instrumentos que avaliam os fatores que influenciam essa mesma adesão, ou não adesão, recorrendo ao Instrumento de Avaliação do Risco de Não-

Adesão ao Tratamento, da CIPE, traduzido e validado pela ordem dos enfermeiros (Nunes, L., 2009), (Anexo I) e entrevistas direcionadas (Anexo II).

Foram utilizados outros Instrumentos de Avaliação de sinais e sintomas, tais como a Escala de Equilíbrio de Berg (Anexo III), a escala de Avaliação de Força Muscular, Medical Council Research – Muscle Scale, MRC-MS (Anexo IV), Escala de dispneia do Medical Research Council modificada MRC-DQ (Anexo V), Índice de Barthel (Anexo VI). Foram utilizados também Instrumentos de avaliação transversais em todas as áreas de enfermagem como a escala de Morse (Anexo VIII), a escala de Braden (Anexo IX), o Mini Mental State Examination (Anexo VII), a Escala de Coma de Glasgow (Anexo X), e por fim a Escala Visual Analógica da Dor, EVA (Anexo XI).

A avaliação dos participantes fez-se também com o recurso a técnicas de observação direta, exame físico, entrevista de acolhimento do doente e da família, presencialmente e/ou por via telefone; consulta e análise do processo informático.

Planeou-se o pedido de consentimento ao doente e/ou à família/pessoa significativa para que fossem alvo de avaliação e de intervenções de enfermagem de reabilitação individualizados, executados por uma enfermeira em processo de formação académica, conforme consta no Apêndice VI.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS – ESTUDOS DE CASO

No decorrer dos estágios desenvolvidos neste mestrado, foram realizados estudos de caso de doentes alvo dos cuidados especializados de reabilitação, no âmbito da reabilitação motora e respiratória, no doente ortopédico, reabilitação motora, respiratória e cardíaca no doente cardíaco, e reabilitação motora e respiratória no doente de cuidados intensivos.

A população alvo dos estudos de caso elaborados, são doentes adultos e adultos idosos, em contexto de internamento hospitalar, por doença aguda ou crónica descompensada. É realizada colheita de dados, e feita a avaliação dos doentes recorrendo a instrumentos de avaliação, para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e enfermagem de reabilitação, nomeadamente o Risco de Não Adesão ao Tratamento, Escala de Coma de Glasgow (para avaliar o critério de inclusão para estudo), Avaliação de Cognição, Mini-Mental State – MMS, Avaliação de Força muscular: Medical Research Council Muscle Scale, Avaliação de Equilíbrio Berg, Avaliação de risco de úlcera de Pressão – Escala de Braden, Escala de Morse e Avaliação de dispneia – MRC Dyspnea Scale e Índice de Barthel para avaliação do nível de independência do doente. A partir dos focos de intervenção identificados e realizados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação, foi elaborado o plano de cuidados especializados, de enfermagem de reabilitação, individual para cada doente, e realizada a avaliação dos resultados obtidos, através da implementação dos mesmos instrumentos de avaliação.

6.1. ESTUDO DE CASO A

Avaliação inicial

O primeiro estudo de caso aqui apresentado, é de uma doente adulta idosa, J.M., de 83 anos em contexto de internamento no serviço de Ortopedia. O estudo de caso encontra-se em Apêndice II e aqui serão discutidos os resultados relativamente à implementação do plano de cuidados elaborado, para a satisfação das necessidades da doente. Será discutido também a adesão desta doente ao tratamento de reabilitação proposto no decorrer do seu internamento.

Inicialmente foi avaliado o estado de consciência da doente, para garantir que cumpria critério de inclusão para ser alvo de estudo. De acordo com a Escala de Coma de Glasgow

(Anexo X) a doente apresenta um *score* de 1, resposta verbal confusa, sendo que é superior a 9 admite-se a doente para estudo de caso.

A doente anteriormente independente nas AVD's, vive com o marido e tem dois filhos adultos. Teve uma queda da qual resultou uma fratura trocantérica à direita, ficou internada para tratamento cirúrgico.

A avaliação inicial realizada à doente foi no primeiro dia de internamento no serviço de Ortopedia, onde permaneceu a aguardar cirurgia, que se realizou ao 11º dia. A doente ficou inicialmente em isolamento de via aérea, num quarto, por apresentar teste positivo para SARS-CoV-2. No tempo de internamento pré-operatório, a doente permaneceu restrita ao leito com tração cutânea do membro com fratura.

Primeiramente foi avaliado o Risco de Não Adesão ao Tratamento, recorrendo ao instrumento de Avaliação do Risco de Não-Adesão ao Tratamento, da CIPE (OE, CIPE, 2009). Para realizar esta avaliação do risco, foram utilizados outros instrumentos de avaliação, tais como o Mini Mental State Exame e a Escala Visual Analógica da dor. A partir destas avaliações identificou-se o risco de não adesão e foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem com base nos resultados obtidos: Cognição comprometida, Memória comprometida, Dor presente. Com base nos dados existentes no processo informático da doente, nomeadamente antecedente pessoal de doença respiratória, e tendo em conta que a doente aguardava cirurgia, foi levantado também diagnóstico de ventilação comprometida. Devido à restrição da doente no leito devido à fratura do membro inferior direito identificou-se um nível de dependência elevado no autocuidado.

A partir destes diagnósticos, foram elaborados planos de intervenção de enfermagem e feita sucessiva avaliação ao longo do internamento (Quadro 1). São diagnósticos que estão relacionados simultaneamente, com necessidades de bem-estar e descanso, e com a possibilidade de aprendizagem para melhoria da sua condição de saúde.

Relativamente aos diagnósticos Cognição e Memória comprometidos, foi aplicado o Instrumento de avaliação Mini Exame do Estado Mental, MEEM (2014), (Tabela 2 do Apêndice II). Na primeira avaliação realizada, obteve-se um *score* de dezanove (19), indicativo de uma diminuição cognitiva moderada a grave. Foram implementadas intervenções de executar técnica para estimular a cognição, e instruir e treinar a memória. Numa avaliação posterior, 6º dia de internamento, obteve-se um *score* de vinte (20) pontos,

mas ainda indicativo de uma diminuição cognitiva moderada a grave, embora consiga reter a informação transmitida no que diz respeito aos exercícios de reabilitação ensinados, “doente demonstra recordar-se dos exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios musculares e articulares, após ter sido iniciado o movimento a doente continua o exercício de forma autónoma”. Acredita-se ter havido uma evolução positiva neste sentido, que poderá revelar-se uma mais valia para a adesão da doente ao tratamento de reabilitação.

No que diz respeito ao diagnóstico de dor presente, na anca direita, sendo este um fator de risco para a adesão ao tratamento, devido ao desconforto existente, foi objetivo implementar intervenções de controlo da dor (Tabela 3). Numa avaliação inicial, logo na admissão da doente no serviço de internamento, obtém-se através da utilização da Escala Visual Analógica (EVA), uma pontuação de 8, neste sentido são planeadas intervenções de alívio da dor, tais como analgesia, aplicação de frio e técnica de distração. Um dia após intervenção cirúrgica a doente avalia a sua dor em intensidade 7 à mobilização, são implementadas intervenções de alívio de dor para conforto da doente e possibilitar algum trabalho de reabilitação para a sua recuperação funcional. Ao longo do internamento a doente teve sempre dor presente, ao dia da alta avalia a sua dor na intensidade 5. Apesar deste fator, foi possível implementar tratamento de reabilitação, mas não com a adesão expectável devido às condicionantes apresentadas.

A partir da avaliação inicial da doente, com a utilização do Índice de Barthel, (tabela 1) foram identificados outros focos de atenção que colocam em causa a satisfação das suas necessidades, nomeadamente movimentar-se e manter postura correta, respirar normalmente, manter o corpo limpo e cuidado e tegumentos protegidos, e evitar riscos do ambiente. Os focos identificados encontram-se nas tabelas 2 a 7, nomeadamente, o equilíbrio corporal, o movimento corporal, ventilação, úlcera por pressão e queda, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Índice de Barthel		
	Pontuação	
Atividade	Avaliação no 1º dia pós cirurgia	Avaliação 6º dia pós cirurgia
Higiene Pessoal	2	3
Banho	2	3
Alimentação	3	4
Uso do Sanitário	1	3
Subir escadas	1	2
Vestuário	2	3
Controlo de esfíncter (bexiga)	2	3
Controlo de esfíncter (intestino)	3	4
Deambulação	1	2
Transferência cadeira/cama	1	3
Total	18	30

Tabela 1 - Índice de Barthel, estudo de caso A

O equilíbrio corporal foi avaliado recorrendo à aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg, e formulado o diagnóstico de enfermagem equilíbrio corporal comprometido (tabela 3). Como se verifica, só foi possível avaliar o equilíbrio após intervenção cirúrgica e ter realizado levante. Os diagnósticos avaliados anteriormente dizem respeito ao potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda, potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio, potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio e potencial para melhorar o equilíbrio, que são avaliados como não demonstrados. Após a doente realizar o primeiro levante, a avaliação do equilíbrio corporal apresenta um score de 2 que representa um risco de queda elevado. Foi realizado trabalho de reabilitação nesse sentido, treino de equilíbrio mais especificamente entre outras intervenções apresentadas no apêndice II tabela 3, mas conclui-se que a doente necessita de continuidade de intervenção de reabilitação após alta, para recuperar a sua funcionalidade neste sentido.

O movimento corporal está diagnosticado como comprometido, como se pode verificar na tabela 4 do apêndice II. Foram aplicados o Instrumento de Avaliação Medical Research Council e Goniometria. As avaliações só foram passíveis de serem avaliadas após a intervenção cirúrgica, foram realizadas em dois momentos diferentes, um dia após intervenção

e ao sexto dia de intervenções de enfermagem de reabilitação. É possível verificar que aplicando um plano de tratamento de reabilitação individualizado, em que são utilizadas técnicas como exercício muscular e articular (exercícios passivos), exercício muscular e articular (exercícios ativos/assistidos) e exercícios muscular e articular (exercícios ativos/resistidos), dependendo da evolução da doente e adesão ao tratamento de reabilitação, existem ganhos na recuperação funcional motora da doente. É evidente que houve uma melhoria relativamente ao movimento corporal no decorrer do tratamento de reabilitação, no que diz respeito ao aumento da força muscular, que foi coincidente também com a diminuição das queixas álgicas e a uma melhoria na adesão do tratamento de reabilitação. O mesmo acontece com a amplitude articular, a sua evolução positiva como se pode observar na tabela 2, contribuiu igualmente para uma melhoria do movimento corporal do membro inferior direito.

Na admissão não apresentava alterações do padrão ventilatório, mas sendo que vai ser submetida a uma cirurgia com anestesia geral, foi identificada a necessidade de prevenir complicações respiratórias no pós-operatório, portanto existe a necessidade de planear e realizar intervenções de reabilitação respiratória. Na avaliação da função respiratória, posterior à intervenção cirúrgica, são identificadas alterações, mais precisamente à auscultação pulmonar, com presença de sibilos audíveis em todos os campos pulmonares. A tabela 5 do apêndice A, referente ao foco da ventilação, ilustra os diagnósticos e as intervenções planeadas, bem como a sua avaliação. Consegue-se comprovar a evolução positiva, e melhoria da função respiratória ao longo do tratamento de reabilitação, sendo que nas três avaliações realizadas, na última a doente já apresenta um padrão ventilatório sem alterações, deixando de estar comprometida a ventilação à data da alta hospitalar da doente.

Apesar de não ser uma avaliação específica do enfermeiro de reabilitação, o comprometimento da integridade da pele é, e deve ser prevenido por todos os enfermeiros que prestam cuidados aos doentes. O enfermeiro de reabilitação tem a competência e o conhecimento de como deve posicionar adequadamente o doente no leito, tendo em conta os contextos individuais, e tem também como objetivo que seja mantida a integridade da pele, sendo que uma das complicações da imobilização de um doente no leito é o aparecimento de feridas por pressão. O desenvolvimento de feridas pode também comprometer o tratamento de reabilitação do doente, e as suas consequências podem colocar em risco a adesão do doente ao tratamento proposto. Na tabela 6 do apêndice II, é avaliado o risco de desenvolver úlceras

por pressão utilizando o instrumento de avaliação, Escala de Braden. Em ambas as avaliações realizadas, a doente apresenta alto risco de úlcera por pressão, mas apesar disso nunca desenvolveu nenhuma durante o internamento, foi dada prioridade ao levantar precoce, e ao ensino à doente de posicionamentos no leito como meio de prevenção.

Nas tabelas que se apresentam de seguida, estão descritos os planos de cuidados estabelecidos para a doente e respetivas avaliações da aplicação do mesmo.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:

Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.</p> <p>12º dia de internamento</p> <p>A doente demonstra ter alguma consciência da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação, <i>“a doente refere que percebeu a importância dos exercícios respiratórios”</i>.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Doente demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada.</p> <p><i>«Foi questionada a Sra. J.M. se compreendeu a importância do trabalho dos exercícios musculares e articulares, assistidos e resistidos, que realizou durante o internamento a doente respondeu que sim, “é para ter força para me agarrar às coisas, naquilo que eu tenho, ... o andarilho”»</i></p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	<p>Ensinar sobre o regime de reabilitação:</p> <p>- Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação após a cirurgia ao membro inferior, (osteossíntese de fratura proximal do fémur)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente desconhece sobre o regime de reabilitação, e das suas fases de processo.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Doente demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação, nomeadamente as técnicas ensinadas ao longo do internamento, <i>«Recorda os exercícios respiratórios realizados desde o dia da admissão, nomeadamente a dissociação dos tempos respiratórios, “cheiro como se fosse uma flor, e encho para a barriga...” e demonstra...»</i></p>

<p>Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.</p>	<p>Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.</p> <p>Utilizar técnicas de estímulo cognitivo e de memória.</p> <p>Utilizar técnicas de alívio da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor através da administração de medicação analgésica prescrita. - Controlo da dor e edema através de terapêutica não medicamentosa, aplicação de gelo e repouso. 	<p>12º dia de internamento</p> <p>A doente demonstra interesse em aderir ao regime de reabilitação, mas tem potencial comprometido devido à presença de fatores como cognição e memória comprometidos, dor presente.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>A doente «<i>Foi questionada se considera continuar o tratamento de reabilitação após a alta, com objetivo de recuperar a sua autonomia, ao que a doente responde afirmativamente, e demonstra estar motivada terminando com a seguinte afirmação: “Sim, não sou pessoa de estar parada!”.</i>»</p> <p>Doente apresenta adesão ao regime de reabilitação melhorada.</p>
--	---	--

Tabela 2 – Foco Adesão ao Tratamento de Reabilitação Estudo de Caso A

Foco: Cognição		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Cognição e Memória comprometidos	<p>Avaliar cognição</p> <p>Executar técnica para estimular a cognição</p> <p>Instruir e treinar a memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar os exercícios sempre pela mesma ordem - Treinar os exercícios sempre verbalizando o movimento - Treinar os exercícios com a mesma repetição da mesma forma - Iniciar os exercícios feitos anteriormente e deixar a doente completar o movimento 	<p>12º dia de internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de Diminuição Cognitiva <p>Score 19 – diminuição cognitiva de moderada a grave</p> <p>A doente demonstra recordar-se dos exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios musculares e articulares, após ter sido iniciado o movimento a doente continua o exercício de forma autónoma.</p> <p>17º dia de internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de Diminuição Cognitiva <p>Score 20 – diminuição cognitiva de moderada a grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliado se a doente consegue iniciar os exercícios sozinha aos 5º e 7º dias de tratamento de reabilitação. <p>A doente demonstra recordar-se dos exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios musculares e articulares, após ter sido iniciado o movimento a doente continua o exercício de forma autónoma.</p>

Tabela 3 – Foco Cognição Estudo de Caso A

Foco: Dor		
Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Dor presente	Avaliação da dor de 2/2 horas com EVA Vigiar a dor de 2/2 horas Administrar terapêutica analgésica de acordo com prescrição médica Aplicação de frio Treino de técnica de distração	1º dia de internamento EVA - Dor de intensidade 8 à mobilização. 12º dia de internamento EVA - Dor de intensidade 7 à mobilização 17º dia de internamento EVA - Dor de intensidade 5 à mobilização

Tabela 4 – Foco Dor Estudo de Caso A

Foco Equilíbrio corporal		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Equilíbrio Corporal Comprometido	Avaliar o Equilíbrio através da Escala de Equilíbrio de Berg	12º dia de internamento não aplicável, doente acamada ainda não realizou levantar 17º dia de internamento - Escala de Equilíbrio de Berg Score 2 pontos – alto risco de queda
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda.	Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda Incentivar a treinar o equilíbrio corporal Providenciar material educativo	12º dia de internamento Consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda não demonstrado 17º dia de internamento Consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda melhorado.

Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio	Ensinar sobre técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) sentado e ortostático:	12º dia de internamento Conhecimento sobre técnica de equilíbrio não demonstrado 17º dia de internamento Conhecimento sobre técnica de equilíbrio melhorado
Potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio	Executar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) Instruir sobre técnica de equilíbrio - Treino de equilíbrio na posição sentado - Treino de equilíbrio na posição ortostática - Treino de equilíbrio com correção postural em simultâneo	12º dia de internamento Capacidade para treinar o equilíbrio não demonstrado 17º dia de internamento Capacidade para treinar o equilíbrio melhorado
Potencial para melhorar o equilíbrio	Treinar de equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático: - Sentar a doente para adquirir postura de tronco e equilíbrio - Doente sentado, é exercido uma pequena força de movimento do tronco e instrui-se a doente a regressar a posição inicial - Doente de pé agarrada a um apoio para se manter equilibrada - Doente de pé sem nenhum apoio procurar ficar equilibrada o máximo de tempo que conseguir.	12º dia de internamento Equilíbrio corporal estático sentada não demonstrado. Equilíbrio corporal dinâmico sentado não demonstrado Equilíbrio corporal estático em pé com apoio não demonstrado Equilíbrio dinâmico em pé sem apoio não demonstrado 17º dia de internamento Equilíbrio corporal estático sentada melhorado. Equilíbrio corporal dinâmico sentado não demonstrado. Equilíbrio corporal estático em pé com apoio não demonstrado Equilíbrio dinâmico em pé sem apoio não demonstrado.

Tabela 5 – Foco Equilíbrio Estudo de Caso A

Foco Movimento Corporal		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido no membro inferior direito	<p>Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos)</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios ativos/assistidos)</p> <p>Executar técnica de exercícios muscular e articular (exercícios ativos/resistidos)</p>	<p>12º dia de internamento</p> <p>MRC MS - apresenta força muscular de quadril e joelho direitos em grau 1 ou 2.</p> <p>Goniometria – apresenta amplitudes descritas em anexo E.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>MRC MS - à data da alta apresenta força muscular de quadril e joelhos direitos em grau 3.</p> <p>Goniometria – apresenta amplitudes descritas em Anexo E (onde se verifica melhoria significativa das amplitudes das articulações do quadril e do joelho)</p>
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca direita.	<p>Ensinar sobre a importância dos exercícios musculares (exercícios isométricos);</p> <p>Ensinar sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem consciência da relação existente entre os exercícios musculares e articulares e a melhoria na mobilidade da anca direita.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca direita, melhorada. Doente compreende a importância dos exercícios musculares e articulares para a recuperação da mobilidade da articulação da anca e conseqüente recuperação da funcionalidade do membro inferior.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.	<p>Instruir sobre exercícios musculares (exercícios isométricos);</p> <p>Instruir sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares, melhorado. Doente compreendeu quais exercícios devem ser executados e como.</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.</p>	<p>Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos); Treinar exercícios musculares e articulares (exercícios ativos). - Reforçar os exercícios musculares e articulares.</p>	<p>1º dia de internamento A doente não tem capacidade para executar os exercícios musculares e articulares, devido a fatores de dor, e imobilidade do membro inferior direito, por consequência da fratura da anca.</p> <p>12º dia de internamento Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares, não demonstrada. Doente ainda não está capaz para realizar os exercícios musculares e articulares ativos, devido à dor presente na mobilização da articulação.</p> <p>17º dia de internamento A doente tem a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares melhorada, já tem 6 dias pós cirurgia, a dor está controlada. Colabora na execução dos mesmo e sente-se motivada.</p>
---	--	--

Tabela 6 – Foco Movimento Corporal Estudo de Caso A

Foco Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação diafragmática - Reeducação costal bilateral 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Avaliação da Dispneia – MRC-DS (não foi possível de ser avaliada pois a doente não tem atividade, está imobilizada no leito)</p> <p>Auscultação pulmonar, nas 1ª e 2ª avaliações apresenta sibilos, com SaO2 de 93% em repouso.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Avaliação da Dispneia – MRC-DS – pontuação 1</p> <p>Auscultação pulmonar - murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares.</p> <p>SaO2 com melhoria progressiva ao longo do internamento, no decorrer do tratamento de reabilitação, implementado, nomeadamente a reeducação funcional respiratória, com SaO2 de 99% em repouso.</p> <p>Melhoria do padrão ventilatório, respiração predominantemente diafragmática, profunda, sem utilização de músculos acessórios.</p>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação</p> <p>Informar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação</p> <p>Instruir sobre técnicas respiratórias</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem conhecimento sobre técnicas respiratórias.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Conhecimento sobre técnica respiratória melhorado, a doente conhece os exercícios anteriormente ensinados e treinados, sabe como realiza-los e qual o objetivo dos mesmos.</p>
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória	<p>Treinar técnicas respiratórias para melhorar a ventilação</p> <p>Incentivar sobre o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente tem a capacidade para executar as técnicas respiratórias, comprometida.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>A doente apresenta a capacidade para executar técnica respiratória, melhorada.</p>

Tabela 7 – Foco Ventilação Estudo de Caso A

Resultados:

Durante 17 dias de internamento, a Sra. J.M. participou de forma ativa e motivada para a sua recuperação, no tratamento de reabilitação que foi proposto e negociado com ela. A família esteve envolvida, por duas vezes de forma presencial, tendo sido feitos ensinamentos relativamente aos exercícios respiratórios e musculares e articulares importantes para a manutenção da sua saúde e com vista à aquisição de competências nas áreas retratadas nas tabelas anteriormente apresentadas, relativamente aos focos de atenção identificados.

Apesar de existirem fatores de risco identificados na aplicação do instrumento de avaliação do risco de não adesão ao tratamento, disponível no catálogo CIPE da Ordem dos Enfermeiros, tais como cognição comprometida e dor presente, a doente teve uma adesão ao tratamento de reabilitação melhorada. Pode-se constatar que as intervenções implementadas, que estão apresentadas nas tabelas acima, tiveram resultados positivos. Houve uma melhoria no controle da dor por exemplo, o que possibilitou que a doente conseguisse fazer numa fase pós cirúrgica, os exercícios articulares e musculares ensinados e treinados pela mestrandia. Mesmo não havendo possibilidade de melhorar capacidades de memória e cognição, a intervenção contínua de enfermagem de reabilitação, ensinando, instruindo e treinando os exercícios respiratórios e motores, possibilitou a doente reforçar a capacidade para dar continuidade aos mesmos, reforçando a prevenção de complicações e melhoria na sua funcionalidade e autonomia.

Pode-se concluir que a doente adquiriu um conhecimento e capacidade sobre o tratamento de reabilitação melhorados, e conseguiu ganhar consciência sobre a importância desse mesmo tratamento proposto, sendo que teve ganhos em saúde indiscutivelmente.

6.2. ESTUDO DE CASO B

Avaliação inicial

A pessoa deste estudo de caso, é uma mulher, Sra. M.F.D.C., de 69 anos, caucasiana, escolaridade 4ª classe, antiga trabalhadora fabril, (até aos 54 anos), reformou-se em 2006 quando lhe foi diagnosticada uma neoplasia da mama direita. Reside com o marido, com quem tem uma filha em comum, Patrícia (nome fictício), que reside em França. Anteriormente ao episódio de internamento, independente nas AVD's, fazia as suas tarefas domésticas diárias,

partilhadas com o marido que executa as tarefas mais exigentes como fazer a cama, pendurar a roupa e ir às compras, devido a algumas limitações consequentes de alterações na mobilidade do membro superior direito, e uma diminuição da tolerância ao esforço devido à neoplasia do pulmão diagnosticada em 2018.

A doente reside com o marido, numa casa térrea, sem barreiras de acessibilidade. A residência possui todas as condições de saneamento básico, e tem uma casa de banho já adaptada desde o ano de 2018, quando foi diagnosticado o cancro do pulmão e começou a apresentar algumas limitações. Apesar da única filha residir fora do país, tem um neto que viveu com os avós até recentemente, tendo mudado para casa própria, nas proximidades de onde reside a doente. A Sra M.F.D.C, refere que o neto demonstra disponibilidade e ajuda os avós no que consegue. A necessidade de apoio não tem sido muita, visto que o esposo da doente, é um senhor independente, sem problemas de saúde relevantes, possui carta de condução, reunindo as condições para garantir idas a consultas, exames e tratamentos, e realizar atividades que sejam em contexto dentro e fora de casa.

Doente com fatores de risco cardiovasculares de hipertensão arterial e obesidade, e antecedentes pessoais de carcinoma da mama estadio IV com metastização óssea e pulmonar, com derrame pleural à direita.

Inicialmente foi avaliado o estado de consciência da doente, para garantir que tinha critério de inclusão para ser alvo de estudo. De acordo com a Escala de Coma de Glasgow (Anexo X), a doente apresenta um *score* de 14, (resposta verbal confusa, 4pts), sendo que é superior a 9 admite-se a doente para estudo de caso.

A doente encontrava-se em casa com o marido, já com um quadro de cansaço progressivo com 4 dias de evolução, de forma espontânea começou a referir dispneia e mal-estar, o esposo ligou para o serviço de emergência médica e a Sra. M.F.D.C. foi transportada pela VMER ao serviço de urgência do hospital de área de residência. À admissão apresentava dispneia, hipertensão, com edemas dos membros inferiores. No dia seguinte, a doente é transferida para Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, por trombo embolismo pulmonar, de alto risco com choque cardiogénico. Após melhoria clínica progressiva, a doente foi transferida para Unidade de Cuidados Diferenciados de Cardiologia (UCDC).

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é considerado globalmente o terceiro evento cardiovascular agudo mais frequente, a seguir ao enfarte agudo do miocárdio e o AVC (Task

Force Members, 2020). Existem diversos fatores de risco que predisõem a pessoa a este evento tromboembólico pulmonar, tais como traumatismos, cirurgia, fraturas de membros inferiores e substituição articular, lesão medular. O cancro é bem conhecido como um fator predisponente para este evento, e dependendo do tipo de cancro poderá aumentar o risco, como é o caso de cancro do pulmão (Task Force Members, 2020). A doente em estudo tem diversos fatores de risco cardiovasculares como foi referido e apresenta metastização pulmonar do seu cancro primário da mama, possuindo assim um risco prévio para a ocorrência de um TEP.

A hipoxemia é uma das características do TEP grave, exige um aporte adicional de oxigénio como tratamento e em alguns casos que se desenvolva uma insuficiência respiratória grave poderá haver necessidade de ventilação mecânica ou não invasiva (Task Force Members, 2020). Sendo que a ventilação comprometida é um diagnóstico de enfermagem nos doentes com TEP, considera-se fundamental a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na reeducação funcional respiratória da doente em estudo.

Nas tabelas que se apresentam de seguida, estão descritos os planos de cuidados estabelecidos para a doente e respetivas avaliações da aplicação do mesmo.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>A doente dá a entender que compreende a importância da sua adesão ao tratamento proposto pelo enfermeiro de reabilitação e da possibilidade de melhoria da sua condição “Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica? R.: <i>Sim, penso que compreendo.</i>”</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	<p>Ensinar sobre o regime de reabilitação:</p> <p>- Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação ...</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>Demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado. No fim do tratamento tem pleno conhecimento e consciência de que o tratamento de reabilitação foi fundamental para a sua recuperação. Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? R.: <i>Se acho que fiquei melhor? Sim, claro que estou melhor, sinto-me melhor. Já consigo coisas que não conseguia... já tomo banho, já me levanto, dou uns passinhos... também já não estou tão cansada e isso ajuda muito.</i></p>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	<p>6º dia de internamento</p> <p>Adesão ao regime de reabilitação melhorada</p>

Tabela 8 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso B

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de reeducação diafragmática (realizado ensino e treino de exercícios respiratórios, dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração abdomino-diafragmática, e reeducação costal global) <p>Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória</p>	<p>2º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO2 de 92% para 94%, sem dispneia associada. (com aporte de oxigénio a 1L/min). Frequência respiratória controlada num ritmo de 12 ciclos/min.).</p> <p>5º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO2 de 94% para 96%, sem dispneia associada. (com aporte de oxigénio a 1L/min). Frequência respiratória controlada num ritmo de 12 ciclos/min.).</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO2 de 88-90% para 94-95%, sem dispneia associada. (sem aporte de oxigénio). Frequência respiratória controlada num ritmo de 14 ciclos/min.).</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo de dissociação dos tempos respiratórios, (10-30min. 2-3 vezes ao dia - Reeducação diafragmática, (10-30min. 2-3 vezes ao dia - Reeducação costal global com recurso a dispositivo* 	<p>2º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas ensinadas. Apresenta um score de 15 na Escala de Glasgow, nível de consciência compatível com a aprendizagem, e através da avaliação do teste de cognição, Mini Mental State (anexo), não apresenta diminuição da cognição que coloque em causa a aprendizagem dos exercícios em questão.</p> <p>Doente compreende a informação transmitida.</p> <p>5º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionada.</p> <p><u>Nota de enfermagem de reabilitação:</u> “Doente já ensinada anteriormente, executou exercícios respiratórios anteriormente aprendidos sem dificuldade, controlo e dissociação</p>

		dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, como já tinha aprendido, e reeducação costal global, com auxílio do bastão, ...”
Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória	<p>Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p>	<p>A partir do dia 2º dia de internamento, dia em que foi informada a doente sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica, e foi ensinada sobre as mesmas, nas sessões seguintes nomeadamente do 3º ao 6º dia de internamento, a doente foi instruída a realizar os exercícios, foi assistida nos treinos dos mesmos, e incentivada a dar continuidade.</p> <p>“Doente executa os exercícios aprendidos, assistida pela enfermeira, sem dificuldades.”</p>

Tabela 9 – Foco Ventilação, Estudo de Caso B

Foco: Intolerância à atividade		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Intolerância à atividade	<p>Avaliar com a pessoa a relação entre atividade/repouso e conservação de energia.</p> <p>Ensinar sobre a gestão dos períodos de atividade e repouso.</p> <p>Instruir para gestão dos períodos de atividade e repouso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade - Vigiar períodos de atividade e repouso - Planejar repouso. 	<p>- Escala de MRC Dyspnea Scale</p> <p>1º dia de internamento</p> <p>A doente permanecia no leito sem indicação para iniciar levantar, não foi possível aplicar a escala no que diz respeito à tolerância à atividade de andar, mas relativamente a atividades de vida diárias como higiene pessoal e vestir-se, ou o alimentar-se a doente sentia cansaço, sem capacidade para realizar essas tarefas sozinha, necessitando de ajuda total/parcial. Foi instruída a não fazer esforço além do seu limite de tolerância.</p> <p>Já após o 1º levantar, no 7º dia de internamento, doente apresentava uma intolerância à atividade de score 2, conseguia deambular a um ritmo lento, e com auxiliar de marcha, com necessidade de parar várias vezes durante o percurso. Foi instruída a fazer percursos de curta distância para ir testando a sua tolerância e gradualmente ao longo do tratamento objetiva-se adequar o tempo e distância à evolução da doente.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia	<p>Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia</p> <p>Instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia.</p>	<p>A doente, desde o primeiro dia de intervenção, demonstrou capacidade de compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a sua situação atual. Foram ensinadas estratégias adaptativas para realizar as AVD's, como planejar primeiro a atividade de acordo com a sua tolerância e realizar de forma calma e com as pausas que forem necessárias. Por ex.: na higiene primeiro pensar nos artigos de higiene que precisa, planejar com alcançar e reunir os mesmos para leva-los até ao WC e depois fazer a atividade. Garantir que tem no duche um banco para se sentar e se necessitar de ajuda de terceiros pedir antecipadamente para garantir o apoio necessário.</p> <p>Doente consegue planejar as AVD's, com aplicação de estratégias adaptativas.</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade de implementar as estratégias adaptativas para as atividades do dia-a-dia, anteriormente apreendidas</p>	<p>Avaliar se a doente compreendeu a importância das estratégias adaptativas e se considera capaz de implementá-las.</p> <p>Incentivar a doente a implementar as estratégias anteriormente aprendidas</p> <p>Treinar a implementação das estratégias aprendidas.</p>	<p>2º dia de internamento</p> <p>Doente compreendeu a importância das estratégias adaptativas necessárias a serem implementadas para conseguir realizar as AVD's.</p> <p>7º dia de internamento</p> <p>Doente consegue planear as suas AVD's, com orientação da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, e implementar essas estratégias, em exercícios de treino, para posteriormente ser independente neste planeamento e execução. Potencial para melhorar a capacidade de implementar as estratégias adaptativas para as AVD's melhorado.</p>
--	--	---

Tabela 10 – Foco Intolerância à atividade, Estudo de Caso B

Foco: Movimento corporal (membro superior direito)		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido no membro superior direito (MSD).	Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos resistidos): - Mobilização da escápula - Mobilização do ombro - Mobilização do cotovelo - Mobilização do punho	- Instrumento de avaliação MRC – Muscle Scale 3º dia de internamento Força Muscular (FM) grau 2 na abdução do membro superior direito, FM grau 4 na flexão do cotovelo e FM grau 4 na flexão do punho. Posteriormente, após 3 dias de exercícios musculares e articulares, ativos resistido, no 6º dia de internamento a doente mantém a mesma FM nos movimentos de flexão de cotovelo e punho, mas apresenta FM de grau 3 na abdução do membro superior direito. A doente apresenta o movimento corporal melhorado no membro superior direito
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade do membro superior direito	Ensinar sobre a importância dos exercícios do membro superior direito e a melhoria na mobilidade do mesmo e repercussões positivas na função respiratória.	3º dia de internamento Foi explicado à doente a importância dos exercícios musculares e articulares do MSD, no contexto específico, pelo que a doente compreendeu o que foi ensinado. 6º dia de internamento A doente tem consciencialização da relação entre os exercícios aprendidos e a mobilidade do MSD melhorada.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares do membro superior direito.	Ensinar sobre exercícios musculares e articulares. Instruir sobre exercícios musculares e articulares.	3º dia de internamento A doente não possui qualquer tipo de conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares a realizar no MSD. 6º dia de internamento O conhecimento da doente sobre os exercícios musculares e articulares no MSD está melhorado. A doente já consegue explicar à família como tem feito os exercícios, como são realizados, qual o número de séries e repetições.

<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares do membro superior direito</p>	<p>Incentivar a doente a realizar exercícios musculares e articulares do membro superior direito.</p> <p>Treinar exercícios musculares e articulares do membro superior direito.</p>	<p>3º dia de internamento</p> <p>A doente não consegue realizar os exercícios sem que sejam demonstrados primeiro pela enfermeira e depois realizar com a orientação e ajuda.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>A doente já inicia os exercícios de forma autónoma, correta e somente necessita de supervisão da enfermeira. Cumpre a sequência de movimentos, cumpre o número de séries e repetições. Apresenta capacidade para executar os exercícios melhorada.</p>
---	--	---

Tabela 11 – Foco Movimento corporal, Estudo de Caso B

Resultados

Em relação ao risco de não adesão ao tratamento de reabilitação proposto, a doente não apresenta fatores que possam interferir. Inicialmente não tem conhecimento sobre a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação para melhorar a sua condição de saúde, nomeadamente sobre a recuperação da função respiratória, e função motora do membro superior direito. Após as explicações e transmissão desse mesmo conhecimento, a doente demonstra interesse e motivação para participar no tratamento proposto. Demonstra capacidade para aprender os exercícios e posteriormente realizá-los de forma autónoma com supervisão.

Como se pode verificar nas tabelas do Apêndice III, a doente melhora a sua função respiratória e motora do membro superior direito (mastectomia à direita), com a adesão ao tratamento de reabilitação. Essa melhoria progressiva foi mais um fator para a adesão ao tratamento.

6.3. ESTUDO DE CASO C

Avaliação inicial

O estudo de caso que se apresenta de seguida, é o sr. E.R., um doente de 81 anos de idade, que reside com a esposa, uma senhora de 82 anos, sendo que são um casal independente, que se entreadjudam nas tarefas diárias. Têm dois filhos adultos, um deles reside no estrangeiro, e outro na mesma localidade que os pais, e é quem presta alguma ajuda relativamente às compras no supermercado. Residem numa moradia térrea, que segundo o sr. E.R. não tem degraus, nem outros obstáculos à mobilidade, e que no W.C. já foram feitas adaptações há 2 anos, nomeadamente foi removida a banheira e instalado um duche.

O Sr. E.R. tem como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial, Hiperuricemia com tufos gotosos nos dedos dos pés, *Diabetes Mellitus II*, Dislipidemia, Estenose aórtica grave, doença valvular cardíaca, osteoartrose do joelho esquerdo.

Seguido em consulta externa de Cardiologia, foi internado eletivamente, por queixas de agravamento do cansaço a pequenos esforços e dor retrosternal esporádica tipo queimadura para *com proposta para* implante transcater de válvula aórtica. Este é um procedimento cirúrgico

minimamente invasivo, em que é implantada uma nova válvula no interior da válvula aórtica que apresenta estenose. (*American Heart Association, 2020*).

O doente foi avaliado e observado no 4º dia de internamento, a primeira avaliação foi do nível de consciência através aplicação da Escala de Coma de Glasgow, sendo que o doente apresenta um score de 15, podendo ser alvo de estudo de caso por apresentar critério de inclusão.

O doente desconhece a importância da reabilitação respiratória, como meio de prevenção de complicações de cirurgias, sendo que foi avaliado o risco de não adesão ao tratamento recorrendo ao instrumento de Avaliação do Risco de Não-Adesão ao Tratamento, da CIPE (OE, CIPE, 2009), (Anexo I). Através desta avaliação, são identificados dois fatores de risco, nomeadamente intolerância à atividade e presença de dor.

Devido à presença de dor segundo a avaliação feita utilizando a Escala Visual Analógica da Dor (EVA), nos membros inferiores devido à hiperuricemia, foi identificado diagnóstico de andar comprometido no doente. Para avaliar dispneia, cansaço, intolerância à atividade, foi utilizado o instrumento MRC – DQ, conforme apresentado na Tabela 2

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua falta de ar	Avaliação Inicial	Avaliação no 7º dia internamento
Grau 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício físico intenso		
Grau 1 Falta de Fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado		
Grau 2 Andar mais devagar do que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal		X
Grau 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos	X	
Grau 4 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir		

Tabela 12 - Avaliação da dispneia através do MRC – DQ, Estudo de caso C

As intervenções de enfermagem especializada, formuladas foram essencialmente de reabilitação respiratória e motora, para os diagnósticos feitos, conforme consta nas tabelas abaixo apresentados.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	4º dia de internamento Doente demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada. Na aplicação do instrumento de risco de não-adesão ao tratamento revela fatores de risco, como a dor e a intolerância à atividade. Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica? R.: <i>Sim compreendo, sei que a minha respiração não está muito bem, devido ao meu coração, e cansa-me muito. Gostaria de melhorar como me sinto.</i>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	Ensinar sobre o regime de reabilitação: - Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação ...	9º dia de internamento Doente demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado. Sendo que no fim do tratamento tem pleno conhecimento e consciência de que o tratamento de reabilitação foi fundamental para a sua recuperação. Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? R.: <i>É assim... eu sei que é importante. Ainda me sinto cansado, mas aprendi a respirar de uma forma diferente. (...) Em relação à dor ao andar, a medicação já começa a fazer efeito, mas o andarilho ajuda-me a não fazer tanta força nos pés...</i>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	9º dia de internamento Adesão ao regime de reabilitação melhorada

Tabela 13 – Foco Adesão ao Tratamento de reabilitação, Estudo de Caso C

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação:</p> <p><u>Controlo de dissociação dos tempos respiratórios</u>, (10-30min. 2-3 vezes ao dia</p> <p><u>Reeducação diafragmática</u>, (10-30min. 2-3 vezes ao dia</p> <p><u>Reeducação costal global com recurso a dispositivo*</u></p>	<p>4º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas respiratórias. Não tem fatores de risco de não adesão que estejam relacionados com alteração do estado de consciência ou cognição comprometida. Doente compreende a informação transmitida.</p> <p>9º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionado.</p> <p><u>Nota de enfermagem de reabilitação:</u> “Doente executa os exercícios respiratórios anteriormente aprendidos sem dificuldade, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, como já tinha aprendido, e reeducação costal global, com auxílio do bastão.”</p>
Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória	<p>Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p>	<p>4º dia de internamento</p> <p>Doente foi informado sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica, e prevenção de complicações pós cirurgia. Foi ensinado sobre as mesmas, e foi instruído a realizar os exercícios, foi assistido nos treinos dos mesmos, e incentivada a dar continuidade.</p> <p>“Doente executa os exercícios aprendidos, sem dificuldades.”</p>

Tabela 14 – Foco Ventilação, Estudo de Caso C

*não está descrita frequência na literatura, optou-se por associar ao controlo de dissociação dos tempos respiratórios usando a mesma frequência, respeitando a tolerância da doente.

Foco: Movimento corporal (membros inferiores)		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido nos membros inferiores (MI's), devido à presença de gota nas articulações dos dedos dos pés. Doente apresenta dificuldade no Andar, por presença de dor nos pés.	Controlo da dor através da administração de medicação analgésica prescrita. Controlo da dor e edema através de terapêutica não medicamentosa, aplicação de gelo e repouso.	4º dia de internamento Doente apresenta dor 5 na EVA da dor. A presença de dor limita a capacidade do doente em Andar. Consegue andar, mas com dificuldade, faz curtos trajetos. 9º dia de internamento Doente tem a dor mais controlada, apresenta dor 3 na EVA da dor. Doente já se sente mais capaz de fazer os trajetos, mesmo curtos com menos dificuldade.
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar.	Analisar com a pessoa a relação entre o uso auxiliar de marcha e a autonomia para andar.	4º dia de internamento Foi explicado ao doente a importância do dispositivo auxiliar de marcha para que adquira autonomia para andar, pelo facto de fazer menos carga sobre os pés, doente compreende.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o auxiliar de marcha e sobre andar com auxiliar de marcha	Ensinar sobre auxiliar de marcha Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha.	4º dia de internamento O doente não possui qualquer tipo de conhecimentos sobre auxiliares de marcha e como andar com auxílio do dispositivo. Doente aprendeu sobre auxiliares de marcha.
Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha.	Instruir sobre andar com auxiliar de marcha Treinar o andar com auxiliar de marcha	4º dia de internamento O doente não consegue andar com auxiliar de marcha. 9º dia de internamento O doente já consegue andar com auxiliar de marcha de forma independente e correta, necessita de supervisão da enfermeira. Apresenta capacidade para executar o andar com auxiliar de marcha melhorada.

Tabela 15 – Foco Movimento corporal (membros inferiores), Estudo de Caso C

Resultados:

Durante o decorrer do tratamento de enfermagem de reabilitação proposto, o doente foi adquirindo os conhecimentos pela mestrandia, e foi ganhando consciência da importância desta intervenção especializada.

Os conhecimentos adquiridos foram relativamente à importância do papel e intervenção do enfermeiro de reabilitação, na recuperação da sua funcionalidade motora e nas estratégias existentes para facilitar a sua marcha, que se encontrava alterada devido à inflamação nas articulações dos pés, desencadeada pela hiperuricemia. O doente cumpriu a terapêutica farmacológica e não farmacológica, instituída para alívio e controlo da dor, e com a melhoria, adotou a estratégia do uso do dispositivo auxiliar de marcha. Não tendo conhecimento prévio, foi feito o ensino sobre o uso deste dispositivo, o doente adquiriu o conhecimento e capacidade para o uso, utilizando posteriormente corretamente, o que possibilitou um ganho em termos de independência na atividade andar, e outras atividades inerentes.

Em relação ao diagnóstico de ventilação comprometida, embora não tenha havido um acompanhamento do doente no pós-operatório, o doente adquiriu conhecimentos sobre a prevenção de possíveis complicações respiratórias, adversas a uma cirurgia cardiotorácica. Aprendeu sobre os exercícios respiratórios e adquiriu a capacidade de os realizar de forma autónoma.

Resumidamente, pode-se constatar que houve uma intervenção positiva de enfermagem de reabilitação e avalia-se que houve ganhos para o doente, através da aquisição de conhecimentos e capacidades que possibilitam uma melhoria na sua funcionalidade e prevenção de complicações.

6.4. ESTUDO DE CASO D

Avaliação inicial:

Este estudo de caso é de uma doente de 57 anos, A.I.F., anteriormente independente nas AVD's, residia sozinha, divorciada e mãe de duas filhas já em idade adulta, tem uma neta, que ajuda a tomar conta nos seus tempos livres. É uma senhora ativa profissionalmente, trabalha numa peixaria de um supermercado.

Tem antecedentes pessoais de HTA, Diabetes *Mellitus* tipo 2, dislipidemia, obesidade, DPOC, Tabagismo (1 maço/dia), alcoolismo, esteatohepatite alcoólica, faz medicação direcionada às patologias descritas.

Após uma exposição inalatória prolongada a produto tóxico com Cloro (Chorsan), foi internada em UCI. O primeiro contacto com a doente ocorre na 4ª semana de internamento.

A doente sem sedação, desperta, dirige o olhar e pestaneja, mantém tetraparesia flácida. Mantem VMI assistida por pressão, através de traqueostomia. Na avaliação do estado de consciência utilizando a escala de Glasgow, a doente apresenta uma abertura ocular espontânea com um score de 4, resposta motora com movimento de retirada à dor, nomeadamente do pescoço, com score de 4, e relativamente à resposta verbal não é aplicável a avaliação sendo que a doente não comunica verbalmente devido à traqueostomia.

Doente ventilada, através de traqueostomia, com alteração à auscultação pulmonar, ronos dispersos bilaterais, gasimetria com valores normais, RX tórax com diminuição da expansão pulmonar do lado direito, por derrame pleural, mantém dreno torácico, oscilante. Foi elaborado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação respiratória, com o objetivo de recuperação funcional respiratória, no sentido de fortalecer os músculos respiratórios, melhorar a capacidade ventilatória, para a doente futuramente ter capacidade de realizar ventilação espontânea eficaz.

Ao longo do internamento, a doente apresentou frequentemente presença de secreções, com necessidade de ser aspirada através da cânula da traqueostomia.

Foi realizada a avaliação da adesão da doente ao tratamento de reabilitação proposto, através do Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento da CIPE (OE, CIPE, 2009), conforme consta no Anexo A. Foram identificados determinados fatores de risco de não adesão, nomeadamente Intolerância à atividade, Cognição comprometida, Compromisso musculoesquelético, Défice sensorial e Incapacidade de gestão do regime de tratamento.

Não foi possível numa fase inicial aplicar a entrevista direcionada, por comunicação comprometida, doente não verbaliza. Somente na fase final do tratamento, quando a doente já tem comunicação verbal eficaz, é que foi possível avaliar a adesão da doente às intervenções de enfermagem de reabilitação, propostas pela mestrandia.

A doente, como já foi referido anteriormente, apresenta uma tetraparésia flácida, em contexto de miopatia em doente crítico. A avaliação da força muscular de acordo com a escala MRC – Muscle Scale (Anexo IV) foi feita no 1º dia de intervenção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, outra avaliação intermédia ao 15º dia, e uma última avaliação passados 40 dias do início da intervenção dos enfermeiros de reabilitação, e são apresentadas na tabela x. No 40º dia de internamento, a doente já faz levante com carga e iniciou treino de marcha com andarilho em curto trajeto. Conforme pode ser observado nas tabelas dos planos de cuidados que se seguem.

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação realizados à doente, e nos quais incidiram as intervenções de enfermagem de reabilitação foram, ventilação comprometida, movimento corporal comprometido, limpeza das vias aéreas comprometida e risco de não adesão ao tratamento proposto. Os planos de intervenção constam nas seguintes tabelas.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º de dia internamento</p> <p>Não foi possível numa fase inicial aplicar a entrevista direcionada, por comunicação comprometida, doente não verbaliza.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Na fase final do tratamento, quando a doente já tem comunicação verbal eficaz, é que foi possível avaliar a adesão da doente às intervenções de enfermagem de reabilitação, propostas pela mestrandia.</p> <p>Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? “Sim, sem dúvida. Nunca pensei que conseguisse melhorar desta forma. Foram dias muito difíceis... ver as minha filhas e não conseguir falar, achei que nunca mais conseguiria andar, ou abraçar a minha neta... vocês foram uns queridos. Obrigada por tudo.”</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	Ensinar sobre o regime de reabilitação: - Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação.	<p>1º de dia internamento</p> <p>Não foi possível avaliar o conhecimento da doente sobre o regime de reabilitação.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente nesta fase já conhece bem o seu plano de reabilitação, inicia os exercícios de forma autónoma, necessita de apoio e supervisão para executá-los.</p>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	<p>40º dia de internamento</p> <p>Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades? “Foi querer fazer e não conseguir. Querer mexer um braço ou uma perna e não ter força para isso. As vezes ficava zangada” Q.: sentiu-se motivada ao longo deste percurso? “De início não... só quando já conseguia fazer qualquer coisa, e vocês puxavam por mim, o que foi bom.” Adesão ao regime de reabilitação melhorada.</p>

Tabela 16 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso D

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promovendo a sincronia e a adaptação ventilatória através de técnicas respiratórias como o controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global, em sincronia com o ciclo ventilatório, dos tempos inspiratórios e expiratórios. - Treino dos músculos respiratórios <p>Manter a permeabilidade das vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizando e eliminando secreções 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente com ventilação mecânica invasiva (VMI), pressão assistida. Sem compromisso do suporte ventilatório, mas sem capacidade para ventilação espontânea, com capacidade de expansão diafragmática diminuída. Doente não mobiliza as secreções.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente com VMI, ventilação espontânea assistida. Doente já possui uma ventilação espontânea, tem capacidade para fazer todo o ciclo respiratório que é suportada pelo ventilador caso a doente tenha alguma dificuldade em realizar algum ciclo. Já possui uma capacidade de expansão diafragmática melhorada, com fortalecimento dos músculos respiratórios. Doente mobiliza, mas não consegue expelir as secreções.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente com traqueostomia, já realizou desmame ventilatório e está numa fase pós ventilação mecânica invasiva, com aporte de oxigénio a 2L/min. Doente mobiliza e expela as secreções.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global, treino de músculos respiratórios).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas respiratórias. Apresenta fatores de risco de não adesão relacionados com alteração do estado de consciência e cognição comprometida. Doente não compreende totalmente a informação transmitida.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e tenta colaborar na execução dos mesmos.</p>

		<p>40º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionada.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória</p>	<p>Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente foi informada sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica. Foi ensinada sobre as mesmas, e foi instruído a colaborar dentro das suas possibilidades na execução dos exercícios. “Doente não colabora na realização dos exercícios, mas denota-se uma tentativa de pelo menos não contrariar os ciclos respiratórios suportados pelo ventilador.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente tenta colaborar na execução dos exercícios sendo que já possui capacidade de ventilação espontânea, porém “na tentativa de realizar a técnica, apresenta dificuldades, doente demonstra desconforto e apresenta-se polipneica, condição que dificulta a execução da técnica”.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente consegue executar os exercícios, com ligeiro cansaço, são realizadas pausas para descanso e doente gere o tempo para retomar a atividade proposta. Doente compreende a importância da realização destes exercícios para a recuperação da sua função respiratória.</p>

Tabela 17 – Foco Ventilação, Estudo de Caso D

Foco: Limpeza das vias aéreas		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Limpeza da via aérea comprometida	<p>Executar técnicas para limpeza da via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manobras acessórias (percussão e vibro compressões) - Tosse assistida e dirigida - <i>Cough Assist</i>® - Aspiração de secreções <p>Promover a hidratação por via da sonda nasogástrica</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Utilizadas manobras acessórias em coordenação com o ciclo ventilatório mecânico, e aspiradas secreções através de traqueostomia, doente não consegue mobilizar nem expelir as secreções.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Além das manobras acessórias, é utilizado o dispositivo <i>Cough Assist</i>® e posteriormente são aspiradas secreções através da traqueostomia. A doente após a estimulação com os dispositivos, apresenta reflexo da tosse, mas não eficaz sem a utilização do dispositivo, ainda não consegue mobilizar as secreções de forma autónoma.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Nesta fase a doente já não se encontra sob VMI, respira autonomamente, os músculos respiratórios foram trabalhados ao longo do internamento, já se consegue participação ativa, com coordenação da doente para realizar tosse assistida dirigida sem utilização do dispositivo. Doente tem capacidade de mobilizar secreções, mais facilmente após realização de manobras acessórias e consegue expelir as secreções através da traqueostomia. Limpeza da via aérea melhorada.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas para a limpeza da via aérea, incluindo o uso de dispositivo de promoção da limpeza da via aérea	<p>Ensinar sobre técnicas para limpeza da via aérea e sobre o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea.</p> <p>Instruir técnicas para limpeza da via aérea e sobre o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente desconhece técnicas de promoção de limpeza da via aérea. Foi ensinado à doente sobre algumas das técnicas existentes para uma limpeza da via aérea eficaz, foi explicado que nesta fase seria normal não conseguir colaborar ativamente no processo, mas que com a continuação das intervenções de ER, poderia ter um papel mais ativo. Quando questionada sobre aceitar a utilização destas técnicas a doente assente que sim acenando com a cabeça.</p> <p>15º dia de internamento</p>

		<p>A doente foi instruída sobre a utilização do Cough Assist®, foi transmitido como funcionava este dispositivo mecânico de tosse, através da diferença de pressões exercidas que simulam uma tosse eficaz e também das sensações que a doente poderá ter com a utilização do mesmo. A doente concorda com a utilização do mesmo.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Foi ensinada e instruída a doente, sobre a técnica de tosse assistida e dirigida, sem recurso ao dispositivo, e com necessidade da total colaboração da doente. A doente neste ponto tem um conhecimento sobre técnicas de limpeza de via aérea, incluindo o uso do dispositivo de promoção de limpeza, melhorado.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para a limpeza da via aérea incluindo o uso de dispositivo de promoção de limpeza da via aérea</p>	<p>Treinar técnicas para limpeza da via aérea</p> <p>Treinar/implementar o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea, nomeadamente o Cough Assist®, adaptado à traqueostomia.</p>	<p>15º dia de internamento</p> <p>Doente apresenta capacidade para executar técnicas para limpeza de via aérea comprometida, mas apresenta melhoria no que diz respeito à colaboração na utilização das técnicas para a limpeza das vias aéreas. Quanto à utilização do dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas, nomeadamente o Cough Assist®, a doente não tem capacidade para uso do mesmo de forma autónoma.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente apresenta capacidade para executar técnicas para limpeza de via aérea e capacidade de uso de dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas melhorada, ou seja, já consegue executar técnicas como tosse de forma eficaz, e faz uso complementar do dispositivo Cough Assist®, não de forma autónoma, mas de forma coordenada.</p>
<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea</p>	<p>Analisar a relação entre tosse e limpeza das vias aéreas.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente tem consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea, comprometida. Não tem ainda conhecimentos, experiência ou capacidade que fundamentem essa mesma consciencialização.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>A doente já tem conhecimentos e experiência com o uso de técnicas para limpeza da via aérea, nomeadamente a tosse assistida, seja por manobras externas realizadas pelo ER, ou através do uso de</p>

		<p>dispositivo Cough Assist®, que proporcionaram uma consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea melhorada.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente tem consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea melhorada. Como doente traqueostomizada tem sempre presente expetoração, e consegue perceber que utilizando as técnicas de limpeza e o uso do dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas, consegue mobilizar e expelir essas secreções através de tosse eficaz.</p>
--	--	---

Tabela 18 – Foco Limpeza da via aérea, Estudo de Caso D

Foco: Movimento corporal (membros superiores e inferiores)		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido nos membros superiores (MS's) e inferiores (MI's) devido à tetraparésia flácida que apresenta devido à miopatia do doente crítico	<p>Mobilização precoce dos membros superiores e inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercícios muscular e articular passivos dos segmentos articulares dos membros superiores e MI's. - Executar técnica de exercícios muscular e articular ativos assistidos e ativos resistidos dos segmentos articulares dos membros superiores e inferiores. 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente não participa nos exercícios. Consegue perceber-se um esboço de contração muscular nos MS's, mas não há movimento, Força muscular grau 1 (MRC MS). Doente não participa nos exercícios, sem contração muscular palpável ou visível nos MI's, força muscular grau 0 (MRC MS).</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente já possui movimento das articulações dos dedos das mãos, punhos e cotovelos, quando avaliada a força muscular dos MS's, a doente apresenta força de grau 3 (MRC MS). Doente apresenta contração palpável ou visível, mas sem movimento dos membros inferiores, exceção da articulação do tornozelo, apresenta movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência. Quando avaliada a força muscular doente apresenta força de grau 1 (MRC MS).</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente já possui movimento das articulações dos dedos das mãos, punhos, cotovelos e ombros, quando avaliada a força muscular, a doente apresenta força de grau 4 (MRC MS). Doente já possui movimento das articulações dos dedos dos pés, tornozelos, joelhos e ancas. Quando avaliada a força muscular, a doente apresenta força de grau 4 (MRC MS). Realiza todos os exercícios de forma autónoma e consegue mobilizar com a aplicação de resistência, mas ainda inferior ao esperado.</p>
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a	<p>Ensinar sobre exercícios musculares e articulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da omoplata 	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem a consciência da importância e da relação entre os exercícios realizados e a mobilidade dos membros superiores e inferiores. Não responde verbalmente, mas é capaz de comunicação não verbal com aceno da cabeça ou piscar os olhos.</p>

<p>mobilidade dos membros superiores e inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da articulação glenoumeral - Mobilização do cotovelo - Mobilização do antebraço - Mobilização do punho - Mobilização dos dedos das mãos - Mobilização da articulação coxofemoral (anca) - Mobilização da articulação do joelho - Mobilização da articulação tibiotársica - Mobilização dos dedos dos pés <p>Ensinar sobre exercício da ponte</p>	<p>15º dia de internamento</p> <p>Através de questões simples e diretas, tipo sim ou não, a doente refere ter consciência da importância dos exercícios e a sua mobilidade, pois constata uma evolução positiva relativamente aos membros superiores. Porém, não consegue perceber muito bem porque a recuperação da mobilidade dos membros inferiores está a ser mais demorada do que a recuperação dos membros superiores.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente tem plena consciência de que a realização de exercícios de reabilitação dos membros superiores e inferiores, foi fundamental para a recuperação obtida, da mobilidade dos quatro membros.</p>
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores</p>	<p>Instruir sobre exercícios musculares e articulares de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores.</p> <p>Instruir sobre o exercício da ponte</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente desconhece quais os exercícios musculares e articulares que vai fazer, e de como se realizam.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>A doente já conhece os exercícios, e como já possui mobilidade de algumas articulações dos membros superiores, consegue iniciar os exercícios habitualmente realizados, mas ainda assistidos pelo enfermeiro de reabilitação. Relativamente aos MI's, ainda realiza somente de forma passiva pois não possui mobilidade sequer para iniciar os mesmos.</p> <p>40º dia de internamento</p>

		A doente conhece os exercícios, sabe a importância dos mesmos e já realiza de forma autónoma, com supervisão do enfermeiro de reabilitação ou no caso de exercícios ativos resistidos, com a intervenção do EEER.
Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores	Treinar exercícios musculares e articulares de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores Treinar o exercício da ponte	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não apresenta potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares dos membros superiores e inferiores devido à tetraparésia, flácida, os exercícios são realizados de forma passiva, como mobilização precoce.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>A doente nesta fase do processo de reabilitação, já apresenta potencial para melhorar a capacidade de realizar os exercícios propostos. Já apresenta movimento articular nos membros superiores, embora não seja com a força desejada. Consegue iniciar os exercícios, mas executa de forma assistida. Apresenta contração palpável e visível, nos MI's, embora não haja movimento. Consegue fazer contração do músculo, mas ainda não inicia os exercícios isotónicos, sendo estes realizados de forma passiva, mas consegue realizar exercícios isométricos, com menos força do que o esperado.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente já adquiriu capacidade para executar os exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores, de forma autónoma, com supervisão do EEER, que foram propostos no plano de intervenção de ER.</p>

Tabela 19 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação, Estudo de Caso D

Resultados:

Este foi um estudo de caso que se prolongou por um período mais longo, cerca das 6 semanas de duração deste estágio, mas que se refletiu num período de reabilitação de 8 semanas para a doente, sendo que houve uma ausência de 2 semanas devido a calendário escolar. Este é um internamento mais prolongado, o que é habitual numa UCI, sendo que são doentes em situação crítica e de recuperação morosa.

Esta explicação é para contextualizar a situação da doente e duração da intervenção do enfermeiro de reabilitação, face aos ganhos que ocorreram. Os resultados obtidos foram de extrema importância, pois evidenciam a importância da intervenção especializada. Uma doente com ventilação e movimento corporal comprometidos, que com a evolução do tratamento de reabilitação, obviamente inseridos em cuidados multidisciplinares de elevada complexidade, readquiriu a capacidade de uma ventilação espontânea, e de recuperar a funcionalidade motora, desde por exemplo uma avaliação inicial na qual a doente não obedece a ordens e a resposta motora era exclusivamente a retirada quando estimulada, até à avaliação final com força 4, com capacidade de carga nos membros inferiores e de dar passos com auxílio de dispositivo de marcha.

No período de intervenção descritos neste estudo de caso, a doente permaneceu traqueostomizada, no fim já sob oxigenoterapia, mas com tosse eficaz, não comprometendo a limpeza das vias aéreas.

Num doente que esteve numa situação crítica, verificar esta evolução positiva na recuperação da funcionalidade foi um grande ganho em saúde, que surpreenderam a doente e família, que perspetivaram posteriormente um futuro mais positivo do que pensavam inicialmente.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise da produção dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, podemos retirar dados, que nos ajudem a identificar e compreender fatores que interferem na adesão do adulto internado, ao tratamento de reabilitação proposto pelo enfermeiro de reabilitação.

Após a análise dos estudos de caso realizados, no que diz respeito aos fatores de adesão ao tratamento de reabilitação proposto pela mestrandia no decorrer dos estágios, são apresentados em síntese, na tabela abaixo os fatores de adesão identificados em cada um dos estudos.

FATORES DE ADESÃO	Estudo de caso A	Estudo de caso B	Estudo de caso C	Estudo de caso D
Literacia em saúde				
Envolvimento da família	X	X	X	X
Ausência de dor ou desconforto				
Tolerância ao esforço				
Ausência de Agudização da doença	X	X	X	X
Estado psicológico e/ou emocional favorável	X	X	X	

Tabela 20 - Fatores de adesão ao tratamento de reabilitação

Sendo que todos os quatro doentes alvo de estudo de caso aderiram ao tratamento de reabilitação proposto, pode-se constatar que houve fatores transversais aos quatro que podem ter influenciado na adesão ao tratamento, nomeadamente o envolvimento da família, ausência de agudização da doença e estado psicológico e/ou emocional favoráveis. Estes mesmos fatores foram igualmente verificados nos estudos da revisão efetuada.

O envolvimento da família é mencionado por Chagas (2020), como um fator que influencia no desempenho do autocuidado do homem, no que diz respeito à sua saúde. E num outro estudo sobre as barreiras à adesão ao programa de reabilitação pulmonar, também é feita referência à importância da família do doente, e integra esta, como elemento que deve ser detentor do conhecimento sobre a doença assim como o doente (Fonte et al, 2021). Nestes estudos, os fatores mais evidentes, no que diz respeito a uma maior adesão ao tratamento de reabilitação, foram a presença da família e o seu apoio ao longo do tratamento de reabilitação.

No estudo sobre as barreiras à adesão ao programa de reabilitação, identifica-se a questão da agudização da doença como um risco à não adesão ao tratamento, pois entende-se que os doentes ao não validarem uma eficácia progressiva e constante, do programa de reabilitação tornam-se descrentes da sua verdadeira importância (Fonte et al, 2021).

Dos estudos da revisão, o que trouxe maior evidência sobre o fator estado psicológico e/ou emocional favorável, foi o relativo ao uso do “*exergaming*”³, pois demonstrou que as possibilidades de escolha, do método utilizado para o tratamento de reabilitação, trouxeram satisfação aos utilizadores, com influência psicológica, motivacional e satisfação, com possibilidade de conduzir a uma maior adesão ao tratamento de reabilitação (Novais et al, 2022).

Em relação ao fator literacia em saúde, embora no início da intervenção de enfermagem especializada em reabilitação, os doentes não possuíssem conhecimentos sobre o tratamento proposto, após ser feito ensino sobre as intervenções planeadas, têm a consciencialização, e conhecimentos melhorados, devido ao potencial que possuem para aquisição dos mesmos. A aquisição de conhecimentos foi fundamental para obter resultados positivos consequentes da intervenção especializada em reabilitação. Num estudo sobre o autocuidado do homem pós-alta hospitalar, é feita a referência de que conhecimento do homem sobre a sua condição de doença, para ter um maior entendimento sobre a importância dos tratamentos. Esta literacia em saúde, que é proporcionada ao doente pelo enfermeiro, ajuda o homem a valorizar a sua saúde e querer cuidar dela. Nesta perspetiva o autor considera que este conhecimento tem relevante importância para a adesão do homem ao tratamento. (Chagas, 2020).

A presença de dor, foi destacada como um fator dificultador de adesão ao tratamento, mas com o controlo da mesma, foi possível cumprir o plano de intervenções propostos. Foi notório que por existir flutuações na presença de dor, houve dias que não se conseguiu cumprir

³ “*exergaming*”: atividades físicas impulsionadas pela tecnologia, como jogos eletrónicos, que exigem que os participantes sejam fisicamente ativos ou se exercitem para jogar o jogo.

todo o plano, mas de qualquer forma, houve sempre uma evolução positiva, registrando-se ganhos em saúde para cada um dos doentes.

Em relação à presença de intolerância ao esforço, por uma diversidade de fatores inerentes à situação de cada doente alvo de estudo, não constituiu um problema propriamente dito para a adesão, sendo que foram feitos esforços no sentido de adaptar as intervenções consoante o nível de tolerância. Pode ter sido um fator que de certa forma exigiu que a intervenção de reabilitação, fosse mais fracionada e não tão intensiva, em conjunto com cada doente foram estabelecidas metodologias diferentes.

A identificação destes fatores de risco, previamente ao início do tratamento de enfermagem de reabilitação, revelou-se fundamental para pensar em estratégias que ajudassem a colmatar essas dificuldades, com antecedência. Quando os planos de intervenção foram elaborados em parceria com os doentes, já existiam propostas que ajudariam a contornar esses possíveis fatores de risco para a Não-Adesão ao tratamento proposto. Resumidamente, conseguiu-se elaborar os planos e colocá-los em prática sem resistências ou grandes dificuldades. A Adesão ao tratamento de Reabilitação proposto foi de uma forma geral positiva nos quatro doentes que foram apresentados neste relatório, alvo dos estudos de caso trabalhados, que se encontram nos apêndices II, III, IV e V, e os ganhos em saúde igualmente positivos e reconhecidos pelos doentes e suas famílias.

8. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a publicação em Diário da República em 2019, as competências comuns de enfermeiros especialista relacionam-se com competências técnicas, científicas e humanas que possibilitam o enfermeiro de prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização (2019). Estas competências incluem questões de educação do indivíduo e das pessoas de referência, que engloba a orientar, encaminhar, ensinar, liderar e de ajudar a compreender as questões e fenómenos que a pessoa vivencia. O enfermeiro especialista deverá ser capaz de fazer passar a informação a quem cuida. Deverá também o próprio especialista ser capaz de produzir informação científica através da investigação importante e pertinente, por forma a contribuir para o avanço e desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem (Diário da República, 2019).

São designadas como competências comuns, pois são transversais a todas as especialidades, independentemente das áreas de especialização, e incluem uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. As competências incluem ainda uma grande capacidade de suporte aos cuidados de enfermagem especializados que se estende a áreas específicas como a formação, investigação e acessoria.

Existem quatro domínios das competências do enfermeiro especialista, que são comuns a todas as especialidades, sendo eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em propensão de avaliação pessoal do desenvolvimento das competências, considera-se que foram adquiridas, devido a um maior conhecimento acerca de matérias como ética, e deontologia ao longo desta formação, foram desenvolvidas as competências preexistentes nesta área, agora com um conhecimento mais aprofundado, trazendo esse mesmo conhecimento da teoria à prática dos cuidados especializados. Considera-se que a prática de cuidados diária adotada, é fundamentalmente baseada no respeito pela individualidade, e unicidade do ser humano a quem são prestados os cuidados, sempre com base em conceitos de ética e deontologia em enfermagem, respeitando princípios legais e éticos.

Antes de qualquer intervenção junto do doente, houve sempre o cuidado, de apresentação ao doente, explicando a função desempenhada nas situações específicas, explicando no que se baseia a enfermagem de reabilitação. Todos os doentes que foram alvo dos cuidados especializados em reabilitação tiveram a oportunidade de colocar suas questões e verem esclarecidas a suas dúvidas, bem como as famílias dos mesmos. Todos planos de cuidados foram elaborados de forma individualizada com cada doente e em conjunto com o mesmo, o doente teve sempre oportunidade de colaborar no plano de intervenção, para que este se adequasse fielmente às suas necessidades, capacidades e vontades.

Nenhum doente foi obrigado a realizar o que quer que fosse, sempre que existiu alguma resistência por parte do doente aos cuidados, foram realizadas negociações com o mesmo, por forma a conseguir intervir, mas respeitando a sua integridade física, mental, emocional em cada momento.

Houve uma situação, por exemplo, de um doente no serviço de Cardiologia, que estava a evoluir positivamente no processo de reabilitação, readquirindo a sua autonomia no que diz respeito às AVD's, e aumentando a sua tolerância ao esforço. Devido ao internamento prolongado, por estar a aguardar intervenção cirúrgica, só possível após terminar antibioterapia, direcionada para a endocardite, começou a sentir-se cada vez mais deprimido e sem motivação para continuar o tratamento proposto. Apesar dos esforços para alterar essa situação, prestando apoio emocional, e estratégias de motivação, o doente não quis dar continuidade ao plano estabelecido, e regrediu na sua condição, e acabou por abandonar o internamento com o grande desejo de voltar a casa. É dever e competência do enfermeiro especialista, que integre princípios éticos tais como o respeito pela autodeterminação do doente ao seu cuidado e a capacidade de avaliar a maleficência que possa existir na contrariedade à vontade do doente. Posto isto foram respeitadas, a sua vontade, e as suas necessidades, tendo em conta esses princípios que regem a prática da enfermagem.

Como enfermeira dinamizadora da qualidade no serviço onde exerço funções de enfermeira, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, são de especial interesse para mim, e tendo já como base alguns conhecimentos, tendo em conta a minha experiência e formações realizadas na área, foi com peculiar empenho que me dediquei a desenvolver e aprimorar esta competência na área de especialização de reabilitação, tendo como objetivo ter um papel dinamizador na qualidade de cuidados especializados futuramente.

No decorrer deste mestrado, incluindo os estágios, houve a oportunidade de aprender com os enfermeiros orientadores de estágio e colegas especialistas, formas de prática

especializada por forma a desenvolver estratégias que promovam a qualidade dos cuidados especializados prestados nos serviços. Assim como preconizam as orientações sobre as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, a qualidade dos cuidados, “garante um ambiente terapêutico seguro”. É objetivo pessoal e profissional, proporcionar sempre cuidados em segurança, no seu conceito lato, a todos os doentes alvo da prestação de cuidados, garantindo essa segurança, através de uma prática de enfermagem, respeitando princípios de qualidade de cuidados de enfermagem especializada.

Por exemplo, na UCI, onde existe um projeto no âmbito dos PMCQCEE (Padrões de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação), que tem como objetivo “Avaliar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na resolução da limpeza das vias aéreas comprometida”, foi importante contribuir para esta avaliação, por forma a obter evidência da intervenção do enfermeiro de reabilitação, compreendendo a importância da mesma na efetiva resolução deste foco comprometido. A forma, que demonstrou ser mais eficaz e de melhor leitura foi, fazendo o diagnóstico de limpeza das vias aéreas comprometido, no processo de enfermagem do doente, planejar as intervenções inerentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação, tais como avaliar a ventilação, vigiar a respiração, vigiar secreções, avaliar a limpeza das vias aéreas, vigiar tosse, avaliar o tossir, executar técnica de reeducação diafragmática, executar cinesiterapia respiratória, executar técnica de posicionamento, treinar técnica de tosse. Ao realizar o registo de todas as avaliações e intervenções realizadas, no sistema informático de registos de enfermagem, cria-se a ferramenta indispensável, para poder posteriormente, analisar os dados e validar a eficácia da intervenção especializada, do enfermeiro de reabilitação.

Relativamente às competências referentes à gestão dos cuidados, foram adquiridas, ao longo deste mestrado, competências de liderança e de orientação das equipas, no que diz respeito aos cuidados de ER. Tendo como base a experiência profissional na gestão de serviço, que inclui a gestão da equipa de enfermagem, neste percurso, foram desenvolvidas competências específicas especializadas, planeando cuidados especializados, e promovendo a participação dos elementos de enfermagem com especialidade nos cuidados planeados, obtendo assim melhores resultados na evolução positiva dos doentes alvo dos cuidados. Foi objetivo ao longo deste percurso, adquirir uma maior autonomia no planeamento dos cuidados, e na intervenção autónoma especializada. Foi um processo desafiante, pois não é nada fácil liderar junto de equipas com as quais não estamos envolvidos diariamente e continuamente e sem deixar nenhum sentimento de inconveniência. Conseguiu-se por fim, que enfermeiros

especialistas de reabilitação tivessem consideração e respeito pelos planos de intervenção de enfermagem de reabilitação propostos, e que dessem continuidade aos mesmos. Certamente constatou-se uma mais valia nos ganhos em saúde para os doentes em equação.

Na UCI, já nas últimas duas semanas de estágio, foi alcançada uma dinâmica interessante e muito produtiva. No início do turno, após serem passadas as ocorrências de todos os doentes, os enfermeiros generalistas ou especialistas, questionavam sobre quais os doentes que estavam em plano para intervenção de reabilitação. Nesta fase, já havia a capacidade de gerir os cuidados gerais aos doentes com os cuidados especializados. Propunha-se que fossem por exemplo prestados os cuidados de conforto e higiene pessoal, que o doente ficasse em posição de conforto para depois fazer reabilitação motora por exemplo, e posteriormente ser posicionado no decúbito adequado.

A última competência comum dos enfermeiros especialistas descrita, é do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que visa o desenvolvimento do autoconhecimento e o comportamento assertivo no desempenho das funções. Também faz referência à capacidade que o enfermeiro especialista tem em basear a sua prática de cuidados especializados na evidência científica existente sobre a área de especialização.

Como licenciada em enfermagem há 13 anos, e estes são os anos que separam a formação base do atual mestrado e especialidade, foram vários anos afastada do contexto académico. Uma das coisas aprendidas neste percurso como mestranda, foi a dar importante relevância, à evidência científica, ficou compreendido, que os estudos científicos existentes são uma fonte de conhecimento fundamental para compreendermos o porquê das coisas, compreendermos a relação causa efeito de alguns factos, de termos forma de comprovar, que determinada forma funciona e de outra nem por isso. Percebeu-se que cada enfermeiro não tem possibilidades de ao longo da sua vida profissional experienciar múltiplas situações que possam trazer o conhecimento da prática de enfermagem, e que através dos estudos feitos por um Universo de profissionais, conseguimos ter acesso ao conhecimento, todos da mesma forma, estudando, lendo e comprovando a veracidade desses mesmo estudos. Foi através dessa mesma evidência que foi percecionado sobre o que é reabilitar, e como podem ser prestados cuidados especializados, com maiores probabilidades de produzir resultados positivos na evolução dos doentes. Desta forma, considera-se que este desenvolvimento como profissional de enfermagem foi francamente positivo e que será possível, seguramente prestar os cuidados de forma assertiva, sabendo defender os princípios pelos quais são regidos a prática diária, pois a evidência existe e podemos ter acesso a ela.

8.2.COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Como mestranda de enfermagem na área de enfermagem de reabilitação, foi essencial desenvolver competências específicas nesta área, ao longo deste percurso académico.

O enfermeiro especialista em reabilitação (EER) presta cuidados de enfermagem especializados, a pessoas que têm uma condição de doença presente, seja ela aguda e/ou crónica. O doente a quem presta cuidados por algum motivo, seja doença natural ou um acidente, ficou afetado em algum tipo de funcionalidade, seja ela neurológica, motora, respiratória e/ou cardíaca. De uma forma genérica, o EER avalia o doente, as suas capacidades e potencialidades, faz o diagnóstico de enfermagem, planeia intervenções específicas de reabilitação, intervém, e avalia os resultados obtidos após a intervenção. Além de diagnosticar os problemas presentes, faz os diagnósticos de possíveis alterações secundárias que possam advir da sua condição atual. O seu objetivo é que o doente recupere o melhor possível a sua funcionalidade, e mesmo que não consiga recuperar a sua condição anterior à doença, vai promover a recuperação da sua autonomia na sua nova condição, proporcionando a manutenção da sua saúde, quer física ou mental e a sua autoestima (Diário da República, 2019).

O enfermeiro de reabilitação tem a capacidade de intervir junto da pessoa, e da pessoa significativa, família, prestadores de cuidados formais e informais, e até mesmo junto da comunidade, realizando ensinamentos, para que estes sejam capazes de cuidar, serem parceiros e se adaptarem também a esta nova condição.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, 2019, publicado no Diário da República a 3 de maio de 2019, as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são, cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. As competências transcritas têm cada uma os seus descritivos, unidades de competências e critérios de avaliação. É através destes itens e do seu desenvolvimento ao longo do percurso de formação que podemos determinar se as competências específicas foram alcançadas.

O cuidado à pessoa com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida, engloba a prestação de cuidados especializados às pessoas que por algum motivo de doença se deparam

com alterações nas suas capacidades e ou funcionalidades, seja em que idade for. O papel do enfermeiro especialista em reabilitação é identificar essas alterações avaliando a condição especial da pessoa, identificando um foco e a partir daí formular diagnósticos de enfermagem de reabilitação. A partir do diagnóstico o enfermeiro especialista deve estruturar um plano de cuidados que inclua intervenções específicas, em conjunto com o doente e ou família se possível, e intervir por fim, realizando constantemente avaliações dos resultados obtidos, por forma a manter o plano ou alterá-lo, se assim for necessário. O objetivo é obter ganhos em saúde, promover a recuperação, reabilitação do doente, recuperar a sua autonomia e funcionalidade dentro das suas limitações.

No decorrer dos estágios, definiu-se como objetivo, seguir este processo de enfermagem, respeitando sempre a globalidade e unicidade do doente alvo de cuidados. Segundo Henderson,

“... a fase de planeamento envolve a adequação do plano às necessidades do doente, atualizando o plano conforme necessário com base nas mudanças ... Na fase de implementação a enfermeira ajuda o doente a desempenhar as atividades para manter a saúde, para recuperar da doença... As intervenções são individualizadas, dependendo de princípios fisiológicos, a idade, dos antecedentes...”

(Allgood & Tomey, 2004, pp 118).

O enfermeiro especialista de reabilitação, não só tem a competência de cuidar do doente e promover a sua funcionalidade na fase aguda da doença em meio hospitalar, como tem a competência de o capacitar para posteriormente se reintegrar na sua vida familiar, social, económica e política, na sua comunidade, promover a sua inclusão. Ao promover a sua independência nas AVD's o enfermeiro especialista em reabilitação está a contribuir para a concretização dessa autonomia e para a reinserção na sua vida que existia anteriormente à sua condição.

Ao longo deste percurso, não houve oportunidade de trabalhar na comunidade, mas ao promover a reabilitação funcional dos doentes, ele alcança mais facilmente esse objetivo, que passa por estar capaz de regressar à comunidade e de reintegrar e reorganizar a sua vida pessoal, social e profissional em alguns casos. Através da colheita de dados junto do doente e ou familiares, conseguiu-se conhecer a realidade além das paredes do hospital, se o doente vai regressar a casa, se existem condições sociais, habitacionais, para que no seu regresso seja independente e no caso de não existirem as condições necessárias, o ER consegue definir possíveis soluções de adaptação. Capacitar o cuidador para apoiar, realizar atividades que o doente não consegue é uma das competências que adquirimos e desenvolvemos neste processo.

Aconselhar sobre: a aquisição de dispositivos de apoio, como por exemplo, arrastadeira, urinol, andariço, cadeira de rodas; ou adaptação da casa à nova condição, como a casa de banho, rebaixamento de duchas, cadeiras de higiene, remoção de portas para alargar o espaço, remoção de tapetes, conversão de degraus em rampas; ou técnicas, como ajudas na transferência, levantes, marcha com apoio; ou até mesmo técnicas de exercícios, sejam eles motores ou respiratórios, ensinar, incentivar a realização dos mesmos. Estes são alguns dos exemplos de intervenções realizadas junto do doente e famílias, ou cuidadores, que constituem uma parte integrante do processo de reabilitação e que é fundamental para capacitar a pessoa alvo do cuidado especializado.

Em certas situações foi sugerido à pessoa significativa que estivesse presente nos cuidados de reabilitação. Nos casos em que são feitos os ensinamentos e treino de exercícios específicos, que deverão ter continuidade após alta, foi importante ter a presença de alguém que acompanha o doente, depois em casa, para perceber como tem sido o percurso e poder acompanhá-lo na continuidade.

Também por várias vezes, foram identificadas necessidades existentes no domicílio, como por exemplo existência de banheira, com necessidade de comprar cadeira adaptada, no caso da impossibilidade de alteração para polibano, a aquisição de um dispositivo auxiliar de marcha adequado para o doente em questão, até mesmo a remoção de tapetes em casa, implementação de rampas, entre outras.

No estágio final, na Cardiologia, parte dos doentes estavam a aguardar intervenção cirúrgica, foi necessário fomentar o conhecimento sobre reabilitação cardíaca, as intervenções cirúrgicas mais frequentes, bem como a preparação pré e pós-operatória, e isso só foi possível através de pesquisa nas bases de dados, e leitura de artigos sobre a temática, essenciais para a aquisição do conhecimento sobre a mesma.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tal como os outros especialistas em enfermagem, devem contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados especializados. Desta forma, o EEER objetiva “a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem” (Ribeiro et al, 2021, pp 14). Estes enunciados são congruentes com as competências do EEER, e neste sentido estas são orientações fundamentais para os ganhos em saúde da população em geral, e o EEER tem um papel fundamental para que isso aconteça.

No estágio final, na UCI, foi possível acompanhar uma doente por um período de tempo mais prolongado e com maior intensidade e evolução do estado geral. É possível conseguir identificar o cumprimento dos enunciados descritivos, ao longo da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. A doente consciente e orientada, apesar de estar sob ventilação mecânica, desde início, fez parte do planeamento dos cuidados, foram respeitados os seus momentos, os seus timings, incentivando a sua autonomia, e motivando-a ao longo de todo o percurso de tratamento.

O principal objetivo, foi a recuperação da sua funcionalidade respiratória e motora, conseguir aumentar a sua capacidade respiratória, facilitando o processo de passagem da ventilação invasiva de suporte, para espontânea e por fim “desmame” ventilatório. A funcionalidade motora também alterada, foi um diagnóstico identificado e trabalhado para a aquisição da autonomia.

Quando a doente foi recebida de um serviço externo ao hospital, apresentava uma úlcera por pressão na região sagrada. Procurando prevenir ainda mais complicações, à medida que a doente ia adquirindo mais mobilidade foi incentivada a mobilizar-se por forma a aliviar os pontos de pressão, evitando a formação de novas úlceras, e promovendo a melhoria daquela que já apresentava. Além disso, foi reforçado junto da equipa da necessidade de alternar os decúbitos, fazer mobilização precoce nesta e em todos os outros doentes. Logo que possível, foi iniciado o levante da doente.

Ao longo deste processo de reabilitação foi possível alcançar cada vez mais o estado de bem-estar da doente, quer fosse pelos cuidados diretos prestados, ou pelos ensinamentos que foram sendo feitos à doente, que possibilitaram a aquisição de alguma independência, por exemplo, nos posicionamentos e alívio de pressão.

8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências que crescem no mestrado de enfermagem são de cariz intelectual, académico e profissional, e da prática de enfermagem. Este segundo ciclo académico, é de um nível mais elevado de complexidade, exige maior independência nas questões de análise da problemática e um pensamento mais crítico, ou seja, o enfermeiro é mais autónomo nas suas avaliações, pesquisas e reflexões, bem como na decisão clínica dentro da sua área de especialização (Calohee Nursing Subject Area Group, 2018).

Com o mestrado em enfermagem, na área de especialização de reabilitação, foram desenvolvidas competências e atingido um nível de conhecimento que possibilita tomar decisões de forma autónoma, adequadas à situação clínica do doente e tendo em conta o objetivo da reabilitação. É possível avaliar o doente, tendo em conta todas as suas especificidades e em caso de questões e dúvidas, existe a capacidade de desenvolver pesquisa científica direcionada e traçar um plano de cuidados especializados com segurança para o doente, sem comprometer princípios éticos e deontológicos e sem colocar em causa orientações de outros profissionais integrantes da equipa multidisciplinar. Foi adquirida a capacidade de discutir as situações e fundamentar as tomadas de decisão baseadas na evidência.

No estágio final, nas 6 semanas finais, que tiveram o contexto os cuidados intensivos, a mestranda considera já ter desenvolvido competências de autonomia na avaliação das situações e planeamento de intervenções específicas de reabilitação. Tem em consideração todas as particularidades do doente, observando, avaliando holisticamente todas as questões que condicionam a sua autonomia e funcionalidade.

O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, de um doente com as complexidades de cuidados intensivos foi desafiante no final deste percurso. Foi necessária uma capacidade de avaliação mais desenvolvida e uma base de fundamentação “sólida”, para discutir as intervenções planeadas com outros profissionais da equipa da Unidade.

A doente que foi alvo de estudo de caso neste estágio teve uma exigência superior, foi uma doente que na avaliação inicial, tinha uma capacidade de colaboração muito diminuída, mas com grande potencial de recuperação, com alterações de funcionalidade respiratória, neurológica e motora, e que se previa um internamento prolongado. Este período de tempo de internamento superior ao habitual, possibilitou mais tempo de intervenção especializada, mais oportunidades, uma reabilitação de maior proximidade, o que permitiu alcançar ganhos em saúde bastante significativos ao longo do tempo. Esse facto constatou-se ao longo das seis semanas, o que conferiu o ganho de aprendizagem especializada significativa também para a mestranda.

9. CONCLUSÃO

A adesão do doente adulto internado ao tratamento de reabilitação proposto, é um tema relevante, dentro da Enfermagem de Reabilitação, tendo em consideração que não é só o processo em si que conta, mas se este mesmo processo é aceite e compreendido por parte dos doentes ao qual se destina o próprio tratamento.

O ponto de partida do trabalho desenvolvido e que é aqui apresentado neste relatório, foi o projeto de estágio que teve como objetivo desenvolver um plano de avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado, e identificar fatores que interfiram na sua adesão ao tratamento de enfermagem de reabilitação. Para isso, foi importante definir estratégias de intervenção que contribuíssem para a adesão do doente ao tratamento de enfermagem e reabilitação.

Desta forma, ao longo deste percurso, que incluiu os estágios no âmbito do mestrado em enfermagem da especialidade em enfermagem de reabilitação, foi possível planear as intervenções de cuidados especializados, baseados na evidência científica, aprendida ao longo do percurso académico e através das pesquisas feitas. Foi um processo de aplicação dos conhecimentos teóricos à prática no contexto hospitalar mais precisamente, permitindo experiências de afirmação de competências adquiridas, e novas aprendizagens, tendo em conta as diversas variáveis existentes e transmissão de conhecimentos e experiências de outros colegas da especialidade.

O que se pode concluir ao longo deste percurso, é que todas as pessoas, independentemente da sua situação de doença, têm necessidades básicas que necessitam de ser satisfeitas, seja através da ajuda do enfermeiro ou através da capacitação delas mesmas para alcançar essa satisfação, independência ou autonomia na realização das atividades de vida diárias. De acordo com a teoria das necessidades de Virgínia Henderson, o enfermeiro avalia quais as necessidades que a pessoa necessita de serem satisfeitas, que por algum motivo de doença não consegue satisfazer de forma autónoma. O papel do enfermeiro é planear intervenções que ajudem essa pessoa a readquirir uma condição que a pessoa considere saudável, sendo que a saúde é a condição da pessoa se sentir bem, e não significa diretamente a ausência de uma doença. O papel do enfermeiro é de capacitar a pessoa para esse estado, ajudando na satisfação das suas necessidades.

Esse processo é feito em parceria, não é um caminho desamparado, mas para isso o doente tem de compreender a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação, precisa conhecer as possibilidades de tratamento existentes, aprender sobre o mesmo e ser capaz de decidir o que quer fazer e como quer fazer, sempre orientado pelo enfermeiro especialista. Este conhecimento do próprio doente, é fundamental para que haja adesão do mesmo ao tratamento proposto, o doente é o centro, e sem a sua adesão neste mesmo processo, torna-se difícil elaborar um plano de cuidados especializados e intervir de forma eficaz. A adesão faz parte do processo, e ao longo dos estágios foi possível perceber que após a aquisição do conhecimento sobre o tratamento e a sua importância para a recuperação funcional do doente, o doente foi mais receptivo e consentiu ser alvo dos cuidados especializados de reabilitação, o que permitiu uma melhoria da sua condição inicial.

Foi utilizada como metodologia de aprendizagem o estudo de casos múltiplos com abordagem descritiva do tipo qualitativa. Nos quatro estudos de caso apresentados neste relatório, foram identificados riscos de adesão ao tratamento, mas apesar disso, essas condicionantes foram trabalhadas e ultrapassadas e os doentes alvo de cuidados especializados aderiram da melhor forma possível ao tratamento de reabilitação e foram obtidos resultados positivos em todos eles. Na aplicação da entrevista direcionada, pode-se perceber que os doentes perceberam a importância do tratamento e os próprios sentiram que tiveram ganhos em saúde devido ao tratamento que fizeram.

Para estudar e compreender melhor a temática da adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação do adulto internado, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a partir da qual resultaram estudos sobre o tema. O desenvolvimento da síntese descritiva para obter evidência científica de sustentação ao tema foi de certa forma limitada, sendo que existem poucos artigos publicados tendo em conta os descritores definidos. Desta forma é importante referir que os dados encontrados só podem ser considerados no contexto de aplicação e servir de guia para trabalhos futuros.

Este foi um percurso moroso, mas com resultados positivos para a aquisição de competências da mestranda na área de especialidade em enfermagem de reabilitação, considerando que este foi o início de um futuro trabalho contínuo na enfermagem de reabilitação. A compreensão da importância da intervenção do enfermeiro especialista, não foi adquirida só por parte dos doentes, mas também pela mestranda, que se sente capacitada para dar continuidade às novas competências adquiridas na sua prática diária como futura enfermeira especialista, ou seja, apta para intervir e capacitar.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alligood, M.R. & Tomey A.M. (2002). Teóricas de Enfermagem e Sua Obra. Lusociência. “American Heart Association”. 2020 <https://www.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/Answers-by-Heart/What-is-TAVR.pdf>
- Apóstolo, J. L. A., & De Lima, D. V. M. (2016). Decodificando a síntese da evidência: conceitos. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 336. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165169>
- Apóstolo, J. 2012. *Instrumentos para avaliação em geriatria* https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.).
- Calohee, Nursing Subject Area Group (2018). *Tuning Educational Structures in Europe – Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing* <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/f868119c-e75a-472d-95ee-d8b8dd28c5af/WP%204%20-%20Del.%201.4%20Guidelines%20and%20Reference%20Points%20for%20the%20Design%20and%20Delivery%20of%20Degree%20Programmes%20in%20Nursing%20-%20>
- Castanheira, F. (2002). História da Enfermagem de Reabilitação. *A Considerar – Revista Ordem dos Enfermeiros*, 09 de Julho de 2003 https://www.aper.pt/wp-content/uploads/2023/04/Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf
- Chagas, D. D. N. P., De Carvalho, N. A., Arreguy-Sena, C., De Melo, L. D., Da Silva, G. A., & Spindola, T. (2020). Autocuidado do homem pós-alta hospitalar: perspectivas para o cuidado

de enfermagem numa abordagem domiciliar. *Enfermagem Brasil*, 19(5), 361.
<https://doi.org/10.33233/eb.v19i5.3660>

Correia, N., Bernardes, R., Parola, V., Neves, H., Gonçalves, A., & Queirós, P. (2022). A formação sobre cuidados de reabilitação na enfermagem de 1881 a 1966 – enquadramento legislativo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2).
<https://doi.org/10.33194/rper.2022.260>

Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 2), 7–17.
<https://doi.org/10.12707/riii1382>

Costa-Dias, M., Martins, T., & Araújo, F. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 1), 65–74.
<https://doi.org/10.12707/riii13101>

Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento n.º 140/2019
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Regulamento n.º 392/2019.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Diário da República. (2009). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In Diário da República (Vol. 140, pp. 4744–4750).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção-Geral da Saúde, (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021* – Portugal, Lisboa: direção-geral da saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde, (2003). *Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica*. – Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direcção Geral da Saúde. (09 de dezembro de 2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Fonte, C. L. d., Gomes, B. B., Cruz, S. d. J. V., Moraes, W. R. A., & Neves, L. M. T. (2020). Barreiras à adesão ao programa de reabilitação pulmonar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *ASSOBRAFIR Ciência*, 11, Artigo e42396. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.ac.2020.0016>

Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005). *Navigating Health – The Role of Health Literacy. Alliance for health and the future*. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>

Liistro, G., Macedo, J. R. F. F. d., Pieters, T., Caty, G., & Reychler, G. (2022). Distance from home to rehabilitation center did not influence adherence to pulmonary rehabilitation program: a retrospective study. *Fisioterapia Brasil*, 22(6), 881–894. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4953>

López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia la promoción de la salud*, 0121-7577(2462-8425), 117–137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>

Martin, K. A., Bowen, D. J., Dunbar-Jacob, J., & Perri, M. G. (2000). Who will adhere? Key issues in the study and prediction of adherence in randomized controlled trials. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), S195—S199. [https://doi.org/10.1016/s0197-2456\(00\)00078-7](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(00)00078-7)

Martins, A., Fernandes, M., Maia, J. M., Cortesão, N., Ferrão, C., Neves, J., & Leuschner, P. (2022). Proposta de Definição e Classificação de Insuficiência Respiratória. *Medicina Interna*, 29(4), 248–255. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1359>

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. d. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>

Merighi, M. A. B., Jesus, M. C. P. d., Domingos, S. R. d. F., Oliveira, D. M. d., & Ito, T. N. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: Perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes

de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 505–511.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670402>

Mini Exame de Estado Mental, (2014). <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>

Miranda, P.R.O.; Sacramento, D. B.O.; Diaz, F.B.O.; Vieira, T.L.; Pereira, R.S.F.; Alves, K.R. (2021). *Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento*. *Revista de Enfermagem da UFSM*
<https://doi.org/10.5902/2179769242403>

Novais, M. C. M., Carvalho, V. O., Sampaio, L. F. D., Lima, Y. K. d. S., Lima, T. V., Conceição, L. S. R., & Correia, H. F. (2022). *Adherence to cardiovascular rehabilitation with the use of exergaming: a systematic review*. *Movimenta (ISSN 1984-4298)*, 15(2), Artigo e20220021.
<https://doi.org/10.31668/movimenta.v15i2.12896>

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca Trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, 2015. *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros, (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. In Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) – do original *Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment*. *International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue* Edição Portuguesa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Ordem dos Enfermeiros, (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

- Pena, I.T. & Espirito-Santo, H. (2011). *Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos* [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Ramo Psicologia Forense]. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/119>
- Preda, A., & Moreira, S. (2019). Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(11), 721. <https://doi.org/10.20344/amp.12012>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. d. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Ribeiro, S., Cardoso, C. S., Valério, M., Machado, J., Costa, J., Rodrigues, C., & Rebelo-Markes, A. (2022). Confirmatory Evaluation of the Modified Medical Research Council Questionnaire for Assessment of Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 35(2), 89–93. <https://doi.org/10.20344/amp.15208>
- RIMAS, Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde, (2015). <http://rimas.uc.pt/instrumentos/52/>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 2–37.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Gomes, B., Souza Lima, D. K., & Padilha, M. I. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6–12. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Silva, D. M. da, & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Silva, L. & Mercês, N. (2018). *Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), (pp. 1263- 1267). <https://www.scielo.br/j/reben/a/tcfhx6kLfxjg9MDGMnLFC4n/?lang=pt#>

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17–26. https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

Vital, I., Cameron, L., da Cunha, T., & Santos, C. (2018). *Informação como instrumento da assistência ao paciente submetido a cirurgia ortopédica*. *Revista Cogitare Enfermagem*, 23(1). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51192>

Vitolins, M. Z., Rand, C. S., Rapp, S. R., Ribisl, P. M., & Sevick, M. A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), S188—S194. [https://doi.org/10.1016/s0197-2456\(00\)00077-5](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(00)00077-5)

Varanda, E. M. G., Rodrigues, C. A. F., & Costa, A. J. A. (2015, setembro). *Concurso padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da secção regional sul da ordem dos enfermeiros*. *ordemdosenfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

WHO, 2021. *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

APÊNDICE I

Projeto de Estágio



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

ADESÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO ADULTO INTERNADO

Docente Orientadora: Maria José Bule

Discente: Beatriz Costa



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

ADESÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO ADULTO INTERNADO

Docente Orientadora: Maria José Bule

Discente: Beatriz de Almeida Mónica da Costa, n.º 210531067

Setúbal, julho de 2022

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

DR- Diário da República

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEER - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

EVA – Escala Visual Analógica

FC – frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

MCR – MS - *Medical Council Research – Muscle Scale*

MCR – DQ – *Medical Council Research – Dyspnea Questionary*

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

SaO2 – Saturação de Oxigénio

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO:

Introdução: O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem competências na área de intervenção específicas, que permitem ajudar a pessoa em fase de doença aguda ou crónica, maximizar a sua funcionalidade e independência. A adesão ao tratamento proposto pelo enfermeiro de reabilitação, constitui uma condição fundamental para obter ganhos em saúde pois existe uma parceria entre enfermeiro-doente no cuidado de reabilitação.

Objetivo: desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado, procurando desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do doente adulto com alterações da função respiratória, cardíaca e/ou neurológica; identificar fatores que interfiram na adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem de reabilitação; definir estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem e reabilitação

Metodologia: Estudo de casos múltiplos com abordagem descritiva do tipo qualitativa

Descritores DeCS: Adesão ao Tratamento; Enfermagem em Reabilitação; Estado funcional; Conhecimento.

INTRODUÇÃO:

O projeto de estágio que apresento, está direcionado para ser desenvolvido em dois campos clínicos onde vou realizar o estágio final, primeiro na prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com doença cardíaca e respiratória e posteriormente Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações na funcionalidade, do foro neurológico.

O estágio relativo ao doente respiratório e cardíaco, no Serviço de Cardiologia de um Hospital Distrital, pertencente à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. Após algumas pesquisas, constatei que a reabilitação cardíaca está em desenvolvimento e obtendo a atenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), “os EEER têm que saber construir e desenvolver projetos em Reabilitação Cardíaca que possibilitem obter ganhos em saúde para este tipo de pessoas...” (OE, 2020, pg. 23) e esta área está

intrinsecamente ligada à reabilitação respiratória, neste sentido é de meu interesse explorar conhecimentos nesta área e desenvolver competências no que diz respeito à reeducação funcional respiratória no doente cardíaco.

Relativamente à área neurológica, após algumas reflexões procurei sair um pouco da minha zona de conforto, que é a Medicina Interna, e por fim optei por realizar 6 semanas do estágio final na área do doente neurológico na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), da mesma instituição suprarreferida.

Por razões de gestão pessoal e familiar, opto por realizar o estágio final nesta Unidade Hospitalar, a instituição onde trabalho. Considero que tenha vantagens por conhecer a população alvo da prestação de cuidados e por estar integrada nas normas e procedimentos do hospital. Acredito que existem condições para desenvolver um ótimo trabalho de intervenção de enfermagem de reabilitação, nestes campos de estágio, e é exatamente isto que pretendo fazer.

Nos estágios que se seguem, vou dar continuidade ao foco que determinei para intervir transversalmente a todos os ensinamentos clínicos, nomeadamente a adesão ao regime de tratamento de reabilitação, especificamente no adulto internado e com o enfoque na reabilitação funcional, seja ela respiratória, cardíaca ou motora.

Considerando-me uma enfermeira com uma visão holística do doente, e tendo sempre em grande consideração a pessoa além da sua doença, tenho interesse em desenvolver competências que impliquem uma interação muito próxima do doente, com empatia pela sua situação global, tendo em conta todos os fatores que estão relacionados com a sua condição, seja física, psicológica, familiar, social, económica, emocional, ... Todos estes fatores são essenciais para compreender a forma como o doente vive a sua situação, e por fim, como esses fatores vão influenciar o seu processo de reabilitação, se estão a contribuir positivamente ou se pelo contrário dificultam a adesão do doente ao tratamento proposto, porque se o doente não participar, nada será possível.

Desta forma, vou procurar identificar os fatores que influenciam na adesão dos doentes às propostas de tratamento, nomeadamente de reabilitação, com o objetivo de poder trabalhar os fatores modificáveis, sempre com o objetivo de ter uma maior adesão ao tratamento de reabilitação, e que isso reflita ganhos em saúde para os doentes que dele necessitam.

FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO:

De acordo com a filosofia de pensamento de Virgínia Henderson, a condição de saúde da pessoa implica necessariamente a sua independência, a sua funcionalidade, e para isto acontecer a pessoa necessita de estar motivada para isso, a pessoa precisa de ajuda e conhecimento para conseguir esse estado, saudável e independente. (Alligood & Tomey, 2002)

Os seus pressupostos, são de certa forma a base da minha linha de pensamento neste projeto, é meu objetivo adquirir competências no âmbito da especialidade de enfermagem de reabilitação, que possibilitem reabilitar a pessoa adulta em condição de doença, por forma a adquirir o máximo de funcionalidade possível, tendo em consideração fatores como as suas capacidades, potencial e conhecimento.

Cada vez mais nos dias que correm falamos sobre literacia em saúde, porque sabemos que o conhecimento da pessoa sobre a sua condição de saúde e sobre os meios que existem para recuperar total ou parcialmente a sua saúde são imprescindíveis para a adesão aos tratamentos propostos. Este conceito foi evoluindo ao longo das últimas cinco décadas e em 2005 Kickbusch e outros autores, definem literacia em saúde como “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades” (Kickbusch et al, 2005). O conhecimento é sem dúvida o caminho, podemos e devemos empoderar as pessoas nesse sentido, transmitindo o conhecimento e possibilitar a escolha informada como meio de obter a sua condição de saúde.

Na revisão literária feita inicialmente referente à temática aqui tratada, não foram encontrados muitos estudos publicados, quer a nível nacional ou internacional, no que diz respeito especificamente à adesão ao tratamento de reabilitação, parece à partida existir uma lacuna na evidência sobre este tema. Ao questionar-me sobre as implicações deste espaço em branco na investigação em enfermagem, coloco em consideração se este não poderá ser um fator que interfira na efetividade dos resultados na intervenção do EEER.

Os artigos publicados que abordam o tema da adesão dos doentes ao tratamento, apesar que não serem específicos da reabilitação contribuem de alguma forma para evidenciar alguns fatores existentes para o risco de não adesão ao tratamento proposto pelo enfermeiro.

Num estudo de López-Romero sobre conceitos e medições da aderência ao tratamento, é feita a referência de que os doentes devem ter um papel ativo e dinâmico na gestão do regime de tratamento, sendo que devem ser levados em consideração as suas próprias crenças e o seu contexto sociocultural. É importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre como o doente toma as suas decisões sobre o tratamento proposto, e que fatores influenciam nessas decisões e na própria aderência, sendo assim focam a importância de ter um método de medição dessa mesma aderência para compreensão desse fenómeno (López-Romero et al, 2016). É referido neste estudo que existem várias metodologias de avaliação da aderência sejam eles diretos ou indiretos, e conclui-se no mesmo, que “ainda não existe um padrão de ouro para avaliar este evento envolvendo tanto o tratamento farmacológico como o tratamento não farmacológico” (López-Romero et al, 2016).

Em outro estudo sobre fatores de adesão ao tratamento, embora seja específico de outra área de intervenção, fornece contributos sobre este tema da adesão. Refere que a nova situação vivida no contexto da doença acarreta muitas alterações na vida da pessoa, “A mudança no estilo de vida decorrente de um adoecimento constitui um processo de aprendizagem marcado por progressos graduais. A força de vontade, o apoio familiar e multiprofissional, o conhecimento da condição de saúde e da importância do tratamento e o medo da morte ajudam a vivenciar esta etapa de transformações” (Miranda et al, 2021, pp.19). Refere ainda que o facto de estudarmos e compreendermos os fatores que influenciam na adesão do tratamento, sejam eles “intrínsecos (conhecimentos, motivações, desejos e crenças)” ou “extrínsecos (família, ambiente, condições socioeconômicas)”, contribuem com informação profunda para os profissionais de saúde sobre a temática da adesão ao tratamento proposto (Miranda et al, 2021, pp. 20).

Tendo em consideração que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve incorporar “continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”, (Diário da República, 2019) é nesse sentido que pretendo direccionar este projeto, baseando os meus cuidados de enfermagem de reabilitação na evidência e ao mesmo tempo obter resultados que tragam evidência dos cuidados prestados.

OBJETIVOS:

Tendo em conta as competências específicas do EEER, descritas no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

publicadas em Diário da República (DR) em 2019, esta especialidade é multidisciplinar, “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Diário da República, 2019), proponho como objetivo geral do meu projeto de estágio desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado. Tendo como objetivos específicos: desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do adulto com alterações da função respiratória, cardíaca e/ou neurológica; identificar fatores que interfiram na adesão do adulto internado ao tratamento de enfermagem de reabilitação; definir estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do adulto internado ao tratamento de enfermagem e reabilitação

Os objetivos do estágio final que vou realizar são: implementar este projeto de estágio; desenvolver competências de Enfermeiro de Reabilitação, na reeducação funcional do doente adulto internado, seguindo o processo de enfermagem com base na teoria de Virginia Henderson, tendo em conta as componentes físicas e psicossociais da pessoa (Allgood & Tomey, 2002).

PARTICIPANTES:

Neste projeto participam todos os utentes adultos, internados nos serviços onde se realiza o estágio final, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação propostas e que de livre vontade aceitam fazer parte. O projeto tem uma aplicabilidade no período compreendido entre 19/09/2022 e 21/01/2023.

É critério de exclusão, doentes que apresentam alterações do estado de consciência, com uma pontuação inferior a 9 na Escala de Coma de Glasgow.

O estágio vai decorrer num Hospital Distrital que serve a uma população alvo de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Este projeto segue uma metodologia de estudo de caso, mais especificamente estudo de casos múltiplos, visto que é pretendido dirigir este projeto de intervenção a um número variado de doentes internados, que serão alvo dos cuidados de enfermagem especializados na área de reabilitação no decorrer do ensino clínico II. A utilização de vários casos permite alcançar resultados que possam ser alvo de reflexões comparativas. (Silva e Mercês, 2017) É neste sentido que determino este projeto como um estudo de abordagem qualitativo, do tipo exploratório, onde será feita análise de conteúdo dos dados obtidos. Este método de investigação, permite o estudo de factos na área de intervenção de enfermagem “com diversas fontes de evidência que permitem a reflexão e a busca de alternativas para solução dos problemas, e consequentemente contribui para o avanço do conhecimento” (Silva e Mercês, 2017, pp. 1264).

A metodologia de trabalho que é utilizada neste projeto é o processo de enfermagem, respeitando as etapas do mesmo, desde “a identificação de problemas até a resolução e/ou minimização dos mesmos na vida pessoa/família através de intervenções”. (Ruivo et al, 2010, p.7)

ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:

O projeto de intervenção deverá ser orientado de acordo com as etapas do processo de enfermagem, começando pela avaliação diagnóstica do doente, prosseguindo para o planeamento de intervenções de reabilitação, intervenções e por fim a avaliação dos resultados obtidos.

Virgínia Henderson, não definiu propriamente um processo de etapas de enfermagem, mas de certa forma descreveu como ocorre o processo de resolução dos problemas, que embora não tenha presente os mesmos conceitos, as etapas estão presentes. Neste sentido, o enfermeiro “aprecia” o doente em todas as suas componentes, primeiramente, identificando o que não está normal, na saúde do doente. (Alligood & Tomey, 2002). Nesta apreciação inicial à qual designamos avaliação diagnóstica, identificam-se os focos de enfermagem de reabilitação, e focos de enfermagem gerais que sejam pertinentes para o desenvolver deste trabalho, utilizando os instrumentos de avaliação específicos.

Sendo que, um dos objetivos destes estágios é avaliar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto, irei utilizar instrumentos que vão considerar os fatores que influenciam

essa mesma adesão, ou não adesão, recorrendo ao Instrumento de Avaliação do Risco de Não-Adesão ao Tratamento, da CIPE, traduzido e validado pela ordem dos enfermeiros (Nunes, L., 2009), (Anexo 1) e entrevistas direcionadas.

Pretendo utilizar outros Instrumentos de Avaliação frequentemente utilizados na EEER, tais como a Escala de Equilíbrio de Berg, utilizada para avaliar o equilíbrio nos adultos e idosos, tendo sido traduzida e adaptada para a língua portuguesa, de acordo com o documento aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (Ordem dos Enfermeiros, 2016); A escala de Avaliação de Força Muscular, Medical Council Research – Muscle Scale, MRC-MS que tem como avaliar a força muscular em 5 graus de força, ou total ausência dela, traduzida para português, segundo a MCEER; Goniometria para avaliar a amplitude articular, em que o registo deve ser realizado referindo o Movimento Articular, a articulação e a amplitude em graus (OE, 2016); Escala de dispneia do Medical Research Council modificada, que tem como objetivo avaliar a dispneia de acordo com diferentes níveis de atividade (Jácome et al, 2019); Índice de Barthel, “um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Ordem dos enfermeiros, 2016, pp.12) um instrumento traduzido para português e validado em Portugal. Serão utilizados também Instrumentos de avaliação transversais em todas as áreas de enfermagem, a escala de Morse, que foi sujeita a processo de validação em 2014 (Costa-Dias et al, 2014) e encontra-se disponível a versão portuguesa validada, no RIMAS (2015), e tem como objetivo avaliar o risco de queda para doentes internados; a escala de Braden com o objetivo medir e avaliar o risco de aparecimento de úlceras por pressão, traduzida para versão portuguesa e validade por um painel de enfermeiros (RIMAS, 2015); e o Mini Mental State Examination é um instrumento adaptado à realidade portuguesa desde 1994, de fácil aplicação que fornece dados sobre demência permitindo uma avaliação mais detalhada da capacidade cognitiva (Pena e Espírito-Santo, 2011); a Escala de Coma de Glasgow; e por fim a Escala Visual Analógica da Dor, EVA, ou Escala de Faces.

A avaliação dos participantes será realizada também através de observação direta; exame físico; entrevista de acolhimento do doente e da família, presencialmente e/ou por via telefone; consulta e análise do processo informático da doente.

Será sempre pedido consentimento ao doente e/ou à família/pessoa significativa para que seja alvo de avaliação e de intervenções de enfermagem de reabilitação individualizados, executados por uma enfermeira em processo de formação académica, conforme consta no apêndice VI.

Este projeto foi sujeito a um pedido de parecer à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde foram realizados os estágios do mestrado, em outubro de 2022 e a comissão deu parecer positivo em novembro de 2022 (Apêndice VII).

CRONOGRAMA:

	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TAREFAS												
Elaboração do projeto												
Revisão da literatura												
Admissão do projeto à comissão de ética												
Aprovação do projeto pela comissão de ética												
Estágio final – planeamento das atividades a realizar												
Estágio final – desenvolvimento das atividades planeadas												
Estágio final – recolha de dados a constar no relatório												
Desenvolvimento do Relatório Final												
Análise dos dados a constar no Relatório												
Finalização do Relatório Final												

Figura 1- Cronograma

- Alligood, M.R. & Tomey A.M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. Lusociência.
- Diário da República, 2.^a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019 Regulamento n.º 392/2019 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Direcção Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido em 05 de outubro de 2022, em website de Direcção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção Geral da Saúde. (09 de dezembro de 2019). *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido em 25 de outubro de 2022, em website de Direcção-Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005). *Navigating Health – The Role of Health Literacy*. Alliance for health and the future.
- López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. *Adherencia al tratamiento: Concepto y medición*. Hacia promoci. salud. 2016; 21(1): 117-137. DOI:10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Miranda, P.R.O.; Sacramento, D. B.O.; Diaz, F.B.O.; Vieira, T.L.; Pereira, R.S.F.; Alves, K.R. (2021). *Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento*. Revista de Enfermagem da UFSM <https://doi.org/10.5902/2179769242403>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (abril 2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. In Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue» Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca Trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro S, Cardoso CS, Valério M, Machado J, Costa J, Rodrigues C, Rebelo-Marques A. Análise Confirmatória do Questionário Medical Research Council para Avaliação da Dispneia em Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 1 de fevereiro de 2022 [citado 26 de Outubro de 2022];35(2):89-93. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15208>

Ruivo, M.A. & Ferrito C. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Revista Percursos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, n.º 15.

Silva, L. & Mercês, N. (2018). *Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), (pp. 1263- 1267). <https://www.scielo.br/j/reben/a/tcfhx6kLfxjg9MDGMnLFc4n/?lang=pt#>

Varanda, E. M., Rodrigues, C. A., & Costa, A. J. (setembro de 2015). *Ordem dos enfermeiros*. Obtido em website de ordendosenfermeiros.pt: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf

APÊNDICE II

Estudos de Caso A

Estudo de Caso A

Avaliação Inicial:

A pessoa deste estudo de caso, é uma mulher, Sra. J.M., de 83 anos, caucasiana, escolaridade 4^a classe, antiga trabalhadora fabril, (até aos 33 anos), local onde conheceu o marido, com quem reside e pai de seus dois filhos, João e Maria (nomes fictícios). Anteriormente ao episódio de internamento, **independente nas AVD's**, mas uma senhora com uma saúde já fragilizada, devido aos antecedentes que possui, principalmente pela doença oncológica, um tumor neuro endócrino metastizado em tratamento, sob Quimioterapia (Capecitabina), que lhe confere uma imunossupressão acrescida. Além desse antecedente, tem Osteoporose, e foi diagnosticado recentemente uma **demência** em fase inicial, a fazer memantina há dois mês, na data de admissão no hospital, tem também uma bronquite há já muitos anos (SIC).

Doente reside num apartamento em prédio urbano, num 1º andar sem elevador. A residência possui todas as condições de saneamento básico, e tem uma casa de banho já adaptada desde agosto de 2021, quando teve uma queda que resultou em dorsalgias e após ida ao hospital foi diagnosticada fratura de uma vertebra dorsal. Esteve dependente de dispositivo auxiliar de marcha para deambular, um andarilho, que já não utiliza.

Os filhos residem nas proximidades da residência dos pais, e são um grande apoio, estando muito presentes para os pais, nomeadamente acompanhamento a consultas e tratamentos da mãe. Ambos trabalham em outras localidades.

A doente é transportada até ao hospital, ao serviço de urgência por queda da própria altura na via pública, com trauma da anca direita, apresentado dor local, encurtamento e rotação externa do MID. Faz Rx ao membro afetado e constata-se uma **fratura trocantérica à direita**, e interna-se para tratamento cirúrgico.

À admissão no serviço de Ortopedia e Ginecologia desta instituição hospitalar, aparentemente calma, orientada na pessoa, um pouco **confusa** quanto ao episódio que a levou ao hospital e ao local onde se encontrava, foi necessário validar algumas questões do seu discurso posteriormente no acolhimento à família.

Doente é admitida e fica em isolamento por **Covid 19** positivo no exsudado nasofaríngeo, assintomática. Logo à admissão por apresentar dor foi instituída **analgesia**, foi

algaliada, e realizada tração do membro inferior direito com um peso de 3 Kg e realizada **aplicação de frio local**. Fica em **repouso no leito, dependente nas AVD's**, a aguardar a cirurgia.

Doente permanece em isolamento até dia 11 de junho, fator que nunca condicionou o Programa de Reabilitação que foi planejado para a doente. Até á data da cirurgia foi identificado o diagnóstico de **ventilação**, embora não comprometida, estava em risco de estar alterada, pelo diagnóstico de Covid 9, e por estar proposta para tratamento cirúrgico da fratura trocantérica, sujeita a anestesia.

No 11º dia de internamento, a doente é intervencionada no terceiro tempo da manhã, sem intercorrências. Sendo uma fratura instável, foi realizado encavilhamento proximal do fêmur direito, a doente tem indicação para levante às 48 horas e **treino de marcha com descarga total** do membro intervencionado, membro inferior direito.

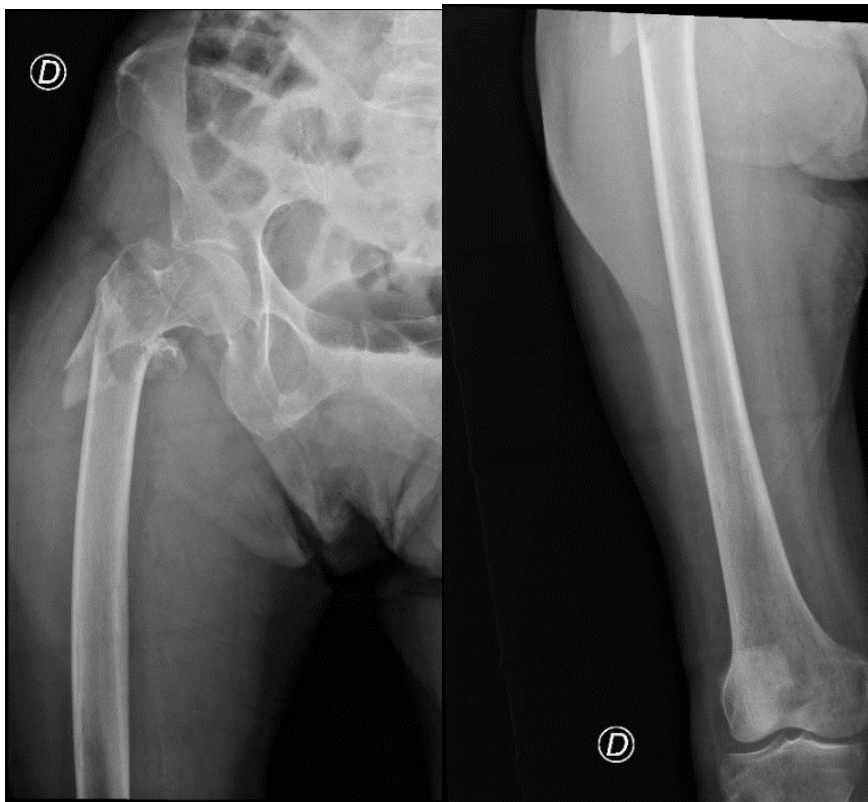


Figura 1 - Raio-X coxa direita (duas incidências)

Medicamento	Forma Farmacêutica	Dose	Via de administração	Frequência/ Horário
Bromazepam	Comprimido	1,5 mg	PO	1 id/ 22 horas
Enoxaparina	Seringa	40 mg	SC	1 id/ 18 horas
Memantina	Comprimido	10 mg	PO	1id/ 9 horas
Metamizol de Magnésio	Ampola	2 g	EV	3id/ 10h-18h-2h
metoclopramida	Ampola	10 mg	EV	3 id/ SOS
paracetamol	Frasco/ ampola	1 g	EV	3 id/ 6h-14h-22h
Cefazolina	Frasco/ ampola	1 g	EV	3id/ 6h-14-22h
Tramadol	Frasco/ ampola	100 mg	EV	3 id/ SOS

Tabela 1 - Terapêutica Instituída no Internamento

1º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36°C	100/51 mmHg	93 bpm	25 ciclos/min.	93 %	8 à mobilização

Tabela 2 – Registo de Sinais Vitais

12º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,3°C	90/59 mmHg	86 bpm	22 ciclos/min	96 %	7 à mobilização

Tabela 3 – Registo de Sinais Vitais

17º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,1°	97/61 mmHg	85 bpm	23 ciclo/min	99 %	5 à mobilização

Tabela 4 – Registo de Sinais Vitais

Avaliação do estado de consciência

Variáveis		Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	À chamada verbal	3
	Ao estímulo de dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retira à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Total de Pontuação		14

Tabela 5 - Avaliação do Estado de Consciência através da Escala de Coma de Glasgow

Avaliação da dor

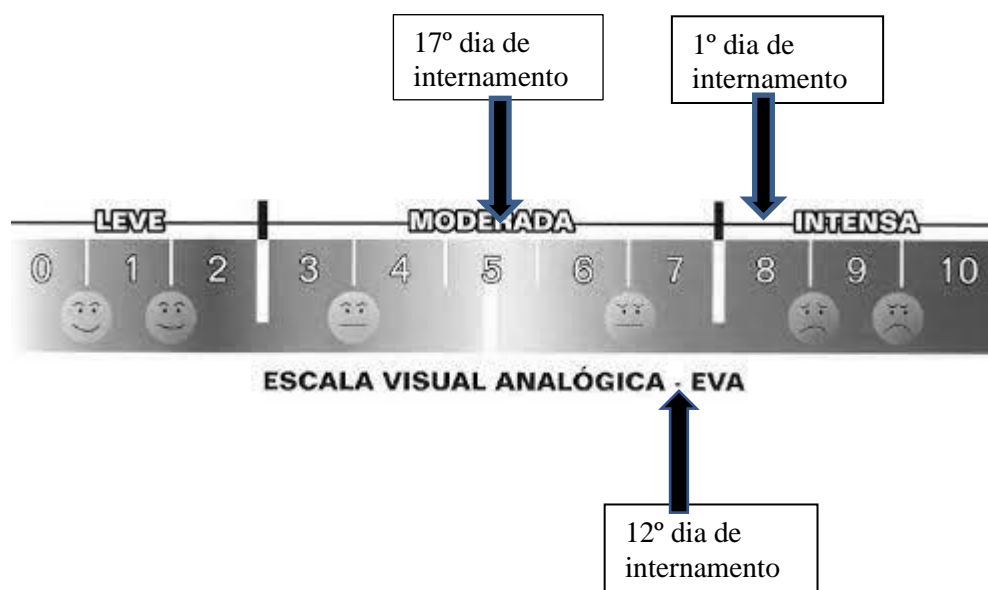


Figura 2 - Avaliação da dor, Escala Visual Analógica da Dor

Avaliação da função motora

Membro inferior direito												
Data:	12º dia de internamento						17º dia de internamento					
Graus	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Flexão da anca		x								X		
Extensão da anca		x								X		
Abdução da anca		x								X		
Adução da anca		x								X		
Rotação interna da anca			x							X		
Rotação externa da anca			x							X		
Extensão do joelho			x							X		

Tabela 5 - Avaliação da Força Muscular do Membro inferior direito de acordo com MRC MS – *Medical Research Council Muscle Scale*

Membro inferior direito		
Data:	12º dia de internamento	17º dia de internamento
Articulação:	Graus de amplitude articular	Graus de amplitude articular
Flexão da anca	20º	80º
Rotação interna da anca	20º	20º
Rotação externa da anca	12º	20º
Flexão do joelho	60º	80º

Tabela 6 – Goniometria do membro inferior direito

Avaliação da função respiratória

Exame físico:

Inspeção e palpação: em todas as avaliações observa-se um tórax simétrico sem alterações na anatomia, amplitude torácica normal e simétrica, sem alterações do leito ungueal. Na admissão, doente com uma respiração rítmica, toraco-abdominal, mista, com ligeira tiragem intercostal., doente com respiração rítmica, toraco-abdominal, com ligeira tiragem intercostal. Na avaliação final, à data da alta, doente com respiração rítmica, abdominal, profunda, sem utilização de músculos acessórios ou esforços respiratórios.

Percussão: Não foi realizada em nenhuma das avaliações

Auscultação: Na admissão não foi realizada auscultação, doente Covid positiva, não havia material disponível para ir para o isolamento. Na avaliação intermédia a 16/06/2022, doente com alteração à auscultação pulmonar, sibilos audíveis em todos os campos pulmonares mais exacerbado a nível da auscultação medial, à expiração. Na avaliação final na data da alta, murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares.

Não foi possível avaliar a intolerância à atividade através de escala MRC DQ, devido à doente encontrar-se acamada devido à fratura.

Avaliação da adesão ao tratamento de Reabilitação proposto:

Para avaliar se a doente aderiu ou não ao tratamento de reabilitação proposto, foi aplicado o Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento, conforme consta no Anexo II. Para suportar de uma forma mais consistente, os dados evidenciados nesse instrumento de avaliação, foi registado o relato da própria pessoa, através de algumas questões colocadas num diálogo informal com a Sra. J.M.

Foi questionada a Sra. J.M. se compreendeu a importância do trabalho de reabilitação que tenho vindo a desenvolver consigo desde a sua admissão. A doente refere que percebeu a importância dos exercícios respiratórios. Sente-se motivada, mas considera-se um “bocadinho calona” (SIC).

Recorda os exercícios respiratórios realizados desde o dia da admissão, nomeadamente a dissociação dos tempos respiratórios, “cheiro como se fosse uma flor, e encho para a barriga...” e demonstra, fazendo posteriormente a expiração com os lábios semicerrados e mão direita colocada abaixo do diafragma.

Quando questionada sobre os “outros exercícios”, de reeducação costal global, diz não se recordar. Início eu o movimento de levantar os braços em simultâneo inspirando, peço que a doente faça como eu, e questione se consegue dar continuidade ao exercício, a Sra. J.M., expira de seguida com os lábios semicerrados ao mesmo tempo que baixa os braços, e faz sucessivamente 10 repetições sozinha com o meu reforço positivo.

Quando questionada sobre a importância dos exercícios musculares e articulares, assistidos e resistidos, que realizou durante o internamento a doente responde que sim, “é para ter força para me agarrar às coisas, naquilo que eu tenho, ... o andarilho”. Questiono se está capaz de continuar os exercícios para manter/aumentar a força, ao que responde “claro!”. Em relação aos exercícios do membro inferior contralateral, refere que o objetivo é “para ter força, por causa da outra” (SIC). Reforço que o membro contralateral vai ter que suportar a carga do corpo na marcha com a ajuda do andarilho. A doente refere compreender a importância de fazer os exercícios isotónicos assistidos e resistidos da “perna boa”.

Foi questionada se considera continuar o tratamento de reabilitação após a alta, com objetivo de recuperar a sua autonomia, ao que a doente responde afirmativamente, e demonstra estar motivada terminando com a seguinte afirmação: “Sim, não sou pessoa de estar parada!”.

Os planos de cuidados de enfermagem, e enfermagem de reabilitação, apresentam-se nas tabelas seguintes.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:

Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.</p> <p>12º dia de internamento</p> <p>A doente demonstra ter alguma consciência da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação, <i>“a doente refere que percebeu a importância dos exercícios respiratórios”</i>.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Doente demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada.</p> <p><i>«Foi questionada a Sra. J.M. se compreendeu a importância do trabalho dos exercícios musculares e articulares, assistidos e resistidos, que realizou durante o internamento a doente respondeu que sim, “é para ter força para me agarrar às coisas, naquilo que eu tenho, ... o andarilho”»</i></p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	<p>Ensinar sobre o regime de reabilitação:</p> <p>- Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação após a cirurgia ao membro inferior, (osteossíntese de fratura proximal do fémur)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente desconhece sobre o regime de reabilitação, e das suas fases de processo.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Doente demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação, nomeadamente as técnicas ensinadas ao longo do internamento, <i>«Recorda os exercícios respiratórios realizados desde o dia da admissão, nomeadamente a dissociação dos tempos respiratórios, “cheiro como se fosse uma flor, e encho para a barriga...” e demonstra...»</i></p>

<p>Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.</p>	<p>Incentivar a adesão ao regime de reabilitação.</p> <p>Utilizar técnicas de estímulo cognitivo e de memória.</p> <p>Utilizar técnicas de alívio da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor através da administração de medicação analgésica prescrita. - Controlo da dor e edema através de terapêutica não medicamentosa, aplicação de gelo e repouso. 	<p>12º dia de internamento</p> <p>A doente demonstra interesse em aderir ao regime de reabilitação, mas tem potencial comprometido devido à presença de fatores como cognição e memória comprometidos, dor presente.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>A doente «<i>Foi questionada se considera continuar o tratamento de reabilitação após a alta, com objetivo de recuperar a sua autonomia, ao que a doente responde afirmativamente, e demonstra estar motivada terminando com a seguinte afirmação: “Sim, não sou pessoa de estar parada!”.</i>»</p> <p>Doente apresenta adesão ao regime de reabilitação melhorada.</p>
--	---	--

Tabela 7 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação

Foco: Dor		
Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Dor presente	<p>Avaliação da dor de 2/2 horas com EVA</p> <p>Vigiar a dor de 2/2 horas</p> <p>Administrar terapêutica analgésica de acordo com prescrição médica</p> <p>Aplicação de frio</p> <p>Treino de técnica de distração</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>EVA - Dor de intensidade 8 à mobilização.</p> <p>12º dia de internamento</p> <p>EVA - Dor de intensidade 7 à mobilização</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>EVA - Dor de intensidade 5 à mobilização</p>

Tabela 8 – Foco dor

Foco: Cognição		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Cognição e Memória comprometidos	<p>Avaliar cognição</p> <p>Executar técnica para estimular a cognição</p> <p>Instruir e treinar a memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar os exercícios sempre pela mesma ordem - Treinar os exercícios sempre verbalizando o movimento - Treinar os exercícios com a mesma repetição da mesma forma - Iniciar os exercícios feitos anteriormente e deixar a doente completar o movimento 	<p>12º dia de internamento</p> <p>- Teste de Diminuição Cognitiva</p> <p>Score 19 – diminuição cognitiva de moderada a grave</p> <p>A doente demonstra recordar-se dos exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios musculares e articulares, após ter sido iniciado o movimento a doente continua o exercício de forma autónoma.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>- Teste de Diminuição Cognitiva</p> <p>Score 20 – diminuição cognitiva de moderada a grave</p> <p>- Avaliado se a doente consegue iniciar os exercícios sozinha aos 5º e 7º dias de tratamento de reabilitação.</p> <p>A doente demonstra recordar-se dos exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios musculares e articulares, após ter sido iniciado o movimento a doente continua o exercício de forma autónoma.</p>

Tabela 9 – Foco cognição

Foco Equilíbrio corporal		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Equilíbrio Corporal Comprometido	Avaliar o Equilíbrio através da Escala de Equilíbrio de Berg	12º dia de internamento não aplicável, doente acamada ainda não realizou levante 17º dia de internamento - Escala de Equilíbrio de Berg Score 2 pontos – alto risco de queda
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda.	Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda Incentivar a treinar o equilíbrio corporal Providenciar material educativo	12º dia de internamento Consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda não demonstrado 17º dia de internamento Consciencialização da relação entre o equilíbrio comprometido e risco de queda melhorado.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio	Ensinar sobre técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) sentado e ortostático:	12º dia de internamento Conhecimento sobre técnica de equilíbrio não demonstrado 17º dia de internamento Conhecimento sobre técnica de equilíbrio melhorado
Potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio	Executar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) Instruir sobre técnica de equilíbrio - Treino de equilíbrio na posição sentado - Treino de equilíbrio na posição ortostática - Treino de equilíbrio com correção postural em simultâneo	12º dia de internamento Capacidade para treinar o equilíbrio não demonstrado 17º dia de internamento Capacidade para treinar o equilíbrio melhorado

<p>Potencial para melhorar o equilíbrio</p>	<p>Treinar de equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentar a doente para adquirir postura de tronco e equilíbrio - Doente sentado, é exercido uma pequena força de movimento do tronco e instrui-se a doente a regressar a posição inicial - Doente de pé agarrada a um apoio para se manter equilibrada - Doente de pé sem nenhum apoio procurar ficar equilibrada o máximo de tempo que conseguir. 	<p>12º dia de internamento</p> <p>Equilíbrio corporal estático sentada não demonstrado.</p> <p>Equilíbrio corporal dinâmico sentado não demonstrado</p> <p>Equilíbrio corporal estático em pé com apoio não demonstrado</p> <p>Equilíbrio dinâmico em pé sem apoio não demonstrado</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Equilíbrio corporal estático sentada melhorado.</p> <p>Equilíbrio corporal dinâmico sentado não demonstrado.</p> <p>Equilíbrio corporal estático em pé com apoio não demonstrado</p> <p>Equilíbrio dinâmico em pé sem apoio não demonstrado.</p>
---	---	---

Tabela 10 – Foco Equilíbrio corporal

Foco Movimento Corporal		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido no membro inferior direito	<p>Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos)</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios ativos/assistidos)</p> <p>Executar técnica de exercícios muscular e articular (exercícios ativos/resistidos)</p>	<p>12º dia de internamento</p> <p>MRC MS - apresenta força muscular de quadril e joelho direitos em grau 1 ou 2.</p> <p>Goniometria – apresenta amplitudes descritas em anexo E.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>MRC MS - à data da alta apresenta força muscular de quadril e joelhos direitos em grau 3.</p> <p>Goniometria – apresenta amplitudes descritas em Anexo E (onde se verifica melhoria significativa das amplitudes das articulações do quadril e do joelho)</p>
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca direita.	<p>Ensinar sobre a importância dos exercícios musculares (exercícios isométricos);</p> <p>Ensinar sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem consciência da relação existente entre os exercícios musculares e articulares e a melhoria na mobilidade da anca direita.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca direita, melhorada. Doente compreende a importância dos exercícios musculares e articulares para a recuperação da mobilidade da articulação da anca e consequente recuperação da funcionalidade do membro inferior.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.	<p>Instruir sobre exercícios musculares (exercícios isométricos);</p> <p>Instruir sobre exercícios musculares e articulares (exercícios ativos)</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>17º dia de internamento</p>

		Conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares, melhorado. Doente compreendeu quais exercícios devem ser executados e como.
Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.	Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos); Treinar exercícios musculares e articulares (exercícios ativos). - Reforçar os exercícios musculares e articulares.	1º dia de internamento A doente não tem capacidade para executar os exercícios musculares e articulares, devido a fatores de dor, e imobilidade do membro inferior direito, por consequência da fratura da anca. 12º dia de internamento Capacidade para executar os exercícios musculares e articulares, não demonstrada. Doente ainda não está capaz para realizar os exercícios musculares e articulares ativos, devido à dor presente na mobilização da articulação. 17º dia de internamento A doente tem a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares melhorada, já tem 6 dias pós cirurgia, a dor está controlada. Colabora na execução dos mesmo e sente-se motivada.

Tabela 11 – Foco Movimento corporal

Foco Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação diafragmática - Reeducação costal bilateral 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Avaliação da Dispneia – MRC-DS (não foi possível de ser avaliada pois a doente não tem atividade, está imobilizada no leito)</p> <p>Auscultação pulmonar, nas 1ª e 2ª avaliações apresenta sibilos, com SaO2 de 93% em repouso.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Avaliação da Dispneia – MRC-DS – pontuação 1</p> <p>Auscultação pulmonar - murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares.</p> <p>SaO2 com melhoria progressiva ao longo do internamento, no decorrer do tratamento de reabilitação, implementado, nomeadamente a reeducação funcional respiratória, com SaO2 de 99% em repouso.</p> <p>Melhoria do padrão ventilatório, respiração predominantemente diafragmática, profunda, sem utilização de músculos acessórios.</p>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação</p> <p>Informar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação</p> <p>Instruir sobre técnicas respiratórias</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem conhecimento sobre técnicas respiratórias.</p> <p>17º dia de internamento</p> <p>Conhecimento sobre técnica respiratória melhorado, a doente conhece os exercícios anteriormente ensinados e treinados, sabe como realiza-los e qual o objetivo dos mesmos.</p>

Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória	Treinar técnicas respiratórias para melhorar a ventilação Incentivar sobre o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação	1º dia de internamento A doente tem a capacidade para executar as técnicas respiratórias, comprometida. 17º dia de internamento A doente apresenta a capacidade para executar técnica respiratória, melhorada.
---	--	---

Tabela 12 – Foco Ventilação

Foco Úlcera por Pressão		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Risco de úlcera de pressão	- Limpar e hidratar e massajar a pele - Alívio de pressão com alternância de decúbitos, dentro dos limites toleráveis pela doente. - Alimentar e hidratar a doente adequadamente	Escala de Braden 12º dia de internamento – score 16 alto risco 17º dia de internamento – score 16 alto risco

Tabela 13 – Foco Úlcera por pressão

Foco Queda		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar ambiente físico - Manter as grades da cama - Providenciar dispositivo auxiliar de marcha - Assistir a doente no andar 	<p>Escala de Morse</p> <p>12º dia de internamento – score 35 baixo risco</p> <p>17º dia de internamento – score 50 alto risco (doente já faz levante e treino de marcha)</p>

Tabela 14 – Foco Queda

Resultados:

Durante 17 dias de internamento, a Sra. J.M. participou de forma ativa e motivada para a sua recuperação, no tratamento de reabilitação que foi proposto e negociado com ela. A família esteve envolvida, por duas vezes de forma presencial, tendo sido feitos ensinamentos relativamente aos exercícios respiratórios e musculares e articulares importantes para a manutenção da sua saúde e com vista à aquisição de competências nas áreas retratadas nas tabelas anteriormente apresentadas, relativamente aos focos de atenção identificados.

Apesar de existirem fatores de risco identificados na aplicação do instrumento de avaliação do risco de não adesão ao tratamento, disponível no catálogo CIPE disponível na Ordem dos Enfermeiros, tais como cognição comprometida e dor presente, a doente teve uma adesão ao tratamento de reabilitação melhorada. Pode-se constatar que as intervenções implementadas, que estão apresentadas nas tabelas acima, tiveram resultados positivos. Houve uma melhoria no controle da dor por exemplo, o que possibilitou que a doente conseguisse fazer numa fase pós cirúrgica, os exercícios articulares e musculares ensinados e treinados pela mestrandia. Mesmo não havendo possibilidade de melhorar capacidades de memória e cognição, a intervenção contínua de enfermagem de reabilitação, ensinando, instruindo e treinando os exercícios respiratórios e motores, a doente demonstrou capacidade para dar continuidade aos mesmos, possibilitando a prevenção de complicações e melhoria na sua funcionalidade e autonomia.

Pode-se concluir que a doente adquiriu um conhecimento e capacidade sobre o tratamento de reabilitação melhorados, e conseguiu ganhar consciência sobre a importância desse mesmo tratamento proposto, sendo que teve ganhos em saúde indiscutivelmente.

APÊNDICE III

Estudo de Caso B

Avaliação Inicial:

A pessoa que será centro deste estudo de caso, é uma mulher, Sra. M.F.D.C., de 69 anos, caucasiana, escolaridade 4ª classe, antiga trabalhadora fabril, (até aos 54 anos), reformou-se em 2006 quando lhe foi diagnosticada uma neoplasia da mama direita. Reside com o marido, com quem tem uma filha em comum, Patrícia (nome fictício), que reside em França. Anteriormente ao episódio de internamento, **independente nas AVD's**, fazia as suas tarefas domésticas diárias, partilhadas com o marido que executa as tarefas mais exigentes como fazer a cama, pendurar a roupa e ir às compras, devido a algumas limitações consequentes de alterações na mobilidade do membro superior direito, e uma diminuição da tolerância ao esforço devido à neoplasia do pulmão diagnosticada em 2018.

A doente reside, portanto, com o marido numa casa térrea, sem barreiras de acessibilidade. A residência possui todas as condições de saneamento básico, e tem uma casa de banho já adaptada desde o ano de 2018, quando foi diagnosticado o cancro do pulmão e começou a apresentar algumas limitações.

Apesar da única filha residir fora do país, tem um neto que viveu com os avós até recentemente, tendo mudado para casa própria, nas proximidades de onde reside a doente. A Sra M.F.D.C, refere que o neto demonstra disponibilidade e ajuda os avós no que consegue. A necessidade de apoio não tem sido muita, visto que o esposo da doente, é um senhor independente, sem problemas de saúde relevantes, possui carta de condução, reunindo as condições para garantir idas a consultas, exames e tratamentos, e realizar atividades básicas de vida que sejam realizadas dentro e fora de casa.

Doente com fatores de risco cardiovasculares de hipertensão arterial e obesidade, e antecedentes pessoais de carcinoma da mama estadio IV com metastização óssea e pulmonar, com derrame pleural à direita.

Medicação habitual de domicílio: lorazepam 2.5 mg; amlodipina 10 mg; asilsartan 80 mg; brometo glicopirronio + indacaterol 43+85; palbociclib+letrozol

A doente encontrava-se em casa com o marido, já com um quadro de cansaço progressivo com 4 dias de evolução, e de forma espontânea começou a referir dispneia e mal-estar, o esposo ligou para o serviço de emergência médica e a Sra. M.F.D.C. foi transportada pela VMER até ao hospital, serviço de urgência. À admissão apresentava

dispneia, hipertensão, com edemas dos membros inferiores, foi medicada de urgência com diuréticos, corticoides e anti hipertensores. Após medicada realizados seguintes exames complementares de diagnóstico:

- Gasimetria: (sob CIPAP a 5L/min.) evidência de uma ligeira retenção de CO₂, e com hipoxémia grave.

- Ag Sars-Cov-2 negativo

- ECG: Ritmo sinusal FC 128 bpm

- Análises: com parâmetros inflamatórios ligeiramente aumentados, e com valores elevados das troponinas, e dos D-dímeros, sugestivo de embolia pulmonar, com um baixo INR.

- Angio TAC Tórax: “Observa-se a presença de trombos hipodensos parcialmente obstrutivos na artéria lobar média e na lobar inferior (...) À esquerda visualiza-se trombos parcialmente obstrutivos na artéria lobar superior (...) Estes aspetos são compatíveis com tromboembolismo bilateral. (...) Presença de ectasia do tronco e ramos principais da artéria pulmonar. Visualiza-se moderado derrame pleural direito (...) presença de metastização óssea.”

No dia seguinte, a doente é transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia noutro hospital, por TEP de alto risco, com choque cardiogénico. Após melhoria clínica progressiva, a doente regressa para Unidade de Cuidados Diferenciados de Cardiologia (UCDC).

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é considerado globalmente o terceiro evento cardiovascular agudo mais frequente, a seguir ao enfarte agudo do miocárdio e o AVC (Task Force Members, 2020). Existem diversos fatores de risco que predis põem a pessoa a este evento tromboembólico pulmonar, tais como traumatismos, cirurgia, fraturas de membros inferiores e substituição articular, lesão medular são fortes fatores provocadores de TEP. O cancro é bem conhecido como um fator predisponente para este evento, e dependendo do tipo de cancro poderá aumentar o risco, como é o caso de cancro do pulmão (Task Force Members, 2020). A doente em estudo tem diversos fatores de risco cardiovasculares como foi referido e apresenta metastização pulmonar do seu cancro primário da mama, possuindo assim um risco prévio para a ocorrência de um TEP.

A hipoxemia é uma das características da TEP grave, exige um aporte adicional de oxigénio como tratamento e em alguns casos que se desenvolva uma insuficiência respiratória grave poderá haver necessidade de ventilação mecânica ou não invasiva (Task Force Members, 2020). Sendo que a ventilação comprometida é um diagnóstico de enfermagem nos doentes com TEP, considera-se fundamental a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na reeducação funcional respiratória da doente em estudo.

A primeira avaliação realizada à doente e proposta de intervenção de enfermagem de reabilitação ocorreram no 2º dia de internamento, com recolha de dados, entrevista direcionada e com aplicação de escalas. Desta forma foi posteriormente proposto, negociado e estabelecido plano de reabilitação, e iniciado o mesmo. Doente com um score de 14 na Escala de Coma de Glasgow, sendo que reúne critério de inclusão para estudo.

Avaliação do estado de consciência: Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	À chamada verbal	3
	Ao estímulo de dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retira à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Total de Pontuação		14

Tabela 1 – Avaliação do estado de consciência, Escala de Coma de Glasgow

À observação a doente apresenta pele e mucosas coradas, sem alteração da integridade cutânea. Foi realizada observação e auscultação pulmonares.

Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria

2º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
37.1°C	135/66 mmHg	59 bpm	19 ciclos/min.	90 %	0

Tabela 2 – Registo de Sinais Vitais

3º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,3°C	122/53	64 bpm	20 ciclos/min	92 %	0

Tabela 3 – Registo de Sinais Vitais

4º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
37°	125/63 mmHg	57 bpm	21 ciclo/min	90 %	0

Tabela 4 – Registo de Sinais Vitais

Avaliação da função respiratória

Exame físico:

Inspeção e palpação: em todas as avaliações observa-se um tórax assimétrico devido à mastectomia direita, amplitude torácica normal e simétrica, sem alterações do leito ungueal. Na primeira avaliação (22/09/2022) doente com uma respiração rítmica, toraco-abdominal, mista, semi-profunda. Este padrão respiratório manteve-se durante o internamento e tempo de intervenção de enfermagem de reabilitação (27/09/2022).

Auscultação: Na primeira avaliação (22/09/2022), doente sem alteração à auscultação pulmonar, sem presença de ruídos adventícios, murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares.

Exames complementares de diagnóstico:



Figura 1 TAC vascular do tórax (admissão)

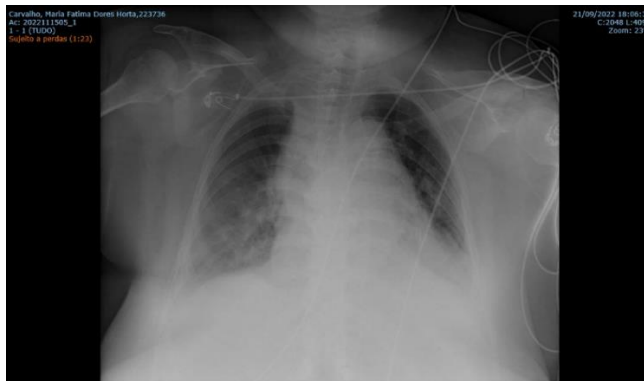


Figura 1 - Rx Tórax (1º dia de internamento)

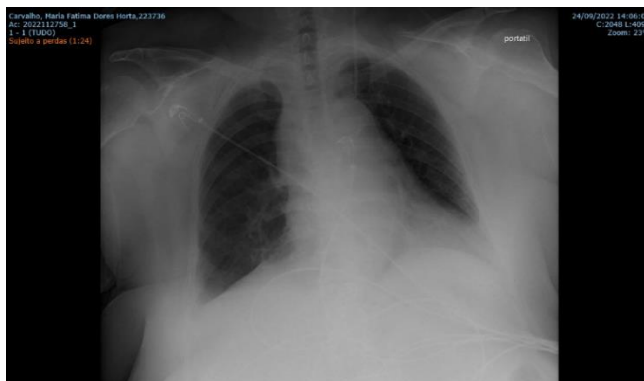


Figura 2 - RX tórax (4º dia de internamento)

Avaliação de Dispneia

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua falta de ar	2º dia internamento	6º dia internamento
Grau 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício físico intenso		
Grau 1 Falta de Fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado		

Grau 2 Andar mais devagar do que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal		
Grau 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos (a doente consegue andar com dispositi)		X
Grau 4 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir (a doente depende totalmente na execução das atividades de vida diárias)	X	

Tabela 5 – Avaliação dispneia MRC - DQ

Avaliação da adesão ao tratamento de Reabilitação proposto:

Para avaliar se a adesão da doente ao tratamento de reabilitação proposto, foi aplicado o Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento (Anexo I), com aplicação este instrumento, foram identificados quatro fatores de risco de não adesão, Intolerância à atividade, Dor, Regime de tratamento complexo, e Fadiga.

Para suportar de uma forma mais consistente, os dados evidenciados nesse instrumento de avaliação, foi aplicada uma entrevista direcionada em dois momentos diferentes, o início da intervenção de enfermagem de reabilitação, e na fase final.

Entrevista direcionada para averiguar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto:

Antes do início do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica?

R.: *Sim, penso que compreendo.*

Q.: Aceita que seja proposto um plano de intervenções de reabilitação, elaborado em parceria consigo para melhorar a sua condição?

R.: *Sim, até que gostava muito, se for para eu ficar melhor...*

Q.: Sente-se motivado para cumprir o plano de intervenções proposto?

R.: *Sim, vamos ver... a ver se sou capaz... (riso)*

Q.: Compreende que poderão existir dificuldades, mas fazem parte do processo e serei um elemento facilitador para que consiga alcançar os objetivos propostos?

R.: *ah pois... vai ter que me ajudar... (riso) sozinha não sou capaz...*

Q.: Tendo em conta o que foi conversado podemos iniciar sua avaliação para posteriormente dar início a um programa de reabilitação direcionado para si especificamente? Se sim, avançamos.

R.: *Sim, claro! Gostaria muito.*

No fim do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição?

R.: *Se acho que fiquei melhor? Sim, claro que estou melhor, sinto-me melhor. Já consigo coisas que não conseguia... já tomo banho, já me levanto, dou uns passinhos... também já não estou tão cansada e isso ajuda muito.*

Q.: sentiu-se motivado ao longo deste percurso?

R.: *Oh... alguns dias não foi tão fácil ..., mas sim, a enfermeira B. ajudou-me bastante, ajudou-me a conseguir fazer as coisas.*

Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades?

R.: *Assim... dificuldades... o cansaço... o levante, nada de especial.*

Q.: Quais foram os ganhos que considera ter alcançado?

R.: *Oh... queria estar melhor..., mas também sei que não é fácil. Mas estou muito melhor, e poder andar mesmo que seja com ajuda já é qualquer coisa não é verdade!?*

Avaliação de Cognição

A avaliação da cognição da doente foi realizada recorrendo ao Instrumento de Avaliação Mini-Mental State – MMS, e é apresentado na tabela seguinte:

2º dia internamento	Pontuação
Orientação	10
Retenção	3
Atenção e cálculo	4 (falhou uma vez a contagem)
Evocação	2 (falhou uma resposta)
Linguagem	7 (falhou um passo do exercício c)
Habilidade construtiva	0 (não conseguiu copiar corretamente)
Total de pontos	26 Pontos

Tabela 6 – Mini-Mental State – MMS

TOTAL (máximo 30 pontos) - Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos \leq 15 pontos

- **1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 pontos**

- Com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos

De acordo com a pontuação obtida no instrumento de avaliação de cognição, a doente não apresenta défice cognitivo.

Avaliação de Força muscular

A avaliação da força muscular da doente foi realizada recorrendo ao Instrumento de avaliação, Medical Research Council Muscle Scale (Anexo IV). Foi avaliada a força muscular dos membros inferiores, que se revelou simétrico em termos de força muscular do MIE e MID, mas relativamente aos membros superiores a avaliação revelou uma força muscular diferente de um membro para outro. Os resultados das avaliações encontram-se nas seguintes tabelas apresentadas.

Membros inferiores (simétricos)												
Data	2º dia internamento						4º dia internamento					
Graus	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Flexão da anca				X						X		
Extensão da anca					X						X	
Abdução da anca					X						X	
Adução da anca				X						X		
Rotação interna da anca					X						X	
Rotação externa da anca					X						X	
Extensão do joelho					X						X	
Flexão do joelho				X							X	

Tabela 7 – Avaliação força muscular membros inferiores – MRC – MS

Membro superior direito												
Data	2º dia internamento						4º dia internamento					
Graus	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Abdução do ombro			X							X		
Flexão do cotovelo					X						X	
Flexão do punho					X						X	

Tabela 8 – Avaliação força muscular membro superior direito – MRC – MS

Membro superior esquerdo												
Data:	2º dia internamento						4º dia internamento					
Graus	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Abdução do ombro				X							X	
Flexão do cotovelo					X						X	
Flexão do punho					X						X	

Tabela 9 – Avaliação força muscular membro superior esquerdo – MRC – MS

Avaliação de Equilíbrio

A avaliação do equilíbrio da doente foi feita, recorrendo ao instrumento de Avaliação de Equilíbrio de Berg (Anexo II). A primeira avaliação foi realizada no dia do 1º levante e a segunda avaliação após 4 dias de levante diário.

	DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)	1º levante	4º dia de levante
1	Da posição de sentado para a posição de pé	0	2
2	Ficar em pé sem apoio	0	3
3	Sentado sem apoio	1	3
4	Da posição de pé para a posição de sentado	0	3
5	Transferências	1	3
6	Ficar em pé com os olhos fechados	0	2
7	Ficar em pé com os pés juntos	0	2

8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	2
9	Apanhar um objeto do chão	0	2
10	Virar-se para olhar para trás	0	2
11	Dar uma volta de 360 graus	0	2
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0	1
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	2
14	Ficar em pé sobre uma perna	0	2
TOTAL		2	30

Tabela 10 – avaliação do equilíbrio recorrendo à escala de equilíbrio de Berg

Avaliação de risco de úlcera de Pressão

Avaliação do risco de úlcera de pressão, foi realizado no 2º dia de internamento da doente, ainda acamada, e no 6º dia de internamento, já após o primeiro levante.

	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	Score	
					2º dia	6º dia
Perceção sensorial		2º dia	6º dia		2	3
	1. Pele constantemente húmida:	2. Pele muito húmida:	3. Pele ocasionalmente húmida:	4. Pele raramente húmida:		
Humidade			2º dia	6º dia	3	4
	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente		
Atividade	2º dia	6º dia			1	2
	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Sem nenhuma limitação		
Mobilidade		2º dia	6º dia		2	3

	1.Muito pobre	2.Provavelmente e inadequada	3.Adequada	4.Excelente		
Nutrição		2º dia	6º dia		2	3
	1. Problema	2.Problema potencial	3.Nenhum problema			
Fricção e Forças de deslizamento	2º dia	6º dia			1	2
Score Total					11	17

Tabela 11 – avaliação do risco de úlcera de pressão, Escala de Braden

Score de avaliação do risco de úlcera de pressão:

- Alto risco 0-16 pontos
- Médio risco 17 a 23 pontos

Avaliação do Risco de Queda

Por último foi avaliado o risco de queda da doente, recorrendo ao instrumento de avaliação Escala de Morse, e o resultado é apresentado na seguinte tabela.

Item	Pontuação	2º dia de internamento	6º dia de internamento
1. Historial de Queda; neste internamento/ urgência / ou nos últimos 6 meses			
Não	0	0	0
Sim	25		
2. Diagnóstico(s) secundário(s)			
Não	0		
Sim	15	15	15
3. Ajudar para caminhar			
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15		
Apoia-se no mobiliário para andar	30		

4. Terapia intravenosa			
Não	0		
Sim	20	20	20
5. Postura no andar e na transferência			
Normal/acamado/imóvel	0	0	
Debilidade	10		
Dependente de ajuda	20		20
6. Estado mental			
Consciente das suas capacidades	0	0	0
Esquece-se das suas limitações	15		

Tabela 12 – avaliação do risco de Queda, Escala de Morse

Os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação foram elaborados tendo em conta os diagnósticos de enfermagem e são apresentados nas tabelas seguintes. Alguns planos são específicos de enfermagem de reabilitação e outros de enfermagem em geral mas estão interligados de alguma forma e justifica-se a atuação do enfermeiro especialista em ambos.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>A doente dá a entender que compreende a importância da sua adesão ao tratamento proposto pelo enfermeiro de reabilitação e da possibilidade de melhoria da sua condição “Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica? R.: <i>Sim, penso que compreendo.</i>”</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	<p>Ensinar sobre o regime de reabilitação:</p> <p>- Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação ...</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>Doente demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado. Sendo que no fim do tratamento tem pleno conhecimento e consciência de que o tratamento de reabilitação foi fundamental para a sua recuperação.</p> <p>Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? R.: <i>Se acho que fiquei melhor? Sim, claro que estou melhor, sinto-me melhor. Já consigo coisas que não conseguia... já tomo banho, já me levanto, dou uns passinhos... também já não estou tão cansada e isso ajuda muito.</i></p>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	<p>6º dia de internamento</p> <p>Adesão ao regime de reabilitação melhorada</p>

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de reeducação diafragmática (realizado ensino e treino de exercícios respiratórios, dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração abdomino-diafragmática, e reeducação costal global) <p>Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória</p>	<p>2º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO₂ de 92% para 94%, sem dispneia associada. (com aporte de oxigénio a 1L/min). Frequência respiratória controlada num ritmo de 12 ciclos/min.).</p> <p>5º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO₂ de 94% para 96%, sem dispneia associada. (com aporte de oxigénio a 1L/min). Frequência respiratória controlada num ritmo de 12 ciclos/min.).</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>Durante os exercícios doente apresenta melhoria do padrão ventilatório com subida de SaO₂ de 88-90% para 94-95%, sem dispneia associada. (sem aporte de oxigénio). Frequência respiratória controlada num ritmo de 14 ciclos/min.).</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo de dissociação dos tempos respiratórios, (10-30min. 2-3 vezes ao dia) - Reeducação diafragmática, (10-30min. 2-3 vezes ao dia) 	<p>2º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas ensinadas. Apresenta um score de 15 na Escala de Glasgow, nível de consciência compatível com a aprendizagem, e através da avaliação do teste de cognição, Mini Mental State (anexo), não apresenta diminuição da cognição que coloque em causa a aprendizagem dos exercícios em questão.</p> <p>Doente compreende a informação transmitida.</p> <p>5º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionada.</p>

	- Reeducação costal global com recurso a dispositivo*	<u>Nota de enfermagem de reabilitação:</u> “Doente já ensinada anteriormente, executou exercícios respiratórios anteriormente aprendidos sem dificuldade, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, como já tinha aprendido, e reeducação costal global, com auxílio do bastão, ...”
Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória	Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração. Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração. Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.	A partir do dia 2º dia de internamento , dia em que foi informada a doente sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica, e foi ensinada sobre as mesmas, nas sessões seguintes nomeadamente do 3º ao 6º dia de internamento , a doente foi instruída a realizar os exercícios, foi assistida nos treinos dos mesmos, e incentivada a dar continuidade. “Doente executa os exercícios aprendidos, assistida pela enfermeira, sem dificuldades.”

Tabela 13 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação

Tabela 14 – Foco Ventilação

Foco: Intolerância à atividade		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Intolerância à atividade	<p>Avaliar com a pessoa a relação entre atividade/repouso e conservação de energia.</p> <p>Ensinar sobre a gestão dos períodos de atividade e repouso.</p> <p>Instruir para gestão dos períodos de atividade e repouso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade - Vigiar períodos de atividade e repouso - Planejar repouso. 	<p>- Escala de MRC Dyspnea Scale</p> <p>1º dia de internamento</p> <p>A doente permanecia no leito sem indicação para iniciar levante, não foi possível aplicar a escala no que diz respeito à tolerância à atividade de andar, mas relativamente a atividades de vida diárias como higiene pessoal e vestir-se, ou o alimentar-se a doente sentia cansaço, sem capacidade para realizar essas tarefas sozinha, necessitando de ajuda total/parcial. Foi instruída a não fazer esforço além do seu limite de tolerância.</p> <p>Já após o 1º levante, no 7º dia de internamento, doente apresentava uma intolerância à atividade de score 2, conseguia deambular a um ritmo lento, e com auxiliar de marcha, com necessidade de parar várias vezes durante o percurso. Foi instruída a fazer percursos de curta distância para ir testando a sua tolerância e gradualmente ao longo do tratamento objetiva-se adequar o tempo e distância à evolução da doente.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia	<p>Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia</p> <p>Instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia-a-dia.</p>	<p>A doente, desde o primeiro dia de intervenção, demonstrou capacidade de compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a sua situação atual. Foram ensinadas estratégias adaptativas para realizar as AVD's, como planejar primeiro a atividade de acordo com a sua tolerância e realizar de forma calma e com as pausas que forem necessárias. Por ex.: na higiene primeiro pensar nos artigos de higiene que precisa, planejar com alcançar e reunir os mesmos para leva-los até ao WC e depois fazer a atividade. Garantir que tem no duche um banco para se sentar e se necessitar de ajuda de terceiros pedir antecipadamente para garantir o apoio necessário.</p> <p>Doente consegue planejar as AVD's, com aplicação de estratégias adaptativas.</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade de implementar as estratégias adaptativas para as atividades do dia-a-dia, anteriormente apreendidas</p>	<p>Avaliar se a doente compreendeu a importância das estratégias adaptativas e se considera capaz de implementá-las.</p> <p>Incentivar a doente a implementar as estratégias anteriormente aprendidas</p> <p>Treinar a implementação das estratégias aprendidas.</p>	<p>2º dia de internamento</p> <p>Doente compreendeu a importância das estratégias adaptativas necessárias a serem implementadas para conseguir realizar as AVD's.</p> <p>7º dia de internamento</p> <p>Doente consegue planear as suas AVD's, com orientação da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, e implementar essas estratégias, em exercícios de treino, para posteriormente ser independente neste planeamento e execução. Potencial para melhorar a capacidade de implementar as estratégias adaptativas para as AVD's melhorado.</p>
--	--	---

Tabela 15 – Foco Intolerância à atividade

Foco: Movimento corporal (membro superior direito)		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido no membro superior direito (MSD).	Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos resistidos): - Mobilização da escápula - Mobilização do ombro - Mobilização do cotovelo - Mobilização do punho	- Instrumento de avaliação MRC – Muscle Scale 3º dia de internamento Força Muscular (FM) grau 2 na abdução do membro superior direito, FM grau 4 na flexão do cotovelo e FM grau 4 na flexão do punho. Posteriormente, após 3 dias de exercícios musculares e articulares, ativos resistido, no 6º dia de internamento a doente mantém a mesma FM nos movimentos de flexão de cotovelo e punho, mas apresenta FM de grau 3 na abdução do membro superior direito. A doente apresenta o movimento corporal melhorado no membro superior direito
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade do membro superior direito	Ensinar sobre a importância dos exercícios do membro superior direito e a melhoria na mobilidade do mesmo e repercussões positivas na função respiratória.	3º dia de internamento Foi explicado à doente a importância dos exercícios musculares e articulares do MSD, no contexto específico, pelo que a doente compreendeu o que foi ensinado. 6º dia de internamento A doente tem consciencialização da relação entre os exercícios aprendidos e a mobilidade do MSD melhorada.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares do membro superior direito.	Ensinar sobre exercícios musculares e articulares. Instruir sobre exercícios musculares e articulares.	3º dia de internamento A doente não possui qualquer tipo de conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares a realizar no MSD. 6º dia de internamento

		O conhecimento da doente sobre os exercícios musculares e articulares no MSD está melhorado. A doente já consegue explicar à família como tem feito os exercícios, como são realizados, qual o número de séries e repetições.
Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares do membro superior direito	<p>Incentivar a doente a realizar exercícios musculares e articulares do membro superior direito.</p> <p>Treinar exercícios musculares e articulares do membro superior direito.</p>	<p>3º dia de internamento</p> <p>A doente não consegue realizar os exercícios sem que sejam demonstrados primeiro pela enfermeira e depois realizar com a orientação e ajuda.</p> <p>6º dia de internamento</p> <p>A doente já inicia os exercícios de forma autónoma, correta e somente necessita de supervisão da enfermeira. Cumpre a sequência de movimentos, cumpre o número de séries e repetições. Apresenta capacidade para executar os exercícios melhorada.</p>

Foco: Úlcera de pressão		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Risco de úlcera de pressão (doente acamada no início do internamento).	<ul style="list-style-type: none"> - Limpar e hidratar e massajar a pele - Alívio de pressão com alternância de decúbitos, dentro dos limites toleráveis pela doente. - Alimentar e hidratar a doente adequadamente 	<p>Instrumento de avaliação – Escala de Braden</p> <p>3º dia de internamento – Score 11 Alto Risco</p> <p>6º dia de internamento – Score 17 Médio Risco</p>

Foco Queda		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar ambiente físico - Manter as grades da cama - Providenciar dispositivo auxiliar de marcha - Assistir a doente no andar 	<p>Escala de Morse</p> <p>3º dia de internamento – score 35 baixo risco</p> <p>6º dia de internamento – score 55 alto risco (doente já faz levante e deambula com dispositivo auxiliar de marcha)</p>

Resultados:

Em relação ao risco de não adesão ao tratamento de reabilitação proposto, a doente não apresenta fatores que possam interferir. Inicialmente não tem conhecimento sobre a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação para melhorar a sua condição de saúde, nomeadamente sobre a recuperação da função respiratória, e função motora do membro superior direito. Após as explicações e transmissão desse mesmo conhecimento, a doente demonstra interesse e motivação para participar no tratamento proposto. Demonstra capacidade para aprender os exercícios e posteriormente realizá-los de forma autónoma com supervisão.

Na avaliação inicial da função respiratória, a doente apresenta alterações ventilação comprometida. Na leitura gasimétrica a doente apresenta ligeira hipoxémia, e na avaliação das SaO₂, mesmo com aporte de oxigénio a 1L/min. apresenta valores inferiores ao desejável, com quadro de dispneia associado. Ao longo dos dias, em que a doente aderiu ao tratamento de reabilitação respiratória, verificou-se uma melhoria da ventilação, conseguiu-se retirar o aporte do oxigénio, e manter boas SaO₂, com melhoria dos valores gasimétricos. À auscultação a doente nunca apresentou alterações.

Devido ao diagnóstico de TEP, e o antecedente de neoplasia do pulmão, ao avaliar a dispneia da doente utilizando o instrumento MRC – DQ, a doente apresenta intolerância à atividade. Foram planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação tendo em consideração as limitações da doente no que diz respeito ao esforço que faz para conseguir a sua autonomia nas AVD's. À medida que a função respiratória da doente foi melhorando, foi progressivamente ficando mais tolerante às atividades diárias, e na última avaliação a doente já consegue realizar as AVD's com ajuda parcial/ supervisão do enfermeiro. Doente ficou autónoma do Andar, com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho).

Relativamente à função motora do membro superior direito, foram planeadas intervenções com dois objetivos, além de recuperar a funcionalidade do membro dentro do possível, também foi objetivo a melhoria da ventilação, através de exercícios de reeducação diafragmática e costal. Os resultados foram de melhoria de ambas as funções.

APÊNDICE IV

Estudo de Caso C

Avaliação inicial

O estudo de caso que se apresenta de seguida, é o sr. E.R., um doente de 81 anos de idade, que reside com a esposa, uma senhora de 82 anos, sendo que são um casal independente, que se entrecorrem nas tarefas diárias. Têm dois filhos adultos, um deles reside no estrangeiro, e outro na mesma localidade que os pais, e é quem presta alguma ajuda relativamente às compras no supermercado. Residem numa moradia térrea, que segundo o sr. E.R. não tem degraus, nem outros obstáculos à mobilidade, e que no W.C. já foram feitas adaptações há 2 anos, nomeadamente foi removida a banheira e instalado um duche.

O Sr. E.R. tem como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial, Hiperuricemia com tufos gotosos nos dedos dos pés, (iniciou colquicina já em internamento) *Diabetes Mellitus II*, Dislipidemia, Estenose aórtica grave, doença valvular cardíaca, osteoartrose do joelho esquerdo.

Seguido em consulta externa de Cardiologia, nesta unidade hospitalar, pelo que foi internado eletivamente, por queixas de agravamento do cansaço a pequenos esforços e dor retrosternal esporádica tipo queimadura. Realizou no dia seguinte cateterismo na radial direita, sem alterações significativas. Posteriormente foi discutido o caso com médico cardiologista de Santa Marta e ficou proposto para implante transcater de válvula aórtica. Este é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo, em que é implantada uma nova válvula no interior da válvula aórtica que apresenta estenose, sem que esta necessite de seja substituída (*American Heart Association, 2020*).

De acordo com o score de 15 obtido na ECG (anexo X), o doente tem critério para inclusão no estudo de caso.

Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria

4º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO ₂	Dor
36,3°C	147/72 mmHg	61 bpm	18 ciclos/min.	96 %	5 a deambular

Tabela 1 – Registo de Sinais Vitais

7º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,3°C	151/75 mmHg	59 bpm	18 ciclos/min	96 %	5 a deambular

Tabela 2 – Registo de Sinais Vitais

9º dia de internamento

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,1°	135/72 mmHg	63 bpm	15 ciclo/min	97 %	3 a deambular

Tabela 3 – Registo de Sinais Vitais

Avaliação da consciência – Escala de Coma de Glasgow (Anexo X)

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	④
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	⑤
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a ordem	⑥
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Tabela 4 – Avaliação do estado de consciência

Devido à presença de dor segundo a avaliação feita utilizando a Escala Visual Analógica da Dor (EVA), nos membros inferiores devido à hiperuricemia, conforme a figura 1., desta forma foi identificado diagnóstico de andar comprometido no doente.

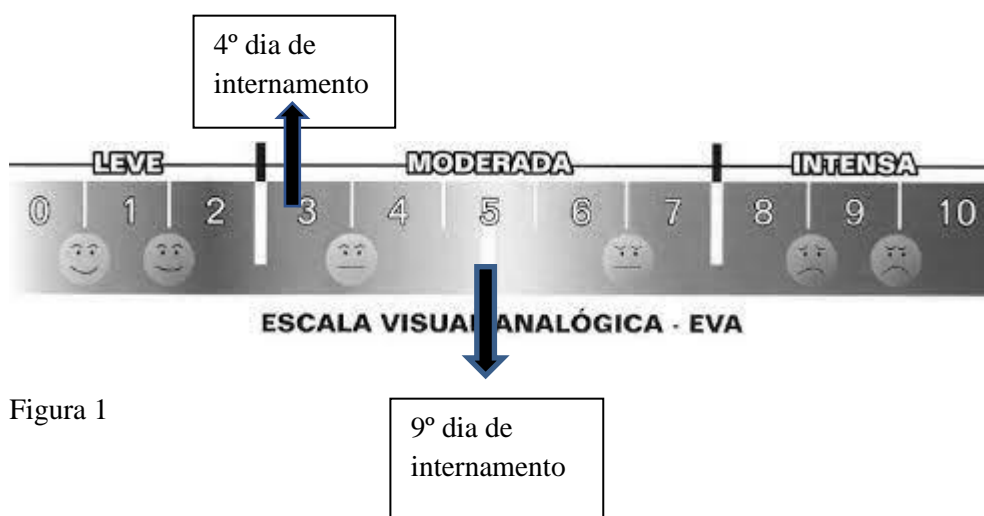


Figura 1

Avaliação da função respiratória:

Considerando que o doente vai ser submetido de uma intervenção cirúrgica e que devido à sua condição de doença cardíaca apresenta sensação de cansaço e intolerância à atividade de vida diária - avaliação feita por meio do instrumento de avaliação MRC – *Dyspnea Scale* - foi formulado diagnóstico de ventilação comprometida. Para avaliar dispneia, cansaço, intolerância à atividade, foi utilizado o instrumento conforme apresentado na tabela 5.

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua falta de ar	4º dia de internamento	9º dia de internamento
Grau 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício físico intenso		
Grau 1 Falta de Fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado		
Grau 2 Andar mais devagar do que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal		X
Grau 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos	X	
Grau 4 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir		

Tabela 5 – Avaliação da tolerância à atividade, MRC – *Dyspnea Scale*

Avaliação da adesão ao tratamento:

Doente desconhece a importância da reabilitação respiratória, como meio de prevenção de complicações de cirurgias, sendo que foi avaliado o risco de não adesão ao tratamento recorrendo ao instrumento de Avaliação do Risco de Não-Adesão ao Tratamento, da CIPE (OE, CIPE, 2009), (Anexo I). Através desta avaliação, foram validados a dor e a intolerância à atividade como fatores de risco.

Para complementar esta avaliação da adesão, foi utilizada a entrevista direcionada, com questões previamente definidas.

Antes do início do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica?

R.: *Sim compreendo, sei que a minha respiração não está muito bem, devido ao meu coração, e cansa-me muito. Gostaria de melhor como me sinto.*

Q.: Aceita que seja proposto um plano de intervenções de reabilitação, elaborado em parceria consigo para melhorar a sua condição?

R.: *Aceito sim, o que achar melhor.*

Q.: Sente-se motivado para cumprir o plano de intervenções proposto?

R.: *Motivado estou, quero sentir-me melhor, mas deixe ver se consigo.*

Q.: Compreende que poderão existir dificuldades, mas fazem parte do processo e serei um elemento facilitador para que consiga alcançar os objetivos propostos?

R.: *Bem... difícil deve ser, sinto dificuldades em fazer muita coisa, se me sentir cansado poderei parar certo? (o enfermeiro confirma que sim).*

Q.: Tendo em conta o que foi conversado podemos iniciar sua avaliação para posteriormente dar início a um programa de reabilitação direcionado para si especificamente? Se sim, avançamos.

R.: *Sim avançamos.*

No fim do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição?

R.: *É assim... eu sei que é importante. Ainda me sinto cansado, mas aprendi a respirar de uma forma diferente. (...) Em relação à dor ao andar, a medicação já começa a fazer efeito, mas o andarilho ajuda-me a não fazer tanta força nos pés...*

Q.: Sentiu-se motivado ao longo deste percurso?

R.: *Sim senti.*

Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades?

R.: *Oh, respirar não é fácil, as vezes o cansaço...mas penso que ajudou, mas só depois da cirurgia é que acho que vou ficar bem.*

Q.: Quais foram os ganhos que considera ter alcançado?

R.: *É o que disse, aprender a respirar de outra forma, e saber andar com o andarilho.*

Avaliação da função motora:

O doente apresenta o Andar comprometido, não devido à diminuição da força muscular, mas à presença de dor e desconforto devido à gota que apresenta nas articulações dos dedos dos pés. As intervenções de enfermagem de reabilitação direccionadas neste sentido são na promoção do alívio da dor e proporcionar meios que auxiliem a marcha, diminuindo a carga exercida sobre os pés, conforme é apresentado na tabela 3.

As intervenções de enfermagem especializada, formuladas foram essencialmente de reabilitação respiratória e motora, para os diagnósticos feitos, conforme consta nas tabelas seguintes.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	4º dia de internamento Doente demonstra consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada. Na aplicação do instrumento de risco de não-adesão ao tratamento revela fatores de risco, como a dor e a intolerância à atividade. Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica? R.: <i>Sim compreendo, sei que a minha respiração não está muito bem, devido ao meu coração, e cansa-me muito. Gostaria de melhorar como me sinto.</i>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	Ensinar sobre o regime de reabilitação: - Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação ...	9º dia de internamento Doente demonstra conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado. Sendo que no fim do tratamento tem pleno conhecimento e consciência de que o tratamento de reabilitação foi fundamental para a sua recuperação. Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? R.: <i>É assim... eu sei que é importante. Ainda me sinto cansado, mas aprendi a respirar de uma forma diferente. (...) Em relação à dor ao andar, a medicação já começa a fazer efeito, mas o andarilho ajuda-me a não fazer tanta força nos pés...</i>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	9º dia de internamento Adesão ao regime de reabilitação melhorada

Tabela 6 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação:</p> <p><u>Controlo de dissociação dos tempos respiratórios</u>, (10-30min. 2-3 vezes ao dia</p> <p><u>Reeducação diafragmática</u>, (10-30min. 2-3 vezes ao dia</p> <p><u>Reeducação costal global com recurso a dispositivo*</u></p>	<p>4º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas respiratórias. Não tem fatores de risco de não adesão que estejam relacionados com alteração do estado de consciência ou cognição comprometida. Doente compreende a informação transmitida.</p> <p>9º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionado.</p> <p><u>Nota de enfermagem de reabilitação:</u> “Doente executa os exercícios respiratórios anteriormente aprendidos sem dificuldade, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, como já tinha aprendido, e reeducação costal global, com auxílio do bastão.”</p>
Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória	<p>Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p>	<p>4º dia de internamento</p> <p>Doente foi informado sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica, e prevenção de complicações pós cirurgia. Foi ensinado sobre as mesmas, e foi instruído a realizar os exercícios, foi assistido nos treinos dos mesmos, e incentivada a dar continuidade.</p> <p>“Doente executa os exercícios aprendidos, sem dificuldades.”</p>

Tabela 6 – Foco Ventilação

Foco: Movimento corporal (membros inferiores)		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Movimento corporal comprometido nos membros inferiores (MI's), devido à presença de gota nas articulações dos dedos dos pés. Doente apresenta dificuldade no Andar, por presença de dor nos pés.	Controlo da dor através da administração de medicação analgésica prescrita. Controlo da dor e edema através de terapêutica não medicamentosa, aplicação de gelo e repouso.	4º dia de internamento Doente apresenta dor 5 na EVA da dor. A presença de dor limita a capacidade do doente em Andar. Consegue andar, mas com dificuldade, faz curtos trajetos. 9º dia de internamento Doente tem a dor mais controlada, apresenta dor 3 na EVA da dor. Doente já se sente mais capaz de fazer os trajetos, mesmo curtos com menos dificuldade.
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar.	Analisar com a pessoa a relação entre o uso auxiliar de marcha e a autonomia para andar.	4º dia de internamento Foi explicado ao doente a importância do dispositivo auxiliar de marcha para que adquira autonomia para andar, pelo facto de fazer menos carga sobre os pés, doente compreende.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o auxiliar de marcha e sobre andar com auxiliar de marcha	Ensinar sobre auxiliar de marcha Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha.	4º dia de internamento O doente não possui qualquer tipo de conhecimentos sobre auxiliares de marcha e como andar com auxílio do dispositivo. Doente aprendeu sobre auxiliares de marcha.
Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha.	Instruir sobre andar com auxiliar de marcha Treinar o andar com auxiliar de marcha	4º dia de internamento O doente não consegue andar com auxiliar de marcha. 9º dia de internamento O doente já consegue andar com auxiliar de marcha de forma independente e correta, necessita de supervisão da enfermeira. Apresenta capacidade para executar o andar com auxiliar de marcha melhorada.

Resultados:

Durante o decorrer do tratamento de enfermagem de reabilitação proposto, o doente foi adquirindo os conhecimentos passados pela mestrandia, e foi ganhando consciência da importância desta intervenção especializada.

Os conhecimentos adquiridos foram relativamente à importância do papel e intervenção do enfermeiro de reabilitação, na recuperação da sua funcionalidade motora e nas estratégias existentes para facilitar a sua marcha, que se encontrava alterada devido à inflamação nas articulações dos pés, desencadeada pela hiperuricemia. O doente cumpriu a terapêutica farmacológica e não farmacológica, instituída para alívio e controlo da dor, e com a melhoria, adotou a estratégia do uso do dispositivo auxiliar de marcha. Não tendo conhecimento prévio, foi feito o ensino sobre o uso deste dispositivo, o doente adquiriu o conhecimento e capacidade para o uso, utilizando posteriormente corretamente, o que possibilitou um ganho em termos de independência na atividade andar, e outras atividades inerentes.

Em relação ao diagnóstico de ventilação comprometida, embora não tenha havido um acompanhamento do doente no pós-operatório, o doente adquiriu conhecimentos sobre a prevenção de possíveis complicações respiratórias, adversas a uma cirurgia cardiotorácica. Aprendeu sobre os exercícios respiratórios e adquiriu a capacidade de os realizar de forma autónoma.

Resumidamente, pode-se constatar que houve uma intervenção positiva de enfermagem de reabilitação e avalia-se que houve ganhos para o doente, através da aquisição de conhecimentos e capacidades que possibilitam uma aquisição de funcionalidade e prevenção de complicações.

APÊNDICE V

Estudo de Caso D

Avaliação inicial:

Este estudo de caso é de uma doente de 57 anos, A.I.F., anteriormente independente nas AVD's, residia sozinha, divorciada e mãe de duas filhas já em idade adulta, tem uma neta, que ajuda a tomar conta nos seus tempos livres. É uma senhora ativa profissionalmente, trabalha numa peixaria de um supermercado.

Tem antecedentes pessoais de HTA, Diabetes *Mellitus* tipo 2, dislipidemia, obesidade, DPOC, Tabagismo (1 maço/dia), alcoolismo, esteatohepatite alcoólica, faz medicação direcionada às patologias descritas.

É levada ao hospital hospitalar, após uma exposição prolongada a produto tóxico com Cloro (Chorsan), inalado enquanto fazia limpezas no local de trabalho. Após essa exposição iniciou quadro de dispneia, momento em que foi chamado o INEM e posteriormente no transporte teve uma crise convulsiva. Quando deu entrada nas urgências do hospital, na sala de reanimação, encontrava-se, cianótica, bradipneica, taquicárdica, com diminuição do murmúrio vesicular, à auscultação pulmonar. Inconsciente com um score na ECG de 8, pois ainda respondia a alguns estímulos, tetra paresia flácida. Gasimetria com uma pO₂ de 89 e uma pCO₂ imensurável, com acidose respiratória e glicémia de 400 mg/dl.

Devido à gravidade do quadro clínico, a doente foi entubada de imediato por via orotraqueal, e iniciada ventilação mecânica invasiva (VMI), sob sedação e curarização. Realizadas outras intervenções emergentes necessárias para medicação e monitorização, nomeadamente colocado CVC na veia subclávia à direita e linha arterial na artéria femoral à direita. Por consequência fez um pneumotórax à direita, colocado dreno torácico.

A doente foi transferida para a UCI da mesma instituição, com os diagnósticos de Pneumonite grave (por inalação de substância tóxica), com insuficiência respiratória, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) agudizada, pneumotórax direito iatrogénico após colocação de CVC (Cateter Venoso Central). Sendo a insuficiência respiratória aguda uma situação clínica que tem como consequência a inabilidade do sistema respiratório realizar uma ventilação adequada, em que as trocas gasosas são inadequadas às necessidades orgânicas da pessoa (Martins et al, 2022), é inevitável esta transferência para uma unidade de cuidados

intensivos para manter a VMI (Ventilação Mecânica Invasiva), e monitorização criteriosa dos parâmetros vitais.



Figura 1 - RX Tórax (admissão na UCI)

As análises do painel de vírus respiratórios estavam negativas e a doente iniciou antibioterapia profilática. Nos primeiros três dias de internamento a doente não teve evolução positiva no seu quadro clínico, antes pelo contrário, verificou-se um agravamento respiratório e hemodinâmico progressivo, por este motivo foi proposta para resgate com ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*), e foi transferida ao 5º dia de internamento, para a Unidade de Urgência Médica (UUM), de outro hospital, onde permaneceu durante 20 dias.

Após estabilização clínica, a doente é transferida da UUM, novamente para a UCI do centro hospitalar onde se encontrava. Regressa com mais alguns diagnósticos, nomeadamente Sepsis grave com choque séptico, Bacteriémia a *Enterobacter aerogenes*, pneumonia associada ao ventilador a *Serratia Marcescens*, anemia, miopatia do doente crítico, traqueostomia, úlcera de pressão (UP) necrosada na região sagrada. Cumpriu na UUM antibioterapia por 14 dias, mas mantém-se febril.

Na readmissão na UCI, doente febril 38.8°C, sem sedação, desperta, dirige o olhar e pestaneja, mantém tetraparesia flácida. Mantem VMI, através de traqueostomia, pressão assistida.

À observação a doente apresenta pele e mucosas pálidas, com alteração da integridade cutânea, devido à UP na região sagrada, e à ferida cirúrgica devido à traqueostomia.

Avaliação de Sinais Vitais e Oximetria

2º dia de internamento UCI após readmissão

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
38,1°C	109/66 mmHg	110 bpm	22 ciclos/min.	94 %	0

Tabela 1 – Registo de sinais vitais

8º dia de internamento (traqueostomia e VMI)

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,3°C	112/68 mmHg	91 bpm	19 ciclos/min	98 %	0

Tabela 2 – Registo de sinais vitais

10º dia de internamento (traqueostomia e oxigenoterapia)

T°	TA	FC	FR	SaO2	Dor
36,5°C	125/63 mmHg	97 bpm	21 ciclo/min	94 %	0

Tabela 3 – Registo de sinais vitais

A doente apesar de não conseguir comunicar verbalmente, nesta fase do internamento na UCI, encontra-se consciente e orientada, comunica não verbalmente através do olhar e de acenos com a cabeça pois possui movimento do pescoço mantido. Na avaliação do estado de consciência utilizando a escala de Glasgow, a doente apresenta uma abertura ocular espontânea com um score de 4, resposta motora com movimento de retirada à dor, nomeadamente do pescoço, com score de 4, e relativamente à resposta verbal não é aplicável a avaliação sendo que a doente não comunica verbalmente devido à traqueostomia.

Avaliação da adesão ao tratamento de Reabilitação proposto:

Foi realizada a avaliação da adesão da doente ao tratamento de reabilitação proposto, através do Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento da CIPE (OE, CIPE, 2009), conforme consta no Anexo I. Foram identificados determinados fatores de risco de não adesão, nomeadamente Intolerância à atividade, Cognição comprometida, Compromisso musculoesquelético, Défice sensorial e Incapacidade de gestão do regime de tratamento. Não foi possível numa fase inicial aplicar a entrevista direcionada, somente na fase final do tratamento, intervenções de enfermagem de reabilitação, proposto pela mestranda.

Entrevista direcionada para averiguar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto:

No fim do tratamento de reabilitação em internamento

Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição?

R.: *“Sim, sem dúvida. Nunca pensei que conseguisse melhorar desta forma. Foram dias muito difíceis... ver as minha filhas e não conseguir falar, achei que nunca mais conseguiria andar, ou abraçar a minha neta... vocês foram uns queridos. Obrigada por tudo.”*

Q.: Sentiu-se motivado ao longo deste percurso?

R.: *“De início não, não foi fácil e a enfermeira sabe. Estava muito triste e deprimida, muito frustrada de me sentir tão incapaz de tudo, nem falar eu conseguia, só quando já conseguia fazer qualquer coisa, e vocês puxavam por mim, o que foi bom.”*

Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades?

R.: *“Foi querer fazer e não conseguir. Querer mexer um braço ou uma perna e não ter força para isso. As vezes ficava zangada, parece que exercícios tão simples exigiam um enorme esforço.”*

Q.: Quais foram os ganhos que considera ter alcançado?

R.: *“É tudo isto, poder respirar sem o ventilador, e retomar a capacidade de me mexer, de me levantar mesmo que com ajuda. É muito importante para mim e para a minha família ver-me melhor.”*

Avaliação da Ventilação e Limpeza das vias aéreas:

Doente ventilada, através de traqueostomia, com alteração à auscultação pulmonar, ronos dispersos bilaterais, gasimetria com valores normais, RX tórax com diminuição da expansão pulmonar do lado direito, possível derrame pleural, mantém dreno torácico, oscilante. Foi elaborado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação respiratória, com o objetivo de recuperação funcional respiratória, no sentido de fortalecer os músculos respiratórios, melhorar a capacidade ventilatório, para a doente futuramente ter capacidade de realizar ventilação espontânea eficaz.

Ao longo do internamento, a doente apresentou frequentemente presença de secreções, com necessidade de ser aspirada através da cânula da traqueostomia.



Figura 2 - RX após readmissão na UCI 2º dia de internamento

Avaliação da função motora:

A doente, como já foi referido anteriormente, apresenta uma tetraparésia flácida, em contexto de miopatia em doente crítico. A avaliação da força muscular de acordo com a escala MRC – Muscle Scale (Anexo IV) foi feita no 1º dia de intervenção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação (2º dia de internamento), outra avaliação intermédia (14º dia de internamento), e uma última avaliação passados 40 dias do início da intervenção dos enfermeiros de reabilitação, e são apresentadas nas tabelas 4 e 5.

	Membros inferiores bilateral					
Grau de força muscular	0	1	2	3	4	5
03/12/2022	X					
16/12/2022			X			
12/01/2022					X	

Tabela 4 – Avaliação da força muscular dos membros inferiores

	Membros superiores bilateral					
Grau de força muscular	0	1	2	3	4	5
03/12/2022		X				
16/12/2022				X		
12/01/2022					X	

Tabela 5 - Avaliação da força muscular dos membros inferiores

A doente no 40º dia de internamento já faz levantar com carga e iniciou treino de marcha com andarilho em curto trajeto.

Os diagnósticos de enfermagem identificados na doente foram, e nos quais incidiram as intervenções de enfermagem de reabilitação foram, ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas comprometida, movimento corporal comprometido, e risco de não adesão ao tratamento proposto. Os planos de enfermagem de reabilitação estão apresentados nas tabelas que se seguem.

Foco: Adesão ao Tratamento de Reabilitação:		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação.	<p>1º de dia internamento</p> <p>Não foi possível numa fase inicial aplicar a entrevista direcionada, por comunicação comprometida, doente não verbaliza.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Na fase final do tratamento, quando a doente já tem comunicação verbal eficaz, é que foi possível avaliar a adesão da doente às intervenções de enfermagem de reabilitação, propostas pela mestrandia.</p> <p><i>Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição? “Sim, sem dúvida. Nunca pensei que conseguisse melhorar desta forma. Foram dias muito difíceis... ver as minha filhas e não conseguir falar, achei que nunca mais conseguiria andar, ou abraçar a minha neta... vocês foram uns queridos. Obrigada por tudo.”</i></p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação	Ensinar sobre o regime de reabilitação: - Ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação.	<p>1º de dia internamento</p> <p>Não foi possível avaliar o conhecimento da doente sobre o regime de reabilitação.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente nesta fase já conhece bem o seu plano de reabilitação, inicia os exercícios de forma autónoma, necessita de apoio e supervisão para executá-los.</p>
Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação.	Incentivar a Adesão ao regime de reabilitação	<p>40º dia de internamento</p> <p><i>Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades? “Foi querer fazer e não conseguir. Querer mexer um braço ou uma perna e não ter força para isso. As vezes ficava zangada, parece que exercícios tão simples exigiam um enorme esforço.” Q.: sentiu-se motivada ao longo deste percurso? “De início não... só quando já conseguia fazer qualquer coisa, e vocês puxavam por mim, o que foi bom.”</i></p> <p>Adesão ao regime de reabilitação melhorada.</p>

Tabela 6 – Foco Adesão ao tratamento de reabilitação

Foco: Ventilação		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Ventilação comprometida	<p>Executar técnicas para otimizar a ventilação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promovendo a sincronia e a adaptação ventilatória através de técnicas respiratórias como o controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global, em sincronia com o ciclo ventilatório, dos tempos inspiratórios e expiratórios. - Treino dos músculos respiratórios <p>Manter a permeabilidade das vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizando e eliminando secreções 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente com ventilação mecânica invasiva (VMI), pressão assistida. Sem compromisso do suporte ventilatório, mas sem capacidade para ventilação espontânea, com capacidade de expansão diafragmática diminuída. Doente não mobiliza as secreções.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente com VMI, ventilação espontânea assistida. Doente já possui uma ventilação espontânea, tem capacidade para fazer todo o ciclo respiratório que é suportada pelo ventilador caso a doente tenha alguma dificuldade em realizar algum ciclo. Já possui uma capacidade de expansão diafragmática melhorada, com fortalecimento dos músculos respiratórios. Doente mobiliza, mas não consegue expelir as secreções.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente com traqueostomia, já realizou desmame ventilatório e está numa fase pós ventilação mecânica invasiva, com aporte de oxigénio a 2L/min. Doente mobiliza e expelle as secreções.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<p>Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação: (controlo de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global, treino de músculos respiratórios).</p> <p>Ensinar sobre as técnicas respiratórias para incentivar a ventilação.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente não apresenta conhecimento sobre as técnicas respiratórias. Apresenta fatores de risco de não adesão relacionados com alteração do estado de consciência e cognição comprometida. Doente não compreende totalmente a informação transmitida.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e tenta colaborar na execução dos mesmos.</p>

		<p>40º dia de internamento</p> <p>Doente compreende a informação que foi transmitida anteriormente e constata-se que reteve a informação sendo que recorda dos exercícios e da sua importância quando questionada.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica respiratória</p>	<p>Instruir técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Treinar técnicas respiratórias para otimizar a respiração.</p> <p>Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente foi informada sobre as técnicas respiratórias utilizadas na reeducação funcional respiratória, sobre a sua importância na sua condição clínica. Foi ensinada sobre as mesmas, e foi instruído a colaborar dentro das suas possibilidades na execução dos exercícios.</p> <p>“Doente não colabora na realização dos exercícios, mas denota-se uma tentativa de pelo menos não contrariar os ciclos respiratórios suportados pelo ventilador.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente tenta colaborar na execução dos exercícios sendo que já possui capacidade de ventilação espontânea, porém “na tentativa de realizar a técnica, apresenta dificuldades, doente demonstra desconforto e apresenta-se polipneica, condição que dificulta a execução da técnica”.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente consegue executar os exercícios, com ligeiro cansaço, são realizadas pausas para descanso e doente gere o tempo para retomar a atividade proposta. Doente compreende a importância da realização destes exercícios para a recuperação da sua função respiratória.</p>

Tabela 7 – Foco Ventilação

Foco: Limpeza das vias aéreas		
Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
Limpeza da via aérea comprometida	<p>Executar técnicas para limpeza da via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manobras acessórias (percussão e vibro compressões) - Tosse assistida e dirigida - <i>Cough Assist</i> ® - Aspiração de secreções <p>Promover a hidratação por via da sonda nasogástrica</p>	<p>1 ° dia de internamento</p> <p>Utilizadas manobras acessórias em coordenação com o ciclo ventilatório mecânico, e aspiradas secreções através de traqueostomia, doente não consegue mobilizar nem expelir as secreções.</p> <p>15° dia de internamento</p> <p>Além das manobras acessórias, é utilizado o dispositivo <i>Cough Asssit</i> ® e posteriormente são aspiradas secreções através da traqueostomia. A doente após a estimulação com os dispositivos, apresenta reflexo da tosse, mas não eficaz sem a utilização do dispositivo, ainda não consegue mobilizar as secreções de forma autónoma.</p> <p>40° dia de internamento</p> <p>Nesta fase a doente já não se encontra sob VMI, respira autonomamente, os músculos respiratórios foram trabalhados ao longo do internamento, já se consegue participação ativa, com coordenação da doente para realizar tosse assistida dirigida sem utilização do dispositivo. Doente tem capacidade de mobilizar secreções, mais facilmente após realização de manobras acessórias e consegue expelir as secreções através da traqueostomia. Limpeza da via aérea melhorada.</p>
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas para a limpeza da via aérea, incluindo o uso de dispositivo de promoção da limpeza da via aérea	<p>Ensinar sobre técnicas para limpeza da via aérea e sobre o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea.</p> <p>Instruir técnicas para limpeza da via aérea e sobre o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea.</p>	<p>1 ° dia de internamento</p> <p>A doente desconhece técnicas de promoção de limpeza da via aérea. Foi ensinado à doente sobre algumas das técnicas existentes para uma limpeza da via aérea eficaz, foi explicado que nesta fase seria normal não conseguir colaborar ativamente no processo, mas que com a continuação das intervenções de ER, poderia ter um papel mais ativo. Quando questionada sobre aceitar a utilização destas técnicas a doente assente que sim acenando com a cabeça.</p> <p>15° dia de internamento</p>

		<p>A doente foi instruída sobre a utilização do Cough Assist®, foi transmitido como funcionava este dispositivo mecânico de tosse, através da diferença de pressões exercidas que simulam uma tosse eficaz e também das sensações que a doente poderá ter com a utilização do mesmo. A doente concorda com a utilização do mesmo.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Foi ensinada e instruída a doente, sobre a técnica de tosse assistida e dirigida, sem recurso ao dispositivo, e com necessidade da total colaboração da doente. A doente neste ponto tem um conhecimento sobre técnicas de limpeza de via aérea, incluindo o uso do dispositivo de promoção de limpeza, melhorado.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para a limpeza da via aérea incluindo o uso de dispositivo de promoção da limpeza da via aérea</p>	<p>Treinar técnicas para limpeza da via aérea</p> <p>Treinar/implementar o uso de dispositivo de promoção de limpeza de via aérea, nomeadamente o Cough Assist®, adaptado à traqueostomia.</p>	<p>15º dia de internamento</p> <p>Doente apresenta capacidade para executar técnicas para limpeza de via aérea comprometida, mas apresenta melhoria no que diz respeito à colaboração na utilização das técnicas para a limpeza das vias aéreas. Quanto à utilização do dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas, nomeadamente o Cough Assist®, a doente não tem capacidade para uso do mesmo de forma autónoma.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente apresenta capacidade para executar técnicas para limpeza de via aérea e capacidade de uso de dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas melhorada, ou seja, já consegue executar técnicas como tosse de forma eficaz, e faz uso complementar do dispositivo Cough Assist®, não de forma autónoma, mas de forma coordenada.</p>
<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea</p>	<p>Analisar a relação entre tosse e limpeza das vias aéreas.</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente tem consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea, comprometida. Não tem ainda conhecimentos, experiência ou capacidade que fundamentem essa mesma consciencialização.</p> <p>15º dia de internamento</p>

		<p>A doente já tem conhecimentos e experiência com o uso de técnicas para limpeza da via aérea, nomeadamente a tosse assistida, seja por manobras externas realizadas pelo ER, ou através do uso de dispositivo Cough Assist®, que proporcionaram uma consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea melhorada.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente tem consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea melhorada. Como doente traqueostomizada tem sempre presente expetoração, e consegue perceber que utilizando as técnicas de limpeza e o uso do dispositivo de promoção de limpeza das vias aéreas, consegue mobilizar e expelir essas secreções através de tosse eficaz.</p>
--	--	--

Tabela 8 – Foco Limpeza da via aérea

Foco: Movimento corporal (membros superiores e inferiores)

Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
<p>Movimento corporal comprometido nos membros superiores (MS's) e inferiores (MI's) devido à tetraparésia flácida que apresenta devido à miopatia do doente crítico</p>	<p>Mobilização precoce dos membros superiores e inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercícios muscular e articular passivos dos segmentos articulares dos membros superiores e MI's. - Executar técnica de exercícios muscular e articular ativos assistidos e ativos resistidos dos segmentos articulares dos membros superiores e inferiores. 	<p>1º dia de internamento</p> <p>Doente não participa nos exercícios. Consegue perceber-se um esboço de contração muscular nos MS's, mas não há movimento, Força muscular grau 1 (MRC MS). Doente não participa nos exercícios, sem contração muscular palpável ou visível nos MI's, força muscular grau 0 (MRC MS).</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>Doente já possui movimento das articulações dos dedos das mãos, punhos e cotovelos, quando avaliada a força muscular dos MS's, a doente apresenta força de grau 3 (MRC MS). Doente apresenta contração palpável ou visível, mas sem movimento dos membros inferiores, exceção da articulação do tornozelo, apresenta movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência. Quando avaliada a força muscular doente apresenta força de grau 1 (MRC MS).</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>Doente já possui movimento das articulações dos dedos das mãos, punhos, cotovelos e ombros, quando avaliada a força muscular, a doente apresenta força de grau 4 (MRC MS). Doente já possui movimento das articulações dos dedos dos pés, tornozelos, joelhos e ancas. Quando avaliada a força muscular, a doente apresenta força de grau 4 (MRC MS). Realiza todos os exercícios de forma autónoma e consegue mobilizar com a aplicação de resistência, mas ainda inferior ao esperado.</p>
<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a</p>	<p>Ensinar sobre exercícios musculares e articulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da omoplata 	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não tem a consciência da importância e da relação entre os exercícios realizados e a mobilidade dos membros superiores e inferiores. Não responde verbalmente, mas é capaz de comunicação não verbal com aceno da cabeça ou piscar os olhos.</p>

<p>mobilidade dos membros superiores e inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da articulação glenoumeral - Mobilização do cotovelo - Mobilização do antebraço - Mobilização do punho - Mobilização dos dedos das mãos - Mobilização da articulação coxofemoral (anca) - Mobilização da articulação do joelho - Mobilização da articulação tibiotársica - Mobilização dos dedos dos pés <p>Ensinar sobre exercício da ponte</p>	<p>15º dia de internamento</p> <p>Através de questões simples e diretas, tipo sim ou não, a doente refere ter consciência da importância dos exercícios e a sua mobilidade, pois constata uma evolução positiva relativamente aos membros superiores. Porém, não consegue perceber muito bem porque a recuperação da mobilidade dos membros inferiores está a ser mais demorada do que a recuperação dos membros superiores.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente tem plena consciência de que a realização de exercícios de reabilitação dos membros superiores e inferiores, foi fundamental para a recuperação obtida, da mobilidade dos quatro membros.</p>
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores</p>	<p>Instruir sobre exercícios musculares e articulares de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores.</p> <p>Instruir sobre o exercício da ponte</p>	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente desconhece quais os exercícios musculares e articulares que vai fazer, e de como se realizam.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>A doente já conhece os exercícios, e como já possui mobilidade de algumas articulações dos membros superiores, consegue iniciar os exercícios habitualmente realizados, mas ainda assistidos pelo enfermeiro de reabilitação. Relativamente aos MI's, ainda realiza somente de forma passiva pois não possui mobilidade sequer para iniciar os mesmos.</p> <p>40º dia de internamento</p>

		A doente conhece os exercícios, sabe a importância dos mesmos e já realiza de forma autónoma, com supervisão do enfermeiro de reabilitação ou no caso de exercícios ativos resistidos, com a intervenção do EEER.
Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores	Treinar exercícios musculares e articulares de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores Treinar o exercício da ponte	<p>1º dia de internamento</p> <p>A doente não apresenta potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares dos membros superiores e inferiores devido à tetraparésia, flácida, os exercícios são realizados de forma passiva, como mobilização precoce.</p> <p>15º dia de internamento</p> <p>A doente nesta fase do processo de reabilitação, já apresenta potencial para melhorar a capacidade de realizar os exercícios propostos. Já apresenta movimento articular nos membros superiores, embora não seja com a força desejada. Consegue iniciar os exercícios, mas executa de forma assistida.</p> <p>Apresenta contração palpável e visível, nos MI's, embora não haja movimento. Consegue fazer contração do músculo, mas ainda não inicia os exercícios isotónicos, sendo estes realizados de forma passiva, mas consegue realizar exercícios isométricos, com menos força do que o expetável.</p> <p>40º dia de internamento</p> <p>A doente já adquiriu capacidade para executar os exercícios musculares e articulares nos membros superiores e inferiores, de forma autónoma, com supervisão do EEER, que foram propostos no plano de intervenção de ER.</p>

Tabela 9 – Foco Movimento corporal

Resultados:

Este foi um estudo de caso que se prolongou num espaço de tempo mais longo, cerca das 6 semanas de duração deste estágio, mas que se refletiu num período de reabilitação de 8 semanas para a doente, sendo que houve uma ausência de 2 semanas devido a calendário escolar. Este é um internamento mais prolongado, o que é habitual numa UCI, sendo que são doentes em situação crítica e de recuperação morosa.

Esta explicação é para contextualizar a situação da doente e duração da intervenção do enfermeiro de reabilitação, face aos ganhos que ocorreram. Os resultados obtidos foram de extrema importância, pois evidenciam a importância da intervenção especializada. Uma doente com ventilação e movimento corporal comprometidos, que com a evolução do tratamento de reabilitação, obviamente inseridos em cuidados multidisciplinares de elevada complexidade, readquiriu a capacidade de uma ventilação espontânea, e de recuperar a funcionalidade motora, desde por exemplo uma avaliação inicial na qual a doente não obedece a ordens e a resposta motora era exclusivamente a retirada quando estimulada, até à avaliação final com força 4, com capacidade de carga nos membros inferiores e de dar passos com auxílio de dispositivo de marcha.

No período de intervenção descritos neste estudo de caso, a doente permaneceu traqueostomizada, no fim já sob oxigenoterapia, mas com tosse eficaz, não comprometendo a limpeza das vias aéreas.

Num doente que esteve numa situação crítica, verificar esta evolução positiva na recuperação da funcionalidade foi um grande ganho em saúde, que surpreenderam a doente e família, que perspetivaram posteriormente um futuro mais positivo do que pensavam inicialmente.

APÊNDICE VI
Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR
EM PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE
HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Participante N° _____

Eu, Beatriz de Almeida Mónica da Costa, Enfermeira, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 64021, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, do IPS, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Encontro-me a realizar o Estágio Final, no qual desenvolvo o Projeto de intervenção com o tema “Adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação do doente adulto internado”.

O projeto tem como objetivo geral desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado e consiste na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação: Avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados. A intervenção terapêutica, decorre do plano de cuidados personalizado, fundamentado, com base em evidências e/ou recomendações de Comissões científicas, validado pelos supervisores e orientadores e é realizado com supervisão de enfermeiro especialista.

A participação no presente projeto é livre e voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo e caso pretenda pode cessar a participação em qualquer etapa do procedimento sem que essa decisão lhe cause qualquer dano.

Garanto que toda a informação recolhida é confidencial, anónima, ficando à minha guarda com acesso protegido.

Disponibilizo-me para prestar todos os esclarecimentos que entenda necessários. No caso de se encontrar totalmente esclarecido e concordar com o proposto, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua disponibilidade para colaborar no projeto de intervenção. Disponibilizo os meus dados e contactos, bem como da Professora Orientadora do Projeto.

Mestranda: Beatriz Costa (contacto: 1985beatrizcosta@gmail.com; 910218451)

Orientadora: Professora Maria José Bule (contactos: mjosebule@uevora.pt; 266730300)

Assinatura

Data

____/____/____

Declaro que:

- Li e compreendi tudo o descrito no presente documento;
- Foi-me garantida a confidencialidade dos meus dados, sendo que este é o único documento onde consta a minha identificação;
- Foi-me dada a possibilidade de, em qualquer altura, desistir da participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.
- Aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária e esclarecida forneço, para serem utilizados neste projeto de investigação.

Assinatura

Data

____/____/____

Caso não seja o próprio interveniente a assinar (por exemplo, por incapacidade). Solicita-se que seja indicado o tipo de ligação com o participante ou tipo de representação:

Assinatura

Data

____/____/____

(Documento realizado em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente)

APÊNDICE VII

Pedido de parecer à comissão de ética

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.

Exmos./as Srs./as,

Eu, Beatriz de Almeida Mónica da Costa, enfermeira generalista a exercer funções neste mesmo centro hospitalar, e mestranda na área de enfermagem de reabilitação, venho por este meio pedir o Vosso parecer relativamente ao meu projeto de intervenção de enfermagem, a desenvolver no Estágio final do curso supramencionado.

Este projeto de intervenção destina-se a ser desenvolvido no decorrer do estágio final, nos serviços de Cardiologia e Unidade de Cuidados Intensivos no período compreendido entre 19 de setembro de 2022 até 20 de janeiro de 2023. A professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, Maria José Bule é responsável pela orientação académica, ficando a orientação clínica ao encargo de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação dos serviços suprarreferidos.

TÍTULO:

Adesão aos cuidados de enfermagem de reabilitação do adulto internado.

OBJETIVO:

Desenvolver um plano avaliação diagnóstica e de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no doente adulto internado, procurando desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional do doente adulto com alterações da função respiratória, cardíaca e/ou neurológica; identificar fatores que interfiram na adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem de reabilitação; definir estratégias de intervenção que contribuam para a adesão do doente adulto internado ao tratamento de enfermagem e reabilitação.

DESENHO DO ESTUDO:

Este projeto segue uma metodologia de estudo de caso, mais especificamente estudo de casos múltiplos, visto que é pretendido dirigir este projeto de intervenção a um número variado de

doentes internados, que serão alvo dos cuidados de enfermagem especializados na área de reabilitação no decorrer do estágio final. A utilização de vários casos permite alcançar resultados que possam ser alvo de reflexões comparativas.

A metodologia de trabalho que é utilizada neste projeto é o processo de enfermagem, respeitando as etapas do mesmo: Avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação de resultados.

Este projeto define-se como um estudo de abordagem qualitativo, do tipo exploratório, onde será feita análise de conteúdo dos dados obtidos.

PARTICIPANTES:

Neste projeto participam todos os utentes adultos, internados nos serviços onde se realiza o estágio final, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação propostas e que de livre e esclarecida vontade aceitam fazer parte. É critério de exclusão, doentes que apresentam alterações do estado de consciência, com uma pontuação inferior a 9 na Escala de Coma de Glasgow.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E RECOLHA DE DADOS:

Sendo que, um dos objetivos destes estágios é avaliar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto, irei utilizar instrumentos que vão considerar os fatores que influenciam essa mesma adesão, ou não adesão, recorrendo ao Instrumento de Avaliação do Risco de Não-Adesão ao Tratamento, da CIPE, traduzido e validado pela ordem dos enfermeiros (Nunes, L., 2009), (Apêndice A) e entrevistas direcionadas (Apêndice A).

Pretendo utilizar outros Instrumentos de Avaliação de sinais e sintomas (Apêndice A), tais como a Escala de Equilíbrio de Berg, a escala de Avaliação de Força Muscular, Medical Council Research – Muscle Scale, MRC-MS, Goniometria, Escala de dispneia do Medical Research Council modificada, Índice de Barthel, Serão utilizados também Instrumentos de avaliação transversais em todas as áreas de enfermagem (Apêndice A): a escala de Morse, a escala de Braden, o Mini Mental State Examination, a Escala de Coma de Glasgow, e por fim a Escala Visual Analógica da Dor, EVA, ou Escala de Faces.

A avaliação dos participantes será realizada também através de observação direta; exame físico; entrevista de acolhimento do doente e da família, presencialmente e/ou por via telefone; consulta e análise do processo informático.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Será sempre pedido consentimento ao doente e/ou à família/pessoa significativa para que seja alvo de avaliação e de intervenções de enfermagem de reabilitação individualizados, executados por uma enfermeira em processo de formação académica, conforme consta no apêndice B.

BENEFÍCIOS E RISCOS:

Não existe qualquer benefício financeiro inerente ao estudo que pretendo desenvolver com este projeto, sendo que os únicos benefícios são a aquisição de conhecimentos e experiência na área de especialização em enfermagem de reabilitação para a minha pessoa em contexto académico e para o doente, poder beneficiar de cuidados especializados que tenham como objetivo a melhoria da sua condição de saúde.

Não existem quaisquer riscos identificados, seja para a minha pessoa enquanto estudante em contexto académico, seja para os doentes alvo dos cuidados por mim prestados, com supervisão.

Anexo a este pedido, segue conforme os requisitos implícitos na Norma de submissão à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., o meu *Curriculum Vitae* (Anexo I), e o meu projeto de intervenção (Anexo II).

Caso seja necessária alguma informação adicional, estarei disponível para facultar a mesma com a maior brevidade possível.

ANEXO I

Instrumento de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Tratamento

Anexo C – Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento

Este instrumento fornece um exemplo de uma abordagem à avaliação da não-adesão ao tratamento. Uma abordagem sistemática à identificação dos motivos do cliente para a não-adesão irá orientar a selecção das intervenções de Enfermagem.

Data: _____ Enfermeiro: _____

Nome do cliente:

Utilize as perguntas de avaliação para identificar as áreas de risco de não-adesão ao regime de tratamento. Utilize as perguntas adicionais para descobrir mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível. Verifique os diagnósticos de Enfermagem correspondentes quando as respostas do cliente indicarem uma não-adesão real ou risco de não-adesão.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Física	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentrar? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?

<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)?
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

Mental e comportamental	
<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Sócio-cultural e ambiental	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)?
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Espiritual	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família)	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

ANEXO II

Entrevista direcionada para averiguar a adesão ao
tratamento de reabilitação proposto

Entrevista direcionada para averiguar a adesão ao tratamento de reabilitação proposto:

Antes do início do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Após ter explicado qual o papel do EEER, compreende qual a importância da sua intervenção na sua condição específica?

Q.: Aceita que seja proposto um plano de intervenções de reabilitação, elaborado em parceria consigo para melhorar a sua condição?

Q.: Sente-se motivado para cumprir o plano de intervenções proposto?

Q.: Compreende que poderão existir dificuldades, mas fazem parte do processo e serei um elemento facilitador para que consiga alcançar os objetivos propostos?

Q.: Tendo em conta o que foi conversado podemos iniciar sua avaliação para posteriormente dar início a um programa de reabilitação direcionado para si especificamente? Se sim, avançamos.

Se a intervenção for por um período prolongado no tempo, podemos fazer um questionário a meio do tratamento de reabilitação em internamento, para avaliar a adesão:

Q.: Considera que a intervenção do EEER tem sido importante para a melhoria da sua condição?

Q.: Considera necessário alterar alguma coisa no plano de intervenção inicialmente proposto? Se sim, o quê?

Q.: Continua motivado para prosseguir o plano de intervenção?

Q.: Quais as maiores dificuldades que tem sentido neste processo?

Q.: Quais os maiores ganhos que identifica ao longo deste tratamento de reabilitação?

Q.: Podemos prosseguir com plano de tratamento proposto? Ou caso tenha sugerido alterações se podemos prosseguir com os ajustes realizados ao plano inicial.

No fim do tratamento de reabilitação em internamento:

Q.: Tendo em conta que chegámos ao fim do tratamento em internamento, considera que a intervenção do EEER foi importante na melhoria da sua condição?

Q.: sentiu-se motivado ao longo deste percurso?

Q.: Quais foram as suas maiores dificuldades?

Q.: Quais foram os ganhos que considera ter alcançado?

ANEXO III

Escala de Berg

ESCALA DE BERG

Instruções gerais:

Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da forma como está descrito abaixo.

Quando colocar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.

- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito para manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito se apoia num suporte externo ou ainda recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter o equilíbrio enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente o desempenho e a pontuação. Nos itens 1, 3 e 4 deverá ser utilizada uma cadeira com braços.
- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____
2. Ficar em pé sem apoio _____
3. Sentado sem apoio _____
4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
5. Transferências _____
6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
7. Ficar em pé com os pés juntos _____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
9. Apanhar um objeto do chão _____
10. Virar-se para olhar para trás _____
11. Dar uma volta de 360 graus _____
12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____

13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____

14. Ficar em pé sobre uma perna _____

TOTAL _____

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

() 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

() 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

() 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

() 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

() 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

() 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos

() 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

() 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos

() 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

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

() 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

() 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

() 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

() 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

3. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

() 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Ao sentar-se recorre às mãos

() 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

() 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

() 0 Necessita de ajuda para se sentar

4. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

() 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos

() 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão

() 1 Necessita de ajuda de uma pessoa

() 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

5. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

() 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos

() 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão

() 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos

() 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável

() 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

6. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- () 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- () 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- () 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

7. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

8. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

9. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- () 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

11. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- () 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- () 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

12. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- () 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

13. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

() 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

() 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

() 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

() 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

() 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

() PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

ANEXO IV

MRC MS - Medical Research Council Muscle Scale

MRC MS - MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE

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

ANEXO V

MRC MS - Medical Research Council Dyspnea Questionnaire

MRC DQ – MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA QUESTIONNAIRE

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	<input type="checkbox"/>
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".	<input type="checkbox"/>
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa".	<input type="checkbox"/>

ANEXO VI

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Atividades (pontuação)

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda) _____

Total (0 - 100) _____

ANEXO VII

Mini Mental State Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou = 15
1-11 anos	Inferior ou = 22
Mais que 11 anos	Inferior ou = 27

Idade: ____ Data: ____/____/____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?...../.....

Em que mês estamos?...../.....

Em que dia do mês estamos?...../.....

Em que dia da semana estamos?..../.....

Em que estação do ano estamos?.../.....

Em que país estamos?...../.....

Em que distrito vive?...../.....

Em que terra vive?...../.....

Em que casa estamos?/.....

Em que andar estamos?/.....

Nota: _____

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra

Gato

Bola

Nota: _____

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas

depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Pára ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. Evocação (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra

Gato

Bola

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: ____

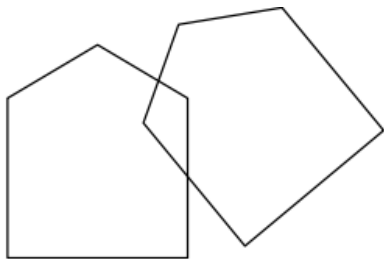
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: ____

6. Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia



Total: ____

ANEXO VIII

Escala de Risco de Quedas - Morse

ESCALA DE RISCO DE QUEDAS - MORSE

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento, urgência/ ou nos últimos 3 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 anda	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

ANEXO IX

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN:

<p>Perceção sensorial</p> <p>Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada:</p> <p>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.</p> <p>OU</p> <p>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada:</p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.</p> <p>OU</p> <p>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada:</p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p>OU</p> <p>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto</p>
<p>Humidade</p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida:</p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida:</p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida:</p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida:</p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>

<p>Atividade</p> <p>Nível de atividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: 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>3. Anda ocasionalmente: 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>4. Anda frequentemente: 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>Mobilidade</p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>Nutrição</p> <p>Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come</p>	<p>2. Provavelmente Inadequada Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é</p>	<p>3. Adequada Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de</p>	<p>4. Excelente Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz</p>

	diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	proteínas (carne, peixe, lacticínios). 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.	geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.	2. Problema potencial: 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	3. Nenhum problema: 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 correta posição na cama ou cadeira.	

	Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.		
--	--	---	--	--

ANEXO X

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Variáveis		Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	À chamada verbal	3
	Ao estímulo de dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retira à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Total de Pontuação		14

ANEXO XI

Escala Analógica Visual - EVA

ESCALA ANALÓGICA VISUAL – avaliação da dor



ANEXO XII

Grelha de síntese dos artigos de estudo

Adesão aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação do adulto internado

Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	Intervenções de reabilitação	Instrumentos utilizados	Resultados
2020	Autocuidado do homem pós-alta hospitalar: perspectivas para o cuidado de enfermagem numa abordagem domiciliar	Pesquisa exploratória qualitativa	Discutir a demanda de autocuidado domiciliar de homens no período pós-alta hospitalar à luz da Teoria de Orem.	Terapêutica de autocuidado	Coletaram-se dados de caracterização e entrevistas individuais em profundidade. Realizou-se análise de conteúdo	O autocuidado de homens no domicílio após alta hospitalar foi retratado por experiências que agregaram conhecimentos/informações sobre o processo saúde-doença, cujas práticas envolvem a autovalorização da saúde, com promessas de adesão ao tratamento e a hábitos de vida saudáveis.
2020/ 2021	Barreiras à adesão ao programa de reabilitação pulmonar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica	Revisão integrativa da literatura	Identificar as barreiras ao comparecimento e adesão de pacientes com DPOC à reabilitação pulmonar	Reabilitação pulmonar	Pesquisa eletrónica em base de dados, cruzamento de descritores “ <i>Treatment Adherence and Compliance</i> ” e “ <i>Rehabilitation</i> ”	As principais barreiras de adesão a reabilitação pulmonar foram tabagismo atual, falta de informação acerca da patologia e da efetividade de tratamento, presença de comorbidades, percepção negativa do estado de saúde, dificuldades de mobilidade e transporte e a falta de apoio social
2022	<i>Adherence to cardiovascular rehabilitation with the use of exergaming: a systematic review</i>	Revisão sistemática da literatura	Revisar estudos que investigaram a adesão intragrupo à RCV de pacientes utilizando <i>exergaming</i> e comparando, intergrupo, com pacientes submetidos a RCV convencional.	Reabilitação cardiovascular	Pesquisa eletrónica em base de dados	As melhores evidências disponíveis demonstram um efeito positivo do <i>exergaming</i> na adesão do paciente à RCV.

2019	Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico	Revisão sistemática da literatura	O objetivo desta revisão é esclarecer se o tratamento com reabilitação do pavimento pélvico apresenta efeitos benéficos na função sexual em mulheres com incontinência urinária de esforço.	Reabilitação do pavimento pélvico	Pesquisa em base de dados	A reabilitação do pavimento pélvico está associada à redução dos episódios de perda de urina e à melhoria da incontinência coital. Verifica-se uma melhoria nos scores de avaliação da função sexual após tratamento. Multiparidade, maior adesão ao tratamento, melhoria na força de contração muscular do pavimento pélvico e diminuição da perda de urina são fatores associados a uma melhoria da função sexual.
2021	A distância entre o domicílio e o centro de reabilitação não influencia a adesão ao programa de reabilitação pulmonar: um estudo retrospectivo	Estudo retrospectivo	Determinar a influência da distância na adesão a um programa de reabilitação pulmonar de 12 semanas para pacientes com doenças respiratórias crônicas.	Reabilitação pulmonar	Análise de registos médicos	A distância entre o domicílio do paciente e o centro de reabilitação não influenciou a adesão ao programa de reabilitação pulmonar.