

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Gestão da Permeabilidade das Vias Aéreas à Pessoa com**  
**Patologia Respiratória Crónica: Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Maria da Conceição Furtado Trindade**

**Lisboa**  
**2020**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio


**Gestão da Permeabilidade das Vias Aéreas à Pessoa com**  
**Patologia Respiratória Crónica: Intervenção do**  
**Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Maria da Conceição Furtado Trindade**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Marques

**Lisboa**  
**2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized leaves or a wave, extending from the right edge towards the center.



“Embora possa acontecer a todos nós ter a intenção ou o desejo de tentar ajudar alguém a evitar ou minorar o sofrimento, não poderemos nunca substituir esse alguém no seu sofrimento.”

(Hesbeen, 2003, p.8)



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Fátima Marques, pelo rigor e sabedoria com que orientou este percurso de aprendizagem, a sua contínua disponibilidade e atenção. De enaltecer o estímulo para o término deste meu projeto pessoal e profissional, acreditando nas minhas capacidades, e o contínuo incentivo para a reflexão sobre as aprendizagens, que trouxeram enriquecimento ao meu profissionalismo.

Aos docentes da ESEL que contribuíram para o desenvolvimento da aquisição de competências enquanto futura EEER, bem como aos EEER que orientaram o meu percurso em estágio.

Ao meu eterno namorado por me acompanhar nesta longa caminhada e ser o meu 'porto de abrigo'.

Às amigas que conjuntamente comigo fizeram parte desta aventura, um apoio nos desafios encontrados.

Aos colegas que encontrei neste percurso, que tornaram esta etapa num reviver de companheirismo académico.

À lista infinda de amigos que me acompanharam, que se preocuparam e que me ajudaram.

Dedico todo este esforço à minha mãe, onde estiver, decerto estará orgulhosa.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA – American Psychological Association

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

B-On – Biblioteca de Conhecimento Online

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CCI – Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção-Geral da Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CV – Capacidade Vital

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FSRI – Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais

FVC – Capacidade Vital Forçada

GUSS – Gugging Swallowing Screen

INACSL – International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PEP – Pressão Expiratória Positiva

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

## RESUMO

O presente relatório teve como principal objetivo a descrição e análise reflexiva das competências adquiridas ao longo do estágio clínico, realizado em dois campos distintos, num serviço de Medicina de um Hospital central de Lisboa e numa Unidade de Cuidados de Média Duração e Reabilitação (UMDR) na zona confinante de Lisboa, de acordo com a área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), para a obtenção do título de grau de mestre na respetiva área.

A prática clínica desenvolvida foi sustentada ao abrigo da Teoria do Autocuidado de Orem (2001), constructo teórico que ajudou na estruturação do pensamento e planeamento das intervenções.

A patologia respiratória crónica é presentemente identificada como um problema emergente a nível mundial. Em Portugal, constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, bem como, a sua forte correspondência em relação aos internamentos e reinternamentos hospitalares.

O destaque para a gestão da permeabilidade das vias aéreas foi o foco da minha intervenção, uma vez que a acumulação de secreções é uma forte condicionante à aquisição de prováveis infeções respiratórias, muito evidente na pessoa com patologia respiratória crónica.

A reabilitação respiratória, incidindo nos mecanismos de limpeza das vias aéreas, irá possibilitar a libertação de secreções e consequente melhoria da permeabilidade das vias aéreas, reduzindo agudizações da patologia. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve assegurar a eficácia desses mecanismos, adequando-os o melhor possível a cada pessoa/família, sendo primordial a sua integração e participação no processo de reabilitação.

De salientar, o quão me foi possível crescer a nível pessoal e profissional, como futura EEER, pelos conhecimentos e competências adquiridas, destacando outras áreas de intervenção, como a reeducação motora e cognitiva.

**Palavras-chave:** Patologia respiratória crónica; Permeabilidade das vias aéreas; Reabilitação; EEER; Autocuidado.



## **ABSTRACT**

The aim of this report is the description and reflexive analysis of the competences acquired during the clinical internship, carried out in two different fields belonging to the area of rehabilitation nursing's specialization, and with the objective to obtain the title of master's degree in this main area. Both phases of this internship were performed in Lisbon, the first one in the Medicine Service of Lisbon's Central Hospital and the second one in a Medium-Term Care and Rehabilitation Unit.

The clinical practice developed was sustained under the Orem's Self-Care Theory (2001), a theoretical construct that helped in structuring the thinking and planning of interventions.

The chronic respiratory disease is currently identified as an emerging worldwide problem. In Portugal, it is one of the main causes of morbidity and mortality, as well as, the strong relation with hospitalizations and rehospitalizations.

The focus of my intervention was the airway permeability management, since the accumulation of secretions is a strong conditioning for the acquisition of probable respiratory infections, and very evident in the person with chronic respiratory disease.

Respiratory rehabilitation focusing on the airway cleaning mechanisms, will release secretions and consequently improve airway permeability, reducing acute pathologies. The rehabilitation nurse specialist must ensure the effectiveness of these mechanisms, adapting them as well as possible to each person/family, being primordial for its integration and participation in the rehabilitation process.

It should be also noted that this experience allowed me to grow not only professionally but also personally, as a future rehabilitation nurse specialist, by the knowledge and skills acquired, highlighting other areas of intervention, such as motor and cognitive reeducation.

**Key words:** Chronic respiratory disease; Airway permeability; Rehabilitation; Rehabilitation nurses; Self-care.



# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>   | <b>23</b> |
| <b>1.1 – PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>1.2 – REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA.....</b>  | <b>24</b> |
| 1.2.1 – Mecanismo de Limpeza das Vias Aéreas .....   | 26        |
| <b>1.3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>2 – DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>2.1 – AMPLIAR CONHECIMENTOS TÉCNICOS E CIENTÍFICOS DE ER NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA ATRAVÉS DA GESTÃO DA PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS, QUE SIRVAM DE BASE A UMA PRÁTICA DE QUALIDADE BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b> | <b>37</b> |
| <b>2.2 – COMPREENDER A INTERVENÇÃO DO EEER NA SUA VERTENTE ORGANIZACIONAL NO SEIO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR .....</b>   | <b>48</b> |
| <b>2.3 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ER NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO COGNITIVA, SENSORIAL, MOTORA E RESPIRATÓRIA INCIDINDO NA GESTÃO DE PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS .....</b>   | <b>56</b> |
| <b>2.4 – PRESTAR CUIDADOS DE ER À PESSOA/FAMÍLIA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA QUE VISAM CAPACITAR, OTIMIZAR E MAXIMIZAR O SEU AUTOCUIDADO .....</b>  | <b>66</b> |
| <b>3 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO .....</b>   | <b>73</b> |
| <b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>79</b> |
| <b>5 – REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>83</b> |

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – DIAGRAMA DA REVISÃO SCOPING**

**APÊNDICE II – PLANO DE ATIVIDADES**

**APÊNDICE III – OBJETIVOS ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO**

**APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO UMDR**

**APÊNDICE V – JORNAL DE APRENDIZAGEM SR. S.R.**

**APÊNDICE VI – FOLHA EXCEL HOSPITAL**

**APÊNDICE VII – FOLHA EXCEL UMDR**

**APÊNDICE VIII – JORNAL DE APRENDIZAGEM ANÁLISE SWOT**



## INTRODUÇÃO

No decorrer da minha atividade profissional, a exercer funções há 12 anos, senti a necessidade de desenvolver competências em domínios da Enfermagem que me permitissem a prestação de cuidados especializados. Emergindo a necessidade de formação sobre cuidados de reabilitação, aliando à prática clínica atualmente realizada, para a construção de uma atitude diferenciadora e uma nova identidade profissional. A concretização deste objetivo pessoal e profissional de formação, na aquisição e desenvolvimento de competências, irá ser desenvolvido ao longo da vida profissional, partindo da posição de iniciado, passando a iniciado avançado, a competente, a proficiente e, no final, a perito. Este último “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58). Esta progressão é o reflexo da transformação profissional que pretendo atingir, transpondo a utilização de princípios abstratos para a utilização de experiências anteriores, evoluindo no modo como profissionalmente me apercebo das situações, valorizando distintos elementos do contexto, culminando como executante envolvido, abandonando um papel de observador (Benner, 2001).

A obtenção da especialidade irá ser uma mais valia na prestação dos cuidados, possibilitando a melhoria dos mesmos, atingindo no final desta etapa a posição de iniciado avançado, conseguindo identificar fatores significativos que se reproduzem em situações semelhantes, na medida em que as experiências em locais de estágio despoletaram o reconhecimento de situações reais.

No âmbito no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, surge a proposta da elaboração de um Projeto de Estágio e sua respetiva implementação que traduz o presente Relatório de Estágio, o qual será avaliado e discutido publicamente, visando a obtenção de grau de mestre, pelo desenvolvimento de competências ao nível de mestrado, conforme estabelecido nos descritores de *Dublin* para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto-Lei 107/2008).

A área respiratória é considerada uma das Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a). Elaborado o Projeto de Estágio, de acordo com a referida área, intitulado: ‘*Gestão da Permeabilidade das Vias Aéreas à Pessoa com Patologia Respiratória Crónica: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*’,

possibilitou a aquisição e aprofundamento de conhecimentos sobre a temática, revelando-se um contributo para o futuro desempenho profissional.

A gestão da permeabilidade das vias aéreas foi, então, o foco do Projeto de Estágio. De acordo com a minha experiência profissional, a maioria das pessoas hospitalizadas apresentam tosse ineficaz e, com isto, uma inadequada permeabilidade das vias aéreas, o que vai de encontro ao que a literatura refere. Assim, a temática abordada é do meu interesse pessoal e profissional, incorporando o interesse académico e social. Atualmente a exercer funções num serviço de Medicina Interna, constato que os principais diagnósticos de internamento estão associados a patologias respiratórias e/ou agudizações das patologias respiratórias crónicas.

A taxa de prevalência das patologias respiratórias crónicas tem vindo a aumentar (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007), afetando centenas de milhões de pessoas a nível mundial, claramente já assumidas como grande problemática na área da saúde com grande expressividade na mortalidade e morbidade (Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais [FSRI], 2017).

A patologia respiratória, segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias [PNDR] (2016), surge como a quinta principal causa de internamento hospitalar e a primeira causa de mortalidade intra-hospitalar. Corroborando esta afirmação, segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019), no ano de 2017 ocorreram 12803 óbitos devido a patologias respiratórias, que representaram 11,7% do total de óbitos ocorridos em Portugal, sendo a taxa de mortalidade por Pneumonia de 5,1% (5615).

A agudização da patologia respiratória crónica tem uma grande expressividade nas taxas de reinternamento hospitalar. Pinto *et al.* (2013) afirmam que as patologias que estão mais associadas a reinternamento hospitalar são as do aparelho cardiovascular e respiratório. Segundo os autores suprarreferidos, os reinternamentos hospitalares podem ser prevenidos se adequarmos os cuidados prestados à pessoa/família. Muitos dos reinternamentos estão associados a cuidados desajustados na fase de internamento hospitalar, que podem ser reduzidos com ensinamentos adaptados às necessidades da pessoa/família, na correta avaliação precoce das suas necessidades, na admissão e no encaminhamento adequado para os cuidados domiciliários e cuidados/necessidades após a alta (Pinto *et al.*, 2013).

Relativamente às taxas de altas hospitalares por patologia respiratória, Portugal assume o número mais baixo relativamente aos outros países da União Europeia

(UE), de acordo com os dados do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2017). Ainda segundo o ONDR (2017, p.11), “as doenças do sistema respiratório são uma das principais causas de morte na UE”, assumindo Portugal uma das maiores percentagens dos países da Europa (ONDR, 2018), e em particular as patologias respiratórias crónicas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, com perspectiva de aumentar a sua prevalência (PNDR, 2017). Desta forma, o mesmo autor descreve como objetivos, entre outros, a implementação de medidas preventivas às patologias respiratórias crónicas, que visem a redução do impacto das mesmas, bem como a promoção da literacia em saúde, destacando ainda a reabilitação respiratória como uma das medidas de tratamento para o plano de atividades da patologia respiratória.

Perante a evidência científica e face à problemática que estas patologias representam no âmbito da saúde, enquanto futura EEER, considero que a aquisição de conhecimento e intervenção precoce podem assumir um benefício na área da qualidade de vida da pessoa/família, com diminuição de complicações e, desta forma, ganhos efetivos em saúde. Importa repensar a necessidade de autogestão das patologias respiratórias crónicas e no impacto que uma atuação diferenciada, baseada em conhecimentos especializados, representa na eficiência dos hospitais, com menores taxas de internamento e reinternamento, e na qualidade de vida da pessoa/família ao potenciar o seu autocuidado.

A reeducação funcional é um indicador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade” OE (2011, p.12). O EEER desempenha um papel central na reabilitação à pessoa com patologia respiratória crónica, na medida que possui um conjunto único de habilidades e conhecimentos especializados que permitem o cuidado centrado na pessoa (McDonald, Roberts & Inder, 2018). Também Suhonen, Valimaki e Leino-Kilpi (2008) defendem que as intervenções centradas na pessoa representam um impacto positivo na sua evolução. Personalizar os cuidados face às características da pessoa/família, possibilitando o controlo da tomada de decisão, não restringindo as intervenções a diagnósticos, pois pessoas com o mesmo diagnóstico evidenciam necessidades diferentes, é a primazia do cuidar, daí valorizar as necessidades, preferências e vontades da pessoa/família (Brink & Skott, 2013).

A escolha da população alvo deste Projeto foi a população com idade superior a 65 anos, uma vez que a mortalidade e morbilidade por patologias respiratórias afetam sobretudo as faixas etárias mais elevadas, e esta em Portugal representa 20% da população (ONDR, 2017). Desta forma, o envelhecimento da população terá um grande impacto e repercussão nas patologias respiratórias (ONDR, 2018).

Para a fundamentação teórica do Projeto de Estágio foi realizada uma Revisão *Scoping*, que permitiu sintetizar a evidência proveniente da investigação, com a finalidade de mapear a literatura existente na área de interesse. Surge como questão de investigação: '*Quais as intervenções do EEER na reeducação funcional respiratória (RFR) de forma a gerir a permeabilidade das vias aéreas à pessoa com patologia respiratória crónica?*'. De modo a circunscrever a pesquisa, definiu-se como critérios de inclusão: idoso (população), intervenção do EEER, RFR e gestão da permeabilidade das vias aéreas (conceito), patologia respiratória crónica (contexto).

Numa primeira instância foram delineadas as palavras-chave do Projeto de Estágio: EEER, patologia respiratória crónica, RFR e gestão da permeabilidade das vias aéreas. A pesquisa foi limitada às bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE* da plataforma *EBSCOhost*. De acordo com as mesmas, foram utilizados termos indexantes: *Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Respiratory Tract Diseases; Ineffective Airway Clearance; Airway Management; Airway Obstruction; Cough; Self Care*. Foi estabelecido um limite temporal de cinco anos, de modo a permitir dados mais fiáveis e atuais, conforme expresso no diagrama de extração de dados da Revisão *Scoping* (Apêndice I) realizada para o Projeto de Estágio. Foram utilizadas outras fontes de pesquisa: *Google Scholar*, *Scopus*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Biblioteca de Conhecimento *Online* (B-On) como meio de identificação e conhecimento do estado de arte, pela leitura de diversos documentos: relatórios, artigos e dissertações de mestrado.

O Projeto de Estágio foi implementado em dois contextos, num serviço de Medicina de um Hospital central em Lisboa e numa UMDR na zona limítrofe de Lisboa.

De modo a enriquecer o meu conhecimento, e não tendo experiência em cuidados de saúde primários e na comunidade, foi realizado um estágio de observação numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Lisboa Norte, com intuito de complementaridade na aquisição de competências, pela observação da prestação de cuidados de reabilitação à pessoa/família no seu contexto familiar e social.

A implementação do Projeto foi sustentada à luz da Teoria do Autocuidado de Orem (2001), possibilitando a organização do pensamento e planificação dos cuidados. Nesta ótica, segundo a autora, o autocuidado está relacionado com as atividades para a manutenção da saúde, vida ou bem-estar desenvolvidas pelo próprio em seu benefício. Quando esta atitude está comprometida,

a enfermagem é a resposta à incapacidade para a ação a que o ser humano está sujeito, ou seja, a incapacidade de autocuidado ou de cuidado de terceiros quando a ação é limitada devido ao seu próprio estado de saúde ou às necessidades de saúde do dependente" (Orem, 2001, p.149.tradução livre da autora).

O presente Relatório de Estágio tem como finalidade descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com os objetivos específicos delineados no plano de atividades (Apêndice II) para o Projeto de Estágio, tendo como premissa as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019). No decorrer do estágio foram realizadas reflexões sobre as aprendizagens desenvolvidas, que proporcionou o enriquecimento do conhecimento e a construção dum melhor perfil profissional e pessoal. A reflexão sobre situações vivenciadas contribuem para o amadurecimento profissional do enfermeiro, tendo como alicerces a evidência científica, de modo a garantir a subtileza do conhecimento e proporcionar a qualidade dos cuidados à pessoa/família e comunidade (Gallani & Dallaire, 2014).

O Relatório de Estágio inicia-se na presente introdução, onde se identifica e contextualiza a temática, justificando a sua pertinência face aos contributos da investigação. No primeiro capítulo consta o enquadramento teórico, onde serão abordados sucintamente os conceitos: patologia respiratória crónica, RFR, incidindo nos mecanismos de limpeza das vias aéreas, de acordo com a atuação e saberes do EEER; bem como a justificação da pertinência da área de estudo, pela desconstrução do autocuidado com base na Teoria do Autocuidado de Orem (2001).

O segundo capítulo faz referência ao desenvolvimento das aprendizagens, de acordo com os objetivos propostos a alcançar em estágio. Segue-se, no terceiro capítulo, a avaliação do percurso formativo, evocando alguns dos fatores facilitadores e dificultadores sentidos ao longo do processo de aprendizagem realizado.

Por último, emergem as considerações finais, procedendo-se a uma breve reflexão sobre os contributos adquiridos perspetivando desafios futuros.

Para a uniformização do Relatório de Estágio, foram consideradas as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e seguidas as disposições e critérios da Norma *American Psychological Association* (APA) adotada pela ESEL (Godinho, 2018). A informação considerada importante será submetida em apêndices, os quais são referidos ao longo do Relatório devidamente ordenados.

# **1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo são caracterizados alguns conceitos importantes para a compreensão da temática, bem como a conceptualização dos cuidados de enfermagem de acordo com o referencial teórico da Teoria do Autocuidado de Orem (2001).

## **1.1 – Patologia Respiratória Crónica**

O pulmão é o órgão mais vulnerável às infeções e lesões do meio ambiente devido à constante exposição a partículas, produtos químicos e organismos infecciosos (FSRI, 2017). “As doenças respiratórias crónicas são um grupo de doenças crónicas que afectam as vias respiratórias e as outras estruturas do pulmão” (OMS, 2007, p.12). Desta forma, a relação entre as patologias respiratórias e o meio ambiente enfatiza a importância da prevenção, uma vez que estas patologias são a principal causa de incapacidade e mortalidade no mundo. A prevenção e controlo das patologias respiratórias deve ser uma prioridade mundial, assegurando a educação da população na promoção da saúde e prevenção da doença e na capacitação de profissionais especializados (FSRI, 2017).

À imagem do que sucede a nível mundial, também em Portugal, as patologias respiratórias crónicas constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade, cuja prevalência está relacionada com o aumento da esperança média de vida (ONDR, 2018). A patologia respiratória na pessoa idosa é das principais causas de internamento e mortalidade, em que a incidência e prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e da Pneumonia aumentam com a idade (Menoita, 2014a).

Tendo em conta o aumento da prevalência da DPOC e da Asma (ONDR, 2018), foram criados programas nacionais de prevenção e controlo. Na Asma é valorizada a melhoria da autogestão da patologia, através do desenvolvimento de capacidades e competências para a pessoa/família, possibilitadas pelas boas práticas dos profissionais. O programa da DPOC enfatiza a melhoria das boas práticas profissionais, com incidência na prevenção da patologia (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010). Em Portugal, o número de internamento por DPOC parece estar a diminuir, o que sugere um controlo razoável da patologia em ambulatório, em que a taxa de mortalidade reduziu no grupo etário idoso (ONDR, 2018).

De acordo com a Fundação Portuguesa do Pulmão (2010), a abordagem destas patologias deve passar pelo conhecimento da incidência e prevalência de cada uma; grau de gravidade; distribuição regional e local; género, grupo etário e hábitos tabágicos; atividade profissional e nível de escolaridade; conhecimento prévio sobre a patologia; custos diretos e indiretos das patologias respiratórias crónicas e a sua carga familiar/social.

Estima-se que a DPOC afete mais de 200 milhões de pessoas a nível mundial, considerada a quarta principal causa de morte no mundo, com previsão de ser considerada em 2020 a terceira principal causa de mortalidade (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]*, 2019).

A Asma afeta cerca de 334 milhões de pessoas a nível mundial, com aumento da sua incidência nas últimas décadas (FSRI, 2017), cuja mortalidade ocorre sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos (PNDR, 2017).

O EEER além de compreender a fisiopatologia, as causas e as manifestações da patologia respiratória crónica, deve, então, compreender a epidemiologia da mesma, tanto a nível nacional, como mundial. Desta forma, garante à pessoa/família a compreensão acerca da patologia e tratamento, minimizando os sintomas, assegurando melhores resultados à pessoa/família na gestão da patologia respiratória crónica (McDonald, Roberts & Inder, 2018). A participação da pessoa/família na gestão da sua patologia crónica fará com que se adapte à nova condição, catalisando a adesão terapêutica e identificação precoce de sinais de agudização da patologia respiratória crónica (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010).

## **1.2 – Reeducação Funcional Respiratória**

Segundo McDonald, Roberts e Inder (2018), a reabilitação pulmonar é uma intervenção eficaz de acordo com a evidência manifestada em pessoas com DPOC, bem como em outras patologias respiratórias crónicas. É uma intervenção considerada abrangente, na medida em que se baseia na avaliação completa da pessoa, seguida por tratamentos direcionados, muitos dos quais se prendem com a educação e mudança de comportamentos que proporcionam a melhoria da condição física e psicológica, possibilitando a adesão a comportamentos que beneficiem a sua saúde (Spruit, *et al.*, 2013).

A RFR, segundo Cordeiro e Menoita (2014), é uma terapêutica que assenta na aplicação de movimento para o restabelecimento da mecânica respiratória, melhorando a ventilação alveolar através de exercícios respiratórios. Na mecânica ventilatória considera-se um sistema de forças, os músculos respiratórios, que para mobilizar o sistema toraco pulmonar têm que vencer resistências, o que corresponde a dispêndio de energia (Heitor, *et al.*, 2017).

Os exercícios respiratórios são sustentados por técnicas manuais, posturais e cinéticas a nível do tórax e abdómen da pessoa, podendo ser aplicados como método único ou em associação com as diversas técnicas (Cordeiro & Menoita, 2014). Segundo Heitor *et al.* (2017), é possível diminuir as resistências elásticas, prevenindo ou corrigindo defeitos posturais e mantendo uma adequada mobilidade da parede torácica, evitando a formação de aderências ou espessamento da pleura. Em relação às resistências dinâmicas, os autores supracitados referem o contributo essencial da cinesiterapia respiratória para a manutenção e permeabilidade das vias aéreas.

Assegurar a permeabilidade das vias aéreas, ajudando a mobilizar e eliminar as secreções brônquicas, são uns dos objetivos que Cordeiro e Menoita (2014) referem ao utilizar a RFR. A reabilitação respiratória ajuda na gestão da permeabilidade das vias aéreas, mais propriamente através da utilização de mecanismos de limpeza das vias aéreas (Ntoumenopoulos, Berry & Camporot, 2014). Menoita (2014a) acrescenta que no decorrer do processo de envelhecimento existe um reflexo de tosse diminuído, o que se traduz em menor efetividade na eliminação de partículas e secreções, sendo desta forma, de extrema importância a intervenção por parte do EEER. Apesar da intervenção à pessoa/família depender dos seus objetivos e condição física, podem destacar-se como objetivos principais: promoção da expetoração; aumento da *clearance* mucociliar e melhoria da eficácia da tosse (Arcuri, *et al.*, 2016).

A RFR deve ser adequada e ajustada a cada pessoa, tendo em conta alguns aspetos como: patologia e estadio da mesma; capacidade física e cognitiva da pessoa; objetivos da terapêutica e conhecimento das contraindicações e limitações de cada técnica por parte do EEER (Cordeiro & Menoita, 2014). Sendo importante a realização de avaliações periódicas que permitam constatar os avanços, benefícios ou limitações dos exercícios.

É essencial que a pessoa/família esteja envolvida e participe ativamente em todo o processo de reabilitação, desde a identificação das necessidades, o planeamento dos objetivos, a implementação e a avaliação das atividades, para se

conceber um programa individualizado e ajustado às necessidades de cada pessoa/família. A ER trabalha com a pessoa/família, de modo a desenvolverem e atingirem capacidades funcionais, que lhe permitam viver o mais independentemente possível na sociedade que as rodeia. O cuidado centrado na pessoa é um dos pilares dos cuidados de ER, tendo por base as necessidades da pessoa e avaliando ainda o sistema do prestador (Lutz & Davis, 2011). Desta forma, consegue compreender a perspetiva de ambos, adotando uma filosofia de respeito e parceria entre pessoa e cuidador, essencial para o sucesso do processo de reabilitação.

### 1.2.1 – Mecanismo de Limpeza das Vias Aéreas

Os mecanismos de limpeza das vias aéreas estão indicados para pessoas cuja função mucociliar ou mecanismo da tosse estejam alterados, impossibilitando a libertação da expectoração (Volsko, 2013). A presença de secreções ou de poluentes nas vias aéreas desencadeia o mecanismo da tosse como ato reflexo, não devendo este ser reprimido (Heitor *et al.*, 2017). A tosse é considerada um mecanismo de defesa, iniciado voluntariamente ou pela estimulação dos recetores da tosse, localizados principalmente nas vias respiratórias centrais, que possibilitam a eliminação de secreções (Volsko, 2013). A intervenção do EEER é assegurar a eficácia deste mecanismo, reeducando a sua execução, de modo a contrariar as alterações que possam impedir o alcance dos resultados esperados. A tosse além de provocar fadiga, pode também ter ações nocivas devido ao aumento da pressão intratorácica, daí a importância da reeducação da tosse, de forma a tornar este processo mais eficaz e diminuir os riscos associados (Heitor *et al.*, 2017).

Volsko (2013) também refere que uma das causas da diminuição da eficácia da estrutura e da função mucociliar é o processo de envelhecimento, alterando a produção do muco e interferindo com o reflexo da tosse. As alterações que Mendoça (2014a) indica como consequência do envelhecimento e que provocam modificações no sistema respiratório são, por exemplo: as transformações da fisionomia da parede torácica, devido à redução da densidade óssea e consequente achatamento das vértebras e redução dos discos intervertebrais, o que leva a uma cifose torácica; a perda da força muscular dos músculos intervenientes na respiração; a perda da resistência elástica das vias aéreas, principalmente as de menor calibre devido à diminuição das fibras de colagénio e elastina. Posto isto, e ainda sob a visão da autora, a redução da capacidade de expansão torácica e a menor distensão das vias aéreas

leva a um comprometimento da função pulmonar. De referir ainda, que o número de alvéolos se encontra reduzido na pessoa idosa, o que acarreta diminuição da superfície alveolar devido à diminuição da produção de fibras elásticas, traduzindo-se em consequências na ventilação alveolar, perfusão capilar e redução da superfície das trocas gasosas (Menoita, 2014a). Segundo a autora, os volumes e a capacidade pulmonar encontram-se igualmente alterados, e inclusive a capacidade vital (CV) vai ficando reduzida com a idade devido à perda de mobilidade da parede torácica. Outra das intercorrências prende-se com o aumento da viscosidade do muco, tornando-se este mais difícil de eliminar, limitando o fluxo de ar, podendo levar à obstrução, ou até a situações muitas vezes irreversíveis, como as bronquiectasias (Volsko, 2013).

As comorbilidades na pessoa idosa podem influenciar a função pulmonar, pelo que, se torna fulcral o cuidado individualizado à pessoa/família, em especial à população idosa (Menoita, 2014a).

A acumulação de secreções constitui um foco para infeções bacterianas, provocando uma resposta inflamatória, o que pode contribuir para danos no parênquima pulmonar e vias aéreas (Volsko, 2013). O mesmo autor refere ainda, que a função mucociliar se encontra igualmente alterada nas pessoas com patologias respiratórias crónicas, como Asma e DPOC, cuja deficiência contribui para a ineficácia da permeabilidade das vias aéreas na fase de exacerbação da patologia. A dispneia, tosse e expetoração são os principais sintomas que caracterizam a DPOC (GOLD, 2019).

Os mecanismos de limpeza das vias aéreas, como Cordeiro e Menoita (2014) os definem, são manobras que possibilitam o desprendimento e expulsão de secreções, permitindo melhoria nas trocas gasosas e evitando complicações subjacentes. Estes mecanismos têm sido a pedra angular em todas as terapias que visam minimizar os efeitos adversos causados pela obstrução das vias aéreas, como a inflamação, a infeção e a estase de secreções, quer nas vias aéreas superiores ou inferiores (Volsko, 2013).

Para seleccionar o mecanismo de limpeza das vias aéreas mais apropriado, o enfermeiro tem que ser detentor do conhecimento sobre a funcionalidade e as limitações das diversas técnicas, de modo a adequá-las o melhor possível à pessoa/família (Volsko, 2013). A avaliação da capacidade cognitiva da pessoa e o estado de gravidade da patologia são fatores orientadores no processo de reabilitação. A prescrição destes mecanismos para ser individualizada deve ter em conta alguns aspetos, como: a idade da pessoa, a sua preferência e as

contraindicações. A avaliação da necessidade destas técnicas deve ser realizada num momento inicial e de forma contínua, em função do estadio da patologia e da capacidade funcional e cognitiva da pessoa (Volsko, 2013). Segundo o autor, existe falta de evidência empírica para eleger a melhor técnica de gestão de permeabilidade das vias aéreas. Arcuri *et al.* (2016) referem ainda que, a reabilitação respiratória associada a outras terapêuticas têm sido um sucesso no processo de tratamento da pessoa com patologia respiratória, contudo, e infelizmente, não existe uma terapia padronizada e ideal. Existe, no entanto, interesse em desenvolver protocolos baseados em evidência para orientar a seleção do mecanismo a utilizar, e para identificar de modo mais preciso os serviços físicos do foro respiratório, diminuindo os custos de tratamento (Volsko, 2013). De forma, a colmatar as barreiras existentes em relação a esta temática, o autor supramencionado afirma, ainda, que o importante é familiarizar-se com os recursos que estão disponíveis para sintetizar informação.

De acordo com os estudos realizados, Volsko (2013) aponta algumas limitações, que se prendem com o facto de as amostras serem pequenas e não serem devidamente suportadas. Outro dos desafios para a conceção válida dos estudos assenta nos mecanismos de limpeza das vias aéreas seleccionadas, sendo difícil ocultar a sua designação pela sua particularidade e/ou sequência. Existe, também, o fator preferência de determinada técnica, por parte da pessoa e o domínio de perícia por parte do EEER sobre o mecanismo. Outro constrangimento, é a dificuldade em controlar as variações da prática na utilização das técnicas de limpeza das vias aéreas, como por exemplo a intensidade das vibrações e da percussão. A duração do tratamento pode ter impacto na fiabilidade dos estudos, bem como a falta de aderência por parte da pessoa, devido à longa durabilidade do tratamento (Volsko, 2013).

Cordeiro e Menoita (2014) destacam como técnicas de gestão da permeabilidade das vias aéreas o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR), um ciclo de técnicas que compreende o controlo da respiração, a respiração diafragmática, com objetivo de prevenir a fadiga e o broncospasmo; exercícios de expansão torácica, realizando-se respirações profundas, de modo a aumentar o volume pulmonar e abrir as vias aéreas colapsadas; novamente o controlo da respiração; e por fim a técnica de expiração forçada, para deslocar as secreções em direção aos brônquios principais.

A drenagem postural baseia-se na utilização da força da gravidade como mecanismo de mobilizar as secreções das vias aéreas distais para as proximais, através de posicionamentos (Gomes & Ferreira, 2017). As manobras acessórias de

percussão, vibração e compressão, que são maioritariamente realizadas em combinação com a drenagem postural, possibilitam maior eficácia na eliminação de secreções (Cordeiro & Menoita, 2014). Contudo, Volsko (2013) refere que técnicas como a drenagem postural, a percussão e as vibrações têm eficácia relativa, com benefícios não comprovados a longo prazo, e nenhuma das técnicas é subvalorizada em relação a outra.

A tosse assistida deve ser considerada em pessoas com diminuição da força muscular ou tosse ineficaz, de modo a prevenir complicações, e evitada em pessoas com DPOC, visto que promove o aumento da velocidade do ar expirado (Volsko, 2013). Neste sentido, Volsko (2013) defende o *huffing* como um coadjuvante para a gestão da permeabilidade das vias aéreas. Este mecanismo é descrito, por Presto e Damázio (2009), como uma tosse voluntária em que a glote deve permanecer aberta. Arcuri *et al.* (2016) mencionam que a tosse assistida consiste numa técnica de aumentar o pico de fluxo da tosse por pressão manual na parede abdominal, que pode ser realizada pelo EEER, ou cuidador informal. É uma intervenção simples, que deve ser a primeira linha na ineficácia da tosse. Contudo, como expõem os autores suprarreferidos, a pessoa deve conseguir participar para a eficácia deste procedimento, dado que requer uma fase de preparação, com o ensino da respiração diafragmática controlada, com destaque nas inspirações profundas. Este procedimento não deve causar dor nem ser desconfortável para a pessoa (Cordeiro & Menoita, 2014). É um procedimento que pode causar fadiga em pessoas com patologia em estadió grave ou em fase paliativa pela dor da compressão torácica que se exerce (Arcuri *et al.*, 2016).

A Pressão Expiratória Positiva (PEP), bem como o colete vibratório são outras das intervenções que Arcuri *et al.* (2016) referem no seu estudo, com o mesmo objetivo de eliminar secreções. O colete vibratório consiste em proporcionar oscilações de alta frequência na parede torácica. Quando ligado, insufla e esvazia numa determinada frequência, provocando vibrações na parede torácica, possibilitando a eliminação do muco pelas vias aéreas. A pouca utilização do colete vibratório, segundo os autores suprarreferidos, deve-se ao facto de, ao ter sido avaliado em pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e de não ter melhorado a sua sobrevivência, a taxa de perda da capacidade vital forçada (FVC) e o número de complicações respiratórias.

As técnicas que utilizam a PEP facilitam a eliminação do muco, uma vez que mantêm abertas as vias aéreas periféricas durante a expiração forçada, o que pode

facilitar a saída de secreções, e também, pelo facto de aumentar o fluxo expiratório (Arcuri *et al.*, 2016). O *flutter* fornece uma PEP oscilatório que auxilia na remoção das secreções, aumentando a pressão alveolar como resultado da expiração contra uma resistência, favorecendo a insuflação dos alvéolos colapsados por ventilação colateral e aumento do fluxo expiratório (Cordeiro & Menoita, 2014). Segundo Tambascio *et al.* (2017), este processo induz a uma diminuição do número total de células inflamatórias, o que pode estar associado à diminuição de estase do muco. Os autores referem ainda que, a mudança nas propriedades das secreções induzidas por este dispositivo facilita o despreendimento das secreções, auxiliando a sua eliminação e consequente diminuição de estase, podendo contribuir para a diminuição da inflamação. O estudo conclui que o *flutter* utilizado trinta minutos por dia, durante pelo menos quatro semanas em pessoas com bronquiectasias, foi capaz de melhorar as propriedades físicas das secreções, melhorar a sua eliminação pela tosse e reduzir o número total de células inflamatórias (Tambascio *et al.*, 2017).

### **1.3 – Conceptualização dos Cuidados de Enfermagem**

As teorias de ER proporcionam o fundamento para a profissão, providenciando cuidados e desenvolvendo programas de modo a garantir o suporte teórico para justificar a prática dos cuidados (Lutz & Davis, 2011). Segundo Hesbeen (2003), a especialização só tem veracidade se se tiver em conta a arte do cuidar, estabelecendo relação permanente entre a área especializada adquirida e a complexidade das situações humanas encontradas. Muitos dos modelos teóricos, como mencionam Lutz e Davis (2011), enfatizam o processo de vida da pessoa/família, tendo em conta o seu bem-estar e funcionamento ótimo, permitindo a sua orientação e integração com o ambiente, readquirindo ainda conceitos como saúde/doença.

O autocuidado constitui uma base essencial para a pessoa, sendo reconhecido como um recurso para a promoção e manutenção da saúde ou gestão da patologia através da aquisição de boas práticas no processo de saúde/doença (Petronilho, 2012). Quando o défice no autocuidado é evidente, isto é, as capacidades da pessoa/família não satisfazem as suas necessidades, é imperativo proporcionar orientação e suporte para o seu autocuidado. Neste seguimento, e de acordo com a temática em estudo, foi identificado o modelo da Teoria do Autocuidado de Orem

(2001) para dar suporte ao Projeto de Estágio e à minha intervenção enquanto futura EEER.

A Teoria de Orem (2001) enuncia o autocuidado como uma condição humana presente em todas as fases de vida da pessoa, estando esta em processo de amadurecimento ou mesmo que este já tenha sido atingido. Tratam-se de ações sequenciais e padronizadas, que a pessoa autonomamente desenvolve, com vista a manter e regular a sua vida, funções homeostáticas e de bem-estar, podendo o ambiente envolvente ser variável ou mantido. Citando a autora, “o autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desenvolvem para a sua própria manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 2001, p.43. tradução livre da autora).

A promoção da saúde tem um grande impacto na gestão das patologias crónicas, as quais estão classificadas como a principal causa de morte e incapacidade. Daí, o autocuidado assumir um papel preponderante na saúde e bem-estar da pessoa/família, principalmente nas mais vulneráveis, como a população idosa. Segundo Berbiglia e Banfield (2018), a Teoria de Orem ganha expressão na população idosa pela prevalência de patologias crónicas, favorecendo, ainda, a investigação na área da promoção da saúde, no autocuidado na população idosa e no *stress* do cuidador, como prestador de cuidados (Taylor, 2004).

O Modelo Conceptual de Dorothea Orem (2001) evidencia três constructos teóricos: o autocuidado, o défice de autocuidado e a teoria dos sistemas, em que a sua harmonia perfeita delinea a essência da Teoria. O autocuidado é influenciado pelas características da pessoa, isto é, pelo estado de saúde em que se encontra, pela literacia em saúde que possui, pelas experiências adquiridas ao longo da sua vida, podendo estas influenciar positiva ou negativamente o seu processo de autocuidado. Um dos requisitos para o autocuidado, segundo a Teoria de Orem (2001), prende-se com alterações do estado de saúde, quer seja por doença ou lesão, dependente da intervenção clínica de diagnóstico e tratamento.

A dificuldade respiratória apresenta-se como uma das condições físicas alteradas, sendo necessário procurar e garantir a assistência adequada, estar consciente dos efeitos resultantes, efetuar diagnósticos e intervenções de reabilitação adequadas, no sentido de prevenir e corrigir incapacidades (Petronilho, 2012). Segundo o mesmo autor, é ainda primário estar consciente sobre os possíveis efeitos adversos das intervenções, bem como a alteração da autoimagem sentida pela pessoa e a necessidade de cuidados de saúde específicos, para que a pessoa/família possa aprender a viver tendo em conta as suas condicionantes.

Outro dos conceitos enunciado na Teoria de Orem (2001) é o déficit do autocuidado, que expressa a necessidade da pessoa face aos cuidados de enfermagem quando não consegue satisfazer as suas próprias necessidades, e que fundamenta a existência da teoria dos sistemas de enfermagem. O objetivo é assistir à pessoa nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao seu autocuidado (Lutz & Davis, 2011). É a partir do déficit de autocuidado que o enfermeiro adequa a sua intervenção e fundamenta a existência da teoria dos sistemas de enfermagem, que satisfazem as necessidades da pessoa/família, e desta forma minimizam o déficit de autocuidado (Petronilho, 2012).

A presente Teoria tem sido utilizada para definir o papel dos profissionais de enfermagem nos seus diversos locais de prestação de cuidados, como é o caso do enfermeiro especialista, que adquiriu significado pelos conhecimentos teóricos especializados, sendo este capaz de os colocar em prática em situações concretas na sua atividade profissional (Berbiglia & Banfield, 2018).

Torna-se fulcral perceber como é que o enfermeiro e a pessoa/família dão resposta às necessidades de autocuidado. A teoria dos sistemas vem dar resposta a esta preocupação. Segundo Orem (2001), os sistemas de enfermagem são produzidos e realizados pelos próprios, tendo por base as necessidades e as capacidades da pessoa. Os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um déficit entre o que a pessoa/família necessita e aquilo que consegue realizar. Esta teoria reconhece três classificações de sistemas de enfermagem, de forma a dar resposta aos requisitos de autocuidado da pessoa/família, e que demonstram a responsabilidade do enfermeiro em todo este processo, bem como, o papel de ambos, e a justificação desta interação, com os diferentes padrões de desempenho (Orem, 2001). O sistema totalmente compensatório refere-se aquando a pessoa não consegue envolver-se no seu autocuidado, ficando dependente de outros, e o enfermeiro deve compensar totalmente a incapacidade da pessoa/família face às atividades de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório, em que a pessoa/família tem capacidades para realizar algumas ações para o seu autocuidado, e a função do profissional de enfermagem é compensar as limitações identificadas. E o sistema de apoio-educação, em que o enfermeiro orienta e ensina a pessoa/família para o seu autocuidado, possuindo estes últimos as capacidades necessárias (Orem, 2001).

Na abordagem à pessoa/família com patologia respiratória crónica, de modo a gerir a permeabilidade das vias aéreas, a minha intervenção em contexto clínico

incluiu as três vertentes acima descritas. A pessoa/família não ser detentora das capacidades para contornar o seu problema, ou ter algumas capacidades para dar resposta às suas necessidades, ou apenas necessitar de ensino que visem a promoção da saúde, com a utilização de boas práticas, cujos principais objetivos sejam a diminuição das complicações e agudização da patologia e autogestão das patologias crónicas. A profundidade do desenvolvimento dos conceitos dão a esta Teoria a complexidade necessária para descrever e compreender a disciplina da prática humana (Berbiglia & Banfield, 2018).

As mesmas autoras enaltecem a Teoria do Autocuidado de Orem como uma estrutura coesa, dando o corpo de conhecimento científico necessário à prática de enfermagem.



## 2 – DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS

A ER direciona-se atualmente para a prevenção de complicações e incapacidades, numa população maioritariamente envelhecida, devido, em parte, ao avanço na tecnologia biomédica e à preocupação com a saúde global, em que as patologias crónicas assumem um papel predominante (Hoeman, 2011). Para a autora, a ER tem por objetivo obter ou manter o máximo de capacidade funcional da pessoa/família, tendo em conta o seu nível de saúde e bem-estar ótimo, associado à sua nova realidade de vida. É neste seguimento que o papel do EEER se torna pertinente e imprescindível para a população, em particular para as pessoas com necessidades especiais (Pestana, 2017).

De acordo com as necessidades sentidas e a temática em estudo foi delineado um plano de atividades (Apêndice II), posteriormente desenvolvido em contexto de estágio, evidenciando-se um método facilitador no desenvolvimento de competências. As competências surgem como pontos de referência na elaboração e posterior avaliação dos planos, não contemplando moldes rígidos, permitindo a flexibilidade e autonomia nas intervenções. As competências descrevem, ainda, os resultados da aprendizagem, alusivas às competências comuns e específicas, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Com o objetivo geral de *‘Desenvolver competências como EEER, nomeadamente, no autocuidado da gestão da permeabilidade das vias aéreas à pessoa com patologia respiratória crónica’*, os objetivos específicos foram formulados para orientar de forma flexível a problemática em estudo, antevendo aprendizagens em estágio. Delineados os objetivos específicos de:

- *Ampliar conhecimentos técnicos e científicos de ER na prestação de cuidados à pessoa/família com patologia respiratória crónica através da gestão da permeabilidade das vias aéreas, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;*

- *Compreender a intervenção do EEER na sua vertente organizacional no seio da equipa multidisciplinar;*

- *Desenvolver competências de ER na prestação de cuidado à pessoa/família com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória, incidindo na gestão da permeabilidade das vias aéreas;*

- *Prestar cuidados de ER à pessoa/família com patologia respiratória crónica que visam capacitar, otimizar e maximizar o seu autocuidado.*

Estes objetivos foram traçados para ambos contextos de estágio, não limitando a intervenção apenas à pessoa/família com alteração da função respiratória, destacando também alterações da função motora, cardíaca, cognitiva, sensorial e dor, função intestinal e vesical e na deglutição (OE, 2015a). Foram, ainda, introduzidos os respetivos critérios de avaliação, bem como os recursos utilizados, de acordo com os objetivos específicos delineados em plano de atividades (Apêndice II).

Para o estágio de observação realizado na comunidade foram traçados outros objetivos (Apêndice III), dado o cariz de observação proposto:

- *Desenvolver competências de intervenção em ER, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade;*

- *Compreender a intervenção do EEER no seio da equipa na comunidade;*

- *Participar nas intervenções de ER.*

A família é parte integrante no processo de reabilitação, em que o EEER tem como finalidade restabelecer/manter o autocuidado da pessoa/família. Segundo Lutz e Davis (2011), a pessoa/família são cogestores do seu processo de reabilitação, na medida em que devem participar no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

O papel do doente no autocontrolo da sua doença é fundamental. Para isso é necessário que aos doentes e familiares sejam propiciados os necessários conhecimentos, como seja avaliada a compreensão e apreensão dos mesmos e em que medida esses conhecimentos modificam os seus comportamentos (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010, p.6).

A inclusão da pessoa/família foi de extrema importância em todo o processo de reabilitação, o que possibilitou o sucesso das intervenções e a continuidade dos cuidados, pela aquisição de boas práticas que visam a promoção da saúde e prevenção da doença, como por exemplo, assegurar a adequada gestão da permeabilidade das vias aéreas no domicílio, evitando agudizações da patologia respiratória crónica. De modo a prevenir complicações, compensar e/ou atenuar as incapacidades associadas à sua patologia, promover uma maior autonomia à pessoa/família e reabilitar/readaptar as atividades de vida diária (AVD), potenciando a sua máxima participação, foi necessária uma avaliação contínua das várias dimensões, biológica, física, psicológica e sociais da pessoa/família.

O presente capítulo pretende descrever as aprendizagens desenvolvidas em estágio de acordo com cada objetivo específico traçado. Neste capítulo abordarei a 'pessoa' anteriormente enunciada ao logo do trabalho como 'cliente', por se transformar no agente dos cuidados de reabilitação.

## **2.1 – Ampliar conhecimentos técnicos e científicos de ER na prestação de cuidados à pessoa/família com patologia respiratória crônica através da gestão da permeabilidade das vias aéreas, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência**

Além da pesquisa e análise da evidência científica realizada à *priori* para o Projeto de Estágio, que possibilitou o suporte necessário para a pertinência do estudo e implementação do Projeto, a análise sistemática da mesma foi realizada ao longo do estágio, na tentativa de pesquisar dados atuais, adquirir novo conhecimento, justificar a intervenção e refletir sobre a mesma. De acordo com os Descritores de *Dublin* (Decreto-Lei 107/2008), com distinção para o segundo ciclo, o grau de mestre é conferido a quem possua conhecimentos e capacidades de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, lide com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais dessas mesmas soluções ou juízos realizados.

A oportunidade de assistir ao Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação organizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), que promove o desenvolvimento da intervenção do EEER, expressando a eficácia sobre as competências adquiridas, revelou-se uma mais valia para a minha práxis, pela partilha de informação, conhecimento de projetos que os pares desenvolvem, contribuindo para a melhoria dos cuidados, antevendo uma premissa para projetos futuros. Esta Associação apoia diversas iniciativas e incentiva a partilha de informação, para que a mesma esteja ao alcance de todos foi criada uma revista onde são publicados trabalhos pertinentes ao núcleo da reabilitação, com a certeza de enriquecerem o quotidiano profissional.

Neste encontro científico foram abordados temas da prática atual, enquanto estudante de reabilitação, que contribuíram para aferir e consolidar conhecimentos, enriquecendo as intervenções realizadas em campo de estágio.

‘A intervenção do EEER na Equipa de Gestão de Altas (EGA)’, uma das temáticas em destaque, permitiu demonstrar a eficácia na avaliação da pessoa pela aplicabilidade da Medida de Independência Funcional (MIF) e metodologia ISBAR<sup>1</sup> (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*), a qual última é considerada uma ferramenta padronizada de comunicação que permite a otimização da transição de cuidados com segurança (DGS, 2017a). De acordo com os mesmos autores, a transição de cuidados deve atender a uma comunicação eficaz na transmissão da informação possibilitando a segurança da pessoa. Conforme a fonte supracitada, esta metodologia permite ainda, a rápida tomada de decisão e promove o pensamento crítico.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fulcral para a segurança da pessoa, promovendo a qualidade na prestação dos cuidados. Contudo, a comunicação eficaz na transição dos cuidados, que permite a diminuição de eventos adversos, requer conhecimentos e competências por parte do profissional de saúde, como por exemplo uma presença empática (DGS, 2017a). Estes instrumentos, que fazem jus às competências do EEER, foram traduzidos em ganhos para a saúde pela segurança da transmissão de informação, diminuição da incidência de erros na referenciação e na melhoria da comunicação (DGS, 2017a).

Apesar de não possuir experiência profissional ou académica numa EGA e na aplicabilidade da metodologia ISBAR, é importante ampliar conhecimentos de modo a compreender o processo de referenciação do cliente, para delinear atempadamente o seu plano de reabilitação, atendendo às indicações inicialmente enunciadas na transmissão da informação. A uniformização da comunicação entre as equipas prestadoras de cuidados é crucial, garantindo uma comunicação eficaz, caracterizada por ser precisa, oportuna, completa e atempada (DGS, 21017a).

A pesquisa sobre a temática descrita, e uma vez desenvolvidas competências de ER numa UMDR, foi de todo pertinente, alertando-me para a importância do processo de comunicação na transmissão de informação, de forma a evitar lacunas na sua transição, assegurando a continuidade dos cuidados para um processo de reabilitação adequando à funcionalidade do cliente/família. A importância da aquisição

<sup>1</sup> A mnemónica ISBAR permite de forma simples memorizar construções complexas para a transmissão verbal de informação, em que o ‘I’ corresponde à identificação e localização dos intervenientes e cliente; o ‘S’ correspondente à situação atual, onde se descreve o motivo e as necessidades de cuidados de saúde; o ‘B’ referente aos antecedentes ou dados relevantes; o ‘A’ de avaliação, à informação sobre o estado do cliente, a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa; o ‘R’ às recomendações, o plano terapêutico de acordo com a situação clínica do cliente (DGS, 2017a).

desta competência, não somente valorizada na atual fase acadêmica, foi sempre uma constante preocupação a nível profissional e pessoal, sob a premissa de assegurar uma precisa transmissão de informação, aquando por exemplo nos registos de enfermagem, que desenvolvi em campo de estágio, bem como na gestão de conflitos entre os pares, valorizando uma comunicação clara, evitando ambiguidades na sua transmissão. Segundo os Descritores de *Dublin* (Decreto-Lei 107/2008), o grau de mestre é concedido a quem seja capaz de comunicar os seus conhecimentos, raciocínios e conclusões, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades.

Na UMDR, onde realizei estágio, tive a oportunidade de aplicar a MIF<sup>2</sup>, uma escala estandardizada que permite avaliar o estado funcional do cliente, com o objetivo de estabelecer um plano de intervenção de reabilitação individualizado (DGS, 2011), permitindo monitorizar a sua evolução durante o programa de reabilitação (OE, 2016). A avaliação é realizada no início e fim do processo de reabilitação, como evidenciado no Estudo de Caso (Apêndice IV), com o objetivo de determinar a incapacidade do cliente, avaliar os ganhos funcionais do mesmo, avaliar a qualidade do programa de reabilitação e determinar a relação custo/benefício e custo/realização no que respeita à reabilitação, realizando comparação dos resultados e consequente evolução do período desde a admissão à alta do cliente (Branco, 2012). A avaliação de forma quantitativa das capacidades que o cliente tem para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária, diagnosticada pela observação direta da realização das mesmas, possibilita um adequado plano de intervenção para problemas reais, com intervenções ajustadas à capacidade do cliente/família e resultados esperados alcançáveis.

A monitorização dos itens permitiu visualizar a evolução da cliente durante o processo de reabilitação, constatando a eficácia das intervenções, e, pelo facto de poder ser utilizada por vários profissionais, permitiu uma abordagem centrada na cliente.

A discussão entre os pares no encontro científico, de acordo com o tema abordado, valorizou a pertinência da sua intervenção na aplicabilidade destes instrumentos, que asseguram a qualidade dos cuidados, uma competência importante

<sup>2</sup> A MIF é um instrumento de avaliação constituído por 18 itens, dos quais 6 se referem ao Autocuidado, 2 ao Controlo de Esfíncteres, 3 à Mobilidade/Transferência, 2 à Locomoção, 2 à Comunicação e 3 à Cognição Social (OE, 2016).

a desenvolver. Contudo, foi enunciado a escassez de informação no processo de referenciação, que a DGS (2017a) alude para as falhas na comunicação como das principais causas de eventos adversos na saúde, estando a maioria relacionadas com a omissão de informação, erros nas informações, falta de precisão e priorização das atividades. Enquanto estudante de reabilitação, na UMDR, pude constatar, por vezes, a dificuldade que os pares sentiam na compreensão da informação transmitida sobre o cliente a ingressar na Unidade, não conseguindo antever particularidades na planificação do processo de reabilitação, associada, por vezes, à escassez de informação, prejudicando o parecer sobre o cliente/família.

A aplicabilidade destes conhecimentos em campo de estágio possibilitou a aquisição da **competência D2, baseando a praxis clínica especializada em evidência científica, de acordo com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).**

*‘A avaliação da disfagia pelo Gugging Swallowing Screen (GUSS) numa unidade de agudos’* é uma das competências em destaque na intervenção do EEER enunciada no Congresso. A disfagia, frequentemente associada ao Acidente Vascular Cerebral [AVC] (Glenn-Molali, 2011), que pode resultar em aspiração ou ingestão oral inadequada, podendo conduzir a complicações graves, como Pneumonia de Aspiração, desnutrição ou desidratação (Soares, 2014). Visando o despiste prévio desta alteração e na adaptação face à sua limitação, a intervenção do EEER irá melhorar a qualidade de vida do cliente/família. Como Glenn-Molali (2011) refere, o enfermeiro assume um papel crucial na identificação dos clientes que apresentam risco ou que já apresentem défices na deglutição, sendo ainda, o elemento central da equipa no ensino ao cliente/família pela diferenciação em cuidados de reabilitação.

Pela avaliação da deglutição de forma direta ao cliente apenas conseguimos obter informação fiável sobre a fase oral preparatória e fase oral, sendo necessários outros métodos, como a videofluroscopia, para a avaliação correta de todas as fases da deglutição (Braga, 2017). A avaliação da deglutição deve ser realizada atempadamente antes da administração de alimentação ou medicação, deve-se ter em conta algumas particularidades, como a integridade da cavidade oral, os pares cranianos envolvidos diretamente no processo de deglutição e a deglutição propriamente dita (Braga, 2017). Para o autor, não existe consenso sobre a consistência e quantidade de alimentos com que se deve iniciar a avaliação da deglutição, podendo iniciar-se com a ingestão de líquidos ou sólidos. Contudo, o mesmo, defende que a administração inicial deve ser com pequenas quantidades de

água, uma vez que, se a pessoa aspirar será uma quantidade reduzida e os resíduos deixados pela água são inócuos, comparativamente a outros líquidos ou sólidos com outras consistências. No processo de avaliação da deglutição importa ainda estar desperto para possíveis aspirações silenciosas, sendo importante ter conhecimento de todos os possíveis sinais de disfagia, os quais podem surgir até um minuto após a deglutição (Braga, 2017).

A temática em destaque, lecionada em Unidades Curriculares, suportada em pesquisa bibliográfica e alicerçada pela partilha de conhecimentos e experiências através do encontro científico, desencadeou a aplicabilidade de conhecimentos, na implementação da avaliação da deglutição, recorrendo ao teste de GUSS, uma avaliação inovadora, processo decidido em conjunto com a enfermeira orientadora. Circunstância que possibilitou a aquisição da **competência B1, pelo papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas, e B2, pelo desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, consoante o domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019).**

O Sr. S.R. um homem de 73 anos de idade dá entrada na UMDR apresentando algumas limitações funcionais, após lhe ter sido diagnosticado um AVC do hemisfério esquerdo, ingressando com o objetivo de potencializar as suas capacidades. Os défices apresentados prendem-se essencialmente com a hemiparesia à direita, mais acentuada no membro superior (grau 4/4/3, de acordo com a *Medical Research Council Muscle Scale*), a espasticidade demonstrada na mão, com maior ênfase nos dedos (grau 3 de acordo com a Escala de *Ashworth* Modificada), e a disartria. Acompanhado pela esposa e filhas, foi-lhes apresentada a Unidade, as características da mesma, algumas atividades desenvolvidas, bem como, foram questionadas algumas características do cliente, por exemplo, em relação a hábitos alimentares. O Sr. S.R. referiu não gostar de alimentos pastosos e uma das filhas referência a disfagia para líquidos que o pai apresentava, concordante com a informação previamente descrita pela unidade hospitalar. Segundo Glenn-Molali (2011), a disfagia está presente em cerca de 28% dos AVC no hemisfério esquerdo.

Na passagem de turno foi referido o comportamento agressivo do Sr. S.R. no momento da refeição recusando a ingestão de líquidos com espessante de consistência mel (indicação hospitalar). Perante a ocorrência descrita pelos pares procedeu-se ao diálogo com o Sr. S.R. na tentativa de entender o sucedido e confirmar a informação recebida, quer pela filha do cliente, quer pela instituição anterior, sobre

a disfagia para líquidos. A documentação do processo de educação ao cliente/família é importante para o EEER, devendo contemplar informações sobre os comportamentos de adesão ou não, sob a perspectiva de ajudar a continuidade do processo educativo (Habel, 2011). No entanto, segundo Braga (2017), a avaliação é de todo pertinente quando o cliente muda de contexto, uma vez que pode no contexto anterior apresentar disfagia e atualmente não necessitar das restrições sugeridas anteriormente, ou vice-versa, não ter sido identificada na fase aguda. Como refere Nelson (2011), existe um aumento do risco de segurança quando os clientes são transferidos entre instituições de cuidados, devido, por exemplo, à perda de informação ou à própria deslocação que existe nos cuidados.

Pela observação direta, verifica-se a integridade da cavidade oral, com ausência de algumas peças dentárias, principalmente os pré-molares em ambas as arcadas. Sem aparente alteração no par craniano V (trigémio); apresenta assimetria facial, ligeiro desvio da comissura labial para a esquerda, apagamento do sulco nasogeniano à direita e discreto apagamento supraocular à direita (parésia facial central à direita), verificando-se alteração no par VII (facial). Sem aparente alteração em reconhecer os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 anterior da língua, pela avaliação do par craniano IX (glossofaríngeo); reflexo de vômito presente, sem evidente alteração no tom de voz ou presença de ronquidão, contudo, observa-se ligeiro desvio da úvula para a esquerda, com alteração no par X (vago). Avaliado o par craniano XI (espinhal) não se reconhecem alterações; observado ligeiro desvio da língua para a direita, sem alteração nos restantes movimentos da língua, registando-se alteração no par craniano XII (hipoglosso).

Este caso despoletou a necessidade de uma avaliação precisa, a utilização do teste de GUSS, na avaliação da deglutição, possibilitou dados mais precisos, o valor quantitativo que o teste comprova exhibe um *score* 19, em que o Sr. S.R. após a ingestão de líquido (água) apresentou tosse involuntária, conforme evidenciado em Jornal de Aprendizagem (Apêndice V).

Previamente foi explicado todo o processo e o posterior resultado, privilegiando a partilha de conhecimentos e poder, para a elaboração de objetivos centrado no cliente, de modo a assegurar uma relação de parceria (Mendes & Martins, 2012). Apresentando tosse após a administração do conteúdo líquido (água), explicou-se o que a tosse poderia significar e os riscos da disfagia. Demonstrou compreender que na fase inicial seria melhor a utilização de espessante nos líquidos, de consistência néctar, por apresentar disfagia ligeira para líquidos (Apêndice V), sob

orientação/decisão do EEER. Optou-se por diminuir a consistência, uma vez que, face à evidência científica, em clientes com lesão do hemisfério esquerda existe maior probabilidade de haver compromisso na fase oral (Glenn-Molali, 2011), daí terem mais dificuldade em deglutir alimentos espessos (Braga, 2017), podendo no presente caso estar associado à diminuição da força da língua.

Na hora da refeição apresentou novo episódio de comportamento agressivo quando a enfermeira lhe coloca espessante na água, recusando a sua ingestão. Presenciando a situação houve a necessidade de falar com o Sr. S.R., de modo a compreender o ocorrido, uma vez que se teria acordado a importância da utilização de espessante na ingestão de líquidos. Foi notória a face de revolta, de zanga perante a situação, respondendo agressivamente e posteriormente ignorando a minha presença. No momento, percebi que o Sr. S.R. necessitaria de espaço, de ficar sozinho.

O conhecimento sobre o cliente fez-me perceber a revolta do mesmo, o Sr. S.R. previamente autónomo, ativo a nível social e familiar, não adaptado à sua nova condição de saúde, previamente transferido de outra unidade, tendo inclusive referido a necessidade de regressar ao domicílio, ao seu ambiente, ausente deste há cerca de 5 meses.

Terminado o período da refeição acompanhei o Sr. S.R. ao seu quarto, era necessário um cuidado parcialmente compensatório, bem como de apoio-educação, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), no autocuidado vestir e despir e mobilidade/transferência. Com o ambiente tranquilo que se proporcionara, apenas com a minha presença no quarto, tentei de novo abordar o assunto, sobre o sucedido na hora da refeição, não sendo a resposta do Sr. S.R. a espetável, pois manteve um comportamento agressivo, não apenas verbal, o que me causou surpresa. Neste contexto, foi requerida uma voz e presença firme, consciencializando-o sobre a sua atitude austera. Após um breve momento de silêncio, o Sr. S.R. demonstrou uma postura de recusa perante a minha colaboração no seu autocuidado, com movimentos bruscos tenta despir as calças sem sucesso, e pela frustração sentida refere não ser necessário despir as calças. Calmamente questiono-o sobre o meu apoio, sem obter resposta, dou continuidade ao processo inicialmente proposto de ajuda e ensino sobre o autocuidado identificado. Pela situação descrita, é desenvolvida a **competência D1, de autoconhecimento e assertividade no estabelecimento da relação terapêutica, referente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 104/2019).**

Na reflexão à *posteriori*, enunciada em Jornal de Aprendizagem (Apêndice V), surge um possível enunciado de problema, a comunicação ineficaz, pela possibilidade de o *feedback* recebido não ter sido bem interpretado no momento da avaliação e posterior interpretação dos resultados. Contudo, foram respeitadas particularidades referentes ao momento de avaliação da disfagia, proporcionando um ambiente calmo, livre de distrações, assegurando que o Sr. S.R. compreendesse as várias etapas do procedimento (Braga, 2017). Apesar de ser a primeira vez que estaria a utilizar o teste de GUSS, não senti dificuldade em o realizar, posso, no entanto, melhorar a destreza pela contínua aplicabilidade, tornando o processo mais natural e fluente.

Após discussão com a enfermeira orientadora sobre a problemática enunciada, na tentativa de identificar a possível falha no processo de comunicação, chegou-se à conclusão de que a avaliação teria sido linear, pela evidência da aceitação do Sr. S.R. perante a utilização de espessante. A sua resposta verbal e não verbal em conformidade, não anteviam este comportamento face ao problema de disfagia ligeira.

Para a resolução do problema, foi necessário falar com o Sr. S.R. numa perspetiva macro da situação, abordando todo o contexto e fase em que se encontra, abandonando a perspetiva micro, apenas direcionada à problemática. Foi desta forma, que consegui uma comunicação eficaz, através da partilha de frustrações sobre o seu estado de saúde/doença, a sua incapacidade, evocando objetivos e metas provavelmente desajustados à sua condição atual.

Perante o exposto, em concordância com a enfermeira orientadora, decidiu-se que o melhor para o cliente seria uma maior vigilância na ingestão de líquidos, de forma a não abdicar de os ingerir. Como Braga (2017, p. 268) refere, “é de extrema importância não considerar que a utilização de espessante por si só vai resolver o problema”. Posto isto, foi realizado ensino ao Sr. S.R. sobre a importância da ingestão de líquidos lentamente, um gole de cada vez, de acordo com o teste de GUSS (Apêndice V), da colocação dos líquidos essencialmente para o lado esquerdo da boca, não devendo misturar duas consistências, pois na incapacidade de gestão de duas consistências em simultâneo existe um grande risco de aspiração (Braga, 2017). Ficou demonstrado um exercício seguro, profissional e ético na tomada de decisão, assente no conhecimento do domínio da responsabilidade ética e legal, assegurando a melhoria da prática exercida e preferência do cliente, respeitando os direitos humanos e gerindo situações potencialmente comprometedoras para o cliente, pela aquisição de **competências A1, desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais e os princípios éticos e**

**deontológicos, e A2, garantindo a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional (Regulamento n.º 140/2019).**

Foi notória a importância para o Sr. S.R. da não utilização de espessante nos líquidos, pela sua participação ativa no processo, com a capacidade de tomada de decisão adequada aos seus hábitos de vida, assumindo o controlo sobre o seu projeto de saúde. Processo que alegou à dignidade humana, baseada na igualdade e não violação dos direitos, em que os clientes têm o direito de tomar as suas próprias decisões (Kärkkäinen, Bondas & Eriksson, 2005), e os enfermeiros que prestam cuidados individualizados têm a responsabilidade pela qualidade da sua prática e pela mudança organizacional necessária para prestar cuidados centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve considerar a gestão dos cuidados centrado na pessoa como condição essencial à efetividade terapêutica e prevenção de riscos, atuando proactivamente e promovendo a envolvência do cliente/família de forma a garantir o seu bem-estar.

Relativamente à *'auscultação pulmonar e interpretação da radiografia do tórax'*, um dos *workshops* que assisti no encontro científico facultou-me o aprofundamento de conhecimentos e aperfeiçoamento da técnica para colocar em prática em campo de estágio.

No primeiro campo de estágio, na unidade hospitalar, a aquisição de conhecimentos e prática especializada no processo de reabilitação ao cliente com patologia respiratória crónica foi evidenciado, possibilitando o desenvolvimento na área temática pretendida, suportada pela pesquisa da evidência científica.

A adequada avaliação da Sr.<sup>a</sup> M.C., internada no serviço de Medicina com diagnóstico clínico de Pneumonia e Insuficiência Respiratória Parcial, de acordo com os dados objetivos e os exames complementares de diagnóstico, foram enunciados diagnósticos de enfermagem correspondentes ao cansaço fácil e tosse ineficaz, respeitando os requisitos universais do autocuidado da Teoria do Autocuidado de Orem (2001), de manutenção de inspiração de ar suficiente. O planeamento das intervenções teve por base as comorbilidades e preferências da Sr.<sup>a</sup> M.C., visando a adesão e resposta eficaz ao processo de reabilitação. A decisão, conjunta com o enfermeiro orientador, assenta numa intervenção de ER gradual incidindo na correção postural, pela depressão do ombro à esquerda, permitindo uma simetria corporal. O alívio da dispneia é alcançado através de um correto posicionamento, prevenindo ou corrigindo defeitos posturais, de forma a diminuir as resistências elásticas, mantendo

uma adequada mobilidade da parede costal, prevenindo ou combatendo aderências ou espessamento da pleura (Heitor *et al.*, 2017). A posição de semi-*fowler*, uma vez que a cliente se encontrava no leito, era o posicionamento adequado ao relaxamento, uma das posições que diminui a sobrecarga muscular, promovendo o controle da respiração (Gomes & Ferreira, 2017), frequentemente utilizada em clientes com ansiedade ou dispneia (Cordeiro & Menoita, 2014).

Foi, ainda, pertinente consciencializar a Sr.<sup>a</sup> M.C. dos tempos respiratórios (inspiração/expiração) e da correta execução (inspirar pelo nariz/expirar pela boca) de modo a realizar o menor esforço possível. O controle da respiração deve ser adaptado a cada cliente, adequando a frequência, amplitude e ritmo respiratório de acordo com a sua patologia, e assim, obter uma ventilação alveolar mais eficaz, com menos dispêndio de energia (Heitor *et al.*, 2017). Esta tomada de consciência conduz ao relaxamento físico e psíquico, fundamentais a uma ventilação eficaz e a uma participação da cliente nos exercícios (Olazabal, 2003), que segundo Cordeiro e Menoita (2014) é uma das primeiras intervenções na RFR. A expiração com os lábios semicerrados, uma técnica importante na gestão de energia, que pode ser utilizada concomitantemente com outros exercícios respiratórios, potencia uma adequada ventilação alveolar devido ao efeito de pressão positiva no final da expiração que previne o colapso dos brônquios e melhora a sobrecarga muscular e energética (Cordeiro & Menoita, 2014). A respiração diafragmática reduz também o trabalho respiratório, e conseqüente alívio da dispneia, promovendo a ventilação das bases dos pulmões, favorecendo um padrão respiratório fisiológico (Olazabal, 2003).

A situação acima referida serviu como base para uma intervenção diferenciada, baseada na evidência científica e experiência do enfermeiro orientador, pela seleção adequada dos cuidados a realizar, dado o processo de saúde/doença em que a cliente se encontrava, não precipitando intervenções que poderiam ser menos toleradas pela cliente. Pois, a fase aguda da patologia respiratória pode ser uma limitação ao início de determinadas intervenções, pelo que, é necessária uma avaliação e seleção de intervenções de modo criterioso (Heitor *et al.*, 2017).

Os exercícios de reeducação respiratória, seletivos ou globais, diafragmáticos ou costais tiveram como finalidade corrigir assinergias ou defeitos ventilatórios (Heitor *et al.*, 2017).

Na auscultação, a evidência de ruídos adventícios dispersos (roncos/fervores), bem como a diminuição de murmúrio vesicular no hemitórax direito foram um indicador do hemitórax mais afetado. Devido à maior probabilidade de acumulação de

secreções, foram iniciados os exercícios por este local. Optando-se por finalizar a sessão pelo hemitórax menos afetado, de modo a prevenir a acumulação de secreções.

Pela prévia identificação e caracterização da telerradiografia do tórax, foi visível a hipotransparência do lobo superior direito, seio cardio-frénico e costo-frénico pouco definidos à direita e ainda a presença de reforço hilar.

Na alternância de decúbito para reeducar o outro hemitórax, realizou-se a técnica de rolamento na cama, um movimento que implica esforço, pelo que, foi realizado ensino à Sr.<sup>a</sup> M.C. para a sua execução em fase expiratória, de modo a conservar energia, porque a expiração é fenómeno passivo, baseado na retração elástica toraco pulmonar, ao contrário da inspiração, considerada um fenómeno ativo, em que intervêm forças desenvolvidas pelos músculos respiratórios (Heitor *et al.*, 2017).

A tosse é um processo que implica a tomada de consciência dos tempos respiratórios, seguindo-se de uma expiração forçada com glote aberta (Gomes & Ferreira, 2017). Um mecanismo patológico, mas necessário, que permite a expulsão de secreções, mantendo a permeabilidade das vias aéreas (Heitor *et al.*, 2017). Um dos diagnósticos de ER identificados, tendo em conta a ineficácia da gestão da permeabilidade das vias aéreas da Sr.<sup>a</sup> M.C., foi referente à tosse pouco eficaz, existindo fatores como a imobilidade ou a diminuição da força dos músculos respiratórios e abdominais que pudessem comprometer este ato reflexo (Cordeiro & Menoita, 2014). Pela evidência destes indicadores, que comprometem a tosse eficaz da Sr.<sup>a</sup> M.C., tendo como comorbilidade a DPOC, incide-se no ensino do *huff*, uma forma de tosse controlada, que poupa energia (Gronkiewicz & Coover, 2011). Pela descrição dos autores, o cliente cruza os braços abaixo da grelha costal, faz uma inspiração profunda enquanto se inclina para a frente e depois expira enquanto verbaliza a palavra *huff*, o que fará com que evite o encerramento da glote e reduza a compressão das vias aéreas. Simplificando esta descrição, o modo de ensino realizado à cliente, foi pela descrição de abrir a boca e colocar a língua de fora (Presto & Damázio, 2009).

A pertinência de atividades terapêuticas, como a ponte, é essencial para a aquisição de fortalecimento muscular, auxiliando, inclusive, na eficácia do mecanismo da tosse. Isto porque, foi depreendido uma diminuição da força dos músculos abdominais, e estando estes presentes numa das fases da tosse, em que após uma inspiração ampla, existe a contração dos músculos abdominais e só posteriormente a

expulsão de ar em grande velocidade (Gomes & Ferreira, 2017), decidiu-se que ao fortalecer os músculos abdominais com as atividades terapêuticas poderiam obter-se melhorias no mecanismo da tosse.

Ao assumir a responsabilidade de EEER, devo comprometer-me a atualizar o conhecimento, com base na evidência científica, de modo a justificar as minhas intervenções, na procura dos melhores cuidados que satisfaçam as necessidades do cliente/família. Contudo, como refere Pierce, Predeger e Mumma (2011), é necessário que esta evidência seja analisada e criticada, e então a prática clínica fomentada nessas descobertas. Daí, todas as formações serem importantes, principalmente nesta fase do processo de aprendizagem, como meio de assimilar o conhecimento transmitido pelos peritos sobre a análise crítica dos resultados. Ideia corroborada por Barata (2017), quando refere a importância da formação contínua no processo de desenvolvimento profissional, com o objetivo de melhorar a capacidade de resposta face às exigências do cliente/família.

A participação nas jornadas científicas além de ter promovido conhecimento, permitindo a aplicação do mesmo nos campos de estágio, promoveu a socialização, pela partilha de experiências e projetos entre os pares. Segundo Barata (2017), o processo de socialização, pelo qual se aprende e interioriza os saberes promove a autonomia. Além de que, segundo o meso autor, a aquisição de competências do EEER inicia-se na formação graduada, passando pela socialização profissional e continuidade de formação.

## **2.2 – Compreender a intervenção do EEER na sua vertente organizacional no seio da equipa multidisciplinar**

Em ambos contextos clínicos foi essencial conhecer a dinâmica dos serviços, a sua organização e funcionamento. Este processo foi auxiliado pela consulta de regulamentos internos, normas e protocolos vigentes, o conhecimento de projetos e trabalhos realizados, os instrumentos de avaliação existentes e os sistemas de informação em enfermagem utilizados. Para a integração numa unidade é essencial que o novo elemento tenha ainda conhecimentos acerca dos recursos humanos, materiais e físicos, de modo a caminhar para a sua autonomia enquanto elemento da equipa multidisciplinar. Este processo foi dinamizado pelos enfermeiros orientadores,

considerados um veículo transmissor da identidade do grupo, pela proximidade com a sua equipa, reconhecendo-se a sua importância e influência na formação de novos elementos (Bucchi & Mira, 2010). Ambos os estímulos possibilitaram a prestação de cuidados segundo as diretrizes das instituições, respeitando a sua missão, visão, valores e filosofia, assegurando deste modo a prestação de cuidados de qualidade (Bucchi & Mira, 2010).

O serviço de Medicina, onde realizei estágio, em muito se assemelha à realidade da minha prática de cuidados, um serviço de Medicina noutra unidade hospitalar. A singularidade das patologias e os problemas com que os pares se deparam diariamente, como a escassez de recursos humanos e materiais, expõem igualmente a minha atualidade profissional. Uma das diferenciações identificadas, além da estrutura, prende-se com a dinâmica correspondente ao horário estabelecido para a administração de alimentação, medicação e posicionamento dos clientes, diferença que evidenciei pela eventual condicionante à gestão da minha intervenção, interferindo no tempo de realização das atividades ao cliente. Neste sentido, de forma a colmatar a diferença identificada, o período de integração foi essencial como meio de adaptação, permitindo gradualmente a gestão do tempo para a realização das atividades enquanto estudante de ER, sem coincidir ou prejudicar a dinâmica do cliente e dos pares. A disponibilidade e orientação do EEER foi um processo facilitador neste caminho, pelas estratégias que proporcionou para uma adequada gestão do tempo.

Os momentos para realizar as avaliações pretendidas ou implementar o programa de reabilitação, tentando respeitar a vontade do cliente, foram critérios delineados em conjunto com o enfermeiro orientador. No início do turno era estabelecido o plano de atividades a desenvolver, informando os pares sobre a pertinência de prestar cuidados diretos ao cliente, por exemplo cuidados de higiene, ou caso estes fossem realizados pelos pares, era acordado o posicionamento do cliente em determinado decúbito para dar início às intervenções de reabilitação, ações de modo a evitar dispêndio de energia, tanto para o cliente como para o profissional. Foi muito importante esta articulação realizada com a equipa, uma atitude que pretendo adotar enquanto futura EEER.

Apesar de familiarizada com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o sistema informático que permite registar as ocorrências do cliente e consultar o processo clínico, o qual não está totalmente informatizado, foi um dos obstáculos inicialmente sentido. Para ultrapassar este

constrangimento, foi necessária uma aprendizagem assegurada pelo enfermeiro orientador e uma prática contínua como meio de destreza para facilmente aceder a dados do processo. Procedimento este, por vezes moroso devido à rede informática existente na instituição ou à escassez do recurso físico, o computador, de acordo com o rácio de profissionais no serviço. O processo clínico ao não estar na sua totalidade incorporado no sistema informático, contrário à minha prática profissional, faz com que exista um processo clínico em papel agrupado num dossier para cada cliente, o qual muitas vezes de difícil acesso, visto ser consultado pela equipa multidisciplinar. Neste processo encontram-se dados pertinentes à minha intervenção de estudante de ER, contemplando não somente dados importantes para o início da intervenção, como dele fazem parte os registos do EEER. Uma das estratégias adotadas, previamente estabelecida com o enfermeiro orientador, foi retirar do processo a folha de registo da intervenção do EEER, de modo a serem registados dados importantes sobre os cuidados realizados em tempo útil. Além da equipa ter acesso aos registos, era uma premissa comunicar verbalmente aos pares quais as intervenções realizadas ao cliente, como as tolerou, no sentido de ser perceptível a sua evolução, e quais as medidas que deveriam ser tomadas posteriormente.

Um dos primeiros episódios que relembro foi quando, por exemplo, na prestação de cuidados de higiene no leito ao Sr. C.T. Ihe foi pedido que ao realizar as mobilizações de decúbitos necessárias ao autocuidado higiene o fizesse em fase expiratória, sendo um processo passivo, em que o diafragma está em posição cefálica, exige um menor esforço, poupando energia para as seguintes atividades (Cordeiro & Menoita, 2014). Esta intervenção foi importante para o cliente, numa fase de dependência de autocuidado, um processo em objeção, pelo constrangimento da sua atual dependência.

A possibilidade do Sr. C.T. participar ativamente no seu cuidado, contrapondo uma ideia de se sujeitar a que Ihe prestem cuidados, foi demonstrada pela sua satisfação e evolução de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), de acordo com os requisitos universais do autocuidado na manutenção do equilíbrio entre a atividade e descanso, pela necessidade de mobilizações. Autónimo na higiene pessoal até então, sentia-se constrangido e desvalorizado em não conseguir participar. A intervenção trouxe ganhos na sua autonomia física, possibilitando ainda desbloquear a dimensão psicológica, pelo reforço positivo perante o seu estado de saúde/doença.

A presente intervenção foi muito enriquecedora, na medida em que consegui alcançar um cuidado diferenciado, envolvendo as várias dimensões que preenchem o ser humano, que muitas vezes enquanto enfermeira generalista não consegui alcançar, não estando desperta para tal, independente da sua justificação, seja por excesso de trabalho ou défice de conhecimento.

É importante, desta forma, refletir sobre as aprendizagens realizadas, uma vez que inquietam a minha atitude profissional, na sequência da construção de uma postura diferenciadora na prestação de cuidados. Consolidada esta mudança de atitude, enquanto futura EEER, influenciando a atitude dos pares, assumindo um papel de líder, umas das competências importantes a desenvolver, visando a continuidade de cuidados de excelência, de modo a satisfazer as necessidades do cliente de forma holística (McEvoy & Duffy, 2008). É no decorrer destas experiências, relatadas em contexto de estágio, que se adquire a **competências C1, pela gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, pela melhoria da informação, na adequada tomada de decisão no processo de cuidar referente ao domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).**

Foi visível a dificuldade de intervenções do EEER que comumente desempenha funções de enfermeiro generalista. Com o mesmo rácio de clientes atribuídos, a desempenhar as mesmas funções que os seus pares, o EEER tem ainda um acréscimo de competências, na prestação de cuidados diferenciados, capacitando e maximizando o seu cliente, e na participação ativa da discussão do processo de saúde/doença do cliente com a equipa multidisciplinar.

O desenvolvimento de competências especializadas é essencial para a individualização dos cuidados, permite conhecer o cliente/família como ser biopsicossocial e espiritual, valorizando as suas crenças, os seus valores e necessidades, integrando-o no seu processo de saúde/doença através da tomada de decisão partilhada, que caracteriza o *empowerment*. Segundo Carvalho *et al.* (2007), a participação ativa do cliente passa por um processo de *empowerment*, que se traduz num processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, possibilitadas através de uma participação na tomada de decisão. Todavia, o conceito de *empowerment* vai além das questões de dar poder ao cliente, está relacionado com o conceito de emancipação, independência, autocontrole, dignidade, autonomia e tomada de decisão, sendo influenciado por fatores como o *background* individual (género, família, cultura, *status* económico, personalidade, crenças), o contexto social

e político, o conhecimento (partilha de informação) e as capacidades de comunicação e relação entre partes envolvidas (Cabete, 2010). O *empowerment* do cliente/família, através do exercício da sua autonomia, na execução e decisão, vai de encontro a uma lógica de cuidado centrado, sendo sustentado pelo desenvolvimento de competências do enfermeiro em vários domínios.

A equipa que encontrei neste campo de estágio é uma equipa aberta ao conhecimento e à aprendizagem, capaz de fazer frente a estes desafios. O seu interesse pela aprendizagem, o investimento académico, que muitos dos pares estão a realizar, a colaboração em novos projetos, muitos dos quais instigados pela enfermeira chefe do serviço e orientados pelo EEER, contribuem para a mudança de paradigma.

Atualmente no meu serviço, e perante uma equipa igualmente jovem, existe apenas um dos pares com a especialidade de reabilitação, futuramente a ser complementada por três profissionais na mesma área, e com o saber a ser desenvolvido, quando outro dos pares inicia um processo de diferenciação em outra área do conhecimento, proporciona uma abertura na partilha de informação para a diferenciação dos cuidados. O EEER, como líder, deve também influenciar a vida dos pares, inspirando a equipa a auto motivar-se para o cumprimento de objetivos e desta forma atingir/manter cuidados de qualidade (Gender, 2011).

O segundo campo de estágio era atempadamente um fator de ansiedade face ao desconhecido na realidade de uma UMDR, inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Contudo, os conhecimentos, as competências, a segurança que delineavam o meu perfil pessoal e profissional, traçado pelo estágio anterior, juntamente com uma equipa igualmente acolhedora e jovem, que valoriza novos conhecimentos e aprendizagens, e a experiência da enfermeira orientadora, com estímulo para a reflexão e discussão de ideias, possibilitou rapidamente a integração na equipa, enquanto estudante de ER. De forma a consolidar conhecimentos acerca da tipologia e organização da instituição foi necessário rever conteúdos disponibilizados nas Unidades Curriculares e legislação vigente.

Face ao acompanhamento das novas exigências em saúde e das alterações epidemiológicas e demográficas, as políticas de saúde tentam colmatar as carências ou combater os excessos, sob a influência do Governo Constitucional da atualidade, das exigências e políticas europeias, bem como do orçamento de estado e planos de contenção de custos. O Plano Nacional de Saúde surge na tentativa, entre as suas metas para 2020, dar “respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados pelas

doenças de evolução prolongada” (DGS, 2015, p.10). Na sequência do Programa do XVII Governo Constitucional, surge a RNCCI<sup>3</sup>, formada por uma tipologia diversificada de serviços, sendo operacionalizada por um conjunto de instituições públicas e privadas. Cada uma das tipologias possui características e objetivos próprios, presta serviços diferenciados, possui recursos especializados e tem inerentes critérios de ingresso ou prazos de internamento adequados a cada uma delas.

A UMDR<sup>4</sup> tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa, tendo o período de internamento na unidade uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (Decreto-Lei n.º 101/2006; Decreto-Lei n.º 136/2015; Portaria n.º 50/2017).

A ER desempenha um papel essencial na equipa multidisciplinar, decisiva no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar, potenciando o seu desenvolvimento. Segundo a OE (2009, p.22), o EEER por se dirigir “à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos” é considerado o elemento fulcral nas unidades de internamento: convalescença, média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, bem como, nas tipologias domiciliárias, as ECCI. Desta forma, a atuação do EEER promove a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, auxiliando os processos de transição saúde/doença e capacita o cliente/família para a reinserção social.

A intervenção do EEER ao nível dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) é caracterizada por conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação, sustentados nos problemas de saúde reais e potenciais; tomar decisões referentes à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias,

<sup>3</sup> Procura contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Os cuidados continuados integrados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em coações irrecuperáveis (Decreto-Lei n.º 101/2006).

<sup>4</sup> A referenciação é realizada de acordo com os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 101/2006, bem como na Portaria n.º 50/2017, pela ECCI, se a pessoa a referenciar se encontra no domicílio, hospital privado ou outro local de residência, ou pela EGA, se a pessoa a referenciar se encontra num hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aquando do diagnóstico de situação de dependência. É necessário o acompanhamento de documentação, em plataforma digital própria, onde é caracterizada a situação clínica e social do cliente e suas necessidades bem como os objetivos da intervenção dos cuidados.

tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da cliente; identificar barreiras arquitetônicas para o cliente com necessidades especiais a nível sensório-motor e elaborar propostas de eliminação das mesmas; prestar cuidados no âmbito de ER ao cliente com necessidades especiais no domicílio e/ou em instituições de apoio social; promover a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida do cliente com deficiência e/ou necessidades especiais, no sentido da capacitação e *empowerment* da cliente/família; criar e gerir bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade (OE, 2009).

A integração numa Unidade desta tipologia, com características particulares, permitiu alargar os meus horizontes enquanto cidadã e profissional, despertando um olhar enquanto futura EEER no cuidar de clientes que não se encontram em fase aguda da sua patologia. Deparo-me com uma população cada vez mais jovem a necessitar de cuidados diferenciados de reabilitação, em que a incidência de patologias são de cariz neurológico, a destacar o AVC, que atualmente constitui um problema de saúde pública, sendo um dos maiores geradores de incapacidade, com profundo impacto socioeconómico e familiar (*World Health Organization [WHO]*, 2011). Embora abranjam todos os grupos etários, as patologias cerebrovasculares têm maior prevalência a partir dos 35 anos (INE, 2017) e estiveram na origem do maior número de óbitos de (11270), representando 10,2% da mortalidade em 2017 (INE, 2019).

A pessoa com diagnóstico de AVC manifesta alterações nas AVD pelo comprometimento da sua autonomia para o autocuidado,

na capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar (Orem, 2001, p.254.tradução livre da autora).

A recuperação funcional do cliente, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade, é um passo essencial na limitação do impacto da incapacidade da pessoa com AVC (Menoita, 2014b). O EEER desempenha um papel dinâmico, contínuo e progressivo na educação e colaboração com o cliente/família para que atinja a máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência. Os planos de reabilitação realizados incidiram sobretudo no treino de AVD, tentando integrar quando possível a família. Ao contrário do esperado, deparei-me com famílias pouco presentes, clientes num contexto social e familiar frágil, o que se torna um desafio para a equipa e uma constante preocupação humana. A seleção do Estudo

de Caso (Apêndice IV) realizado nesta Unidade foi, inclusive, alusivo a este desassossego sentido.

As reuniões informais, realizadas ao longo do estágio, com a professora orientadora possibilitam a reflexão sobre as várias dimensões dos cuidados de ER, como por exemplo, as diferenças entre uma equipa multidisciplinar e uma equipa interdisciplinar. A possibilidade de intervir nas reuniões realizadas com a equipa sobre a discussão do planeamento e intervenções realizadas fez-me alcançar essa diferenciação. A colaboração sistemática entre todos os elementos da equipa na definição de objetivos e procedimentos, com resultado superior à soma de cada disciplina, uma vez que estas se potenciam mutuamente (Branco, 2017), caracterizam a equipa interdisciplinar que integrei. Estas encontram-se mais habilitadas a prestar cuidados holísticos, na medida em que o cliente é encarado como um todo, com toda a equipa a trabalhar para atingir todos os objetivos (Lutz & Davis, 2011). Ao invés da equipa multidisciplinar, em que cada elemento trabalha de forma individual para alcançar objetivos específicos de acordo com a sua área de intervenção, não existindo por vezes reuniões de equipa (Branco, 2017), sendo o resultado da equipa o somatório de cada disciplina (Lutz & Davis, 2011).

Desta experiência resulta a aquisição da **competência C2, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados perante o domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019)**.

Em ambos campos de estágios, tive a oportunidade de desenvolver juntamente com os enfermeiros orientadores o início de um projeto, com a premissa de demonstrar a eficácia dos cuidados de reabilitação pelas intervenções realizadas, justificando a prática do EEER nos cuidados ao cliente. Neste sentido, foi criada uma folha em *Excel*® contemplando os dados do cliente e as intervenções de reabilitação realizadas, de acordo com as diversas áreas de intervenção do EEER, com particularidades associadas ao campo de estágio hospitalar e na UMDR (Apêndice VI e VII, respetivamente). Esta ferramenta poderá ser um contributo na obtenção, demonstração e monitorização de resultados pelo *continuum* do projeto iniciado, expressando a eficácia e a necessidade de cuidados de reabilitação ao cliente com necessidades específicas, na demonstração das competências de ER e sua mais valia nos diversos contextos, alterando as políticas de saúde pelo reconhecimento da especialidade, uma temática em voga nos dias de hoje.

Foi na ESEL que o processo de formação académica, para a aquisição da especialidade em ER, se iniciou, desenvolvendo as competências propostas em campo de estágio e culminando na sua fundamentação, ao elaborar o presente Relatório. Como refere Barata (2017), as experiências, quer em sala de aula, quer em estágio moldam o perfil do futuro EEER.

A realização do estágio permitiu o confronto com a realidade do EEER, enquanto membro de uma equipa, na distinção do seu papel pelas competências adquiridas e diferenciação nos cuidados. De modo a responder face às exigências identificadas, foi necessário aprofundar conhecimentos em determinadas áreas onde o EEER intervém, desenvolver estratégias para aperfeiçoar a prática clínica face às experiências vividas e sustentar a intervenção face ao conhecimento adquirido. A teoria, segundo Benner (2001), oferece o que pode ser explicado e formalizado, contudo, é na prática, como ação complexa, onde se evidencia o conhecimento face à realidade. Barata (2017) acrescenta a experiência enquanto reflexão, que permite melhorar a teoria pelas situações reais vivenciadas, e que inclusive, pode acrescentar dados à teoria.

### **2.3– Desenvolver competências de ER na prestação de cuidados à pessoa/família com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória incidindo na gestão de permeabilidade das vias aéreas**

Na prática de cuidados o EEER gera interpretações ou conclusões acerca das necessidades do cliente, dos seus problemas de saúde, tomando a decisão de agir (ou não), visando uma resposta adequada ao cliente/família, que Tanner (2006) define como julgamento clínico. Neste sentido, o julgamento clínico é visto como uma atividade de resolução de problemas, com início na avaliação e diagnóstico de enfermagem, num *continuum* de planeamento e implementação de intervenções com o objetivo de resolução de problemas, que culmina com a avaliação da eficácia das intervenções. Ainda segundo a autora supracitada, o julgamento clínico é influenciado pelo que o enfermeiro transporta para a situação, o conhecimento que detém do cliente, o contexto em que se insere, a diversidade de padrões de raciocínios que utiliza, enfatizando a reflexão sobre a prática como meio de desenvolvimento do conhecimento clínico e melhoria do raciocínio clínico.

Tanner (2006) distingue o conceito de julgamento clínico do de raciocínio clínico, sendo este último o processo pelo qual o enfermeiro realiza o seu julgamento através de um processo deliberado, gerando hipóteses de acordo com a evidência. Concordante com a complexidade do julgamento clínico referido por Tanner (2006), o modelo de julgamento apresentado pela *Internacional Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* [INACSL]<sup>5</sup> (2016) reflete a complexidade do desenvolvimento de habilidades necessárias, de forma a ultrapassar as habilidades básicas, e evoluir para a capacidade de julgamento e raciocínio clínico em grau superior, proporcionando a tomada de decisões segura, que assentem numa prática de enfermagem eficaz.

A intervenção de cuidados especializados à Sr.<sup>a</sup> M.C., com o diagnóstico clínico de Pneumonia e Insuficiência Respiratória Parcial, com a intercorrência de Ihe ter sido diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) no internamento hospitalar, foi crucial, possibilitando a sua capacitação, maximizando o seu autocuidado e incidido nos cuidados de gestão de permeabilidade das vias aéreas, processo iniciado após estabilização clínica, hemodinâmica e analítica da cliente. O julgamento clínico numa primeira instância foi o de não intervir devido à instabilidade da situação clínica da Sr.<sup>a</sup> M.C., sabendo à *posteriori* qual o melhor momento da tomada de decisão para iniciar as intervenções de reabilitação, evidência da experiência do EEER. Neste sentido, a avaliação, a elaboração dos diagnósticos de ER, o planeamento e implementação das atividades, as avaliações dessas mesmas atividades, juntamente com a reflexão sobre a situação, garantiram o sucesso do julgamento realizado, demonstrado pela eficácia na resolução de problemas.

Numa primeira intervenção não foram realizadas manobras acessórias, dado à instabilidade cardíaca recente e à terapêutica anticoagulante que realizava. De modo a dar resposta a um dos problemas de reabilitação identificados, a ineficácia da gestão da permeabilidade das vias aéreas, manifestada pela tosse ineficaz na mobilização de secreções, opta-se por uma drenagem postural modificada, uma vez que a clássica está contraindicada, tratando-se de uma cliente com dispneia e insuficiência cardíaca

<sup>5</sup> Define julgamento clínico como a arte de tomar decisões, baseadas em vários tipos de conhecimento, permitindo reconhecer aspetos relevantes ou mudanças em uma situação clínica, interpretar o seu significado, respondendo adequadamente, e refletir sobre a eficácia da intervenção. O julgamento clínico é ainda influenciado pelas experiências anteriores de resolução de problemas e pensamento crítico, enquanto o raciocínio clínico é definido como a capacidade de reunir e compreender dados sobre uma situação, fundamentados em conhecimentos, competências e atitudes, que após análise, permitem criar um diagnóstico e ser aplicado a novas situações (INACSL, 2016).

(Cordeiro & Menoita, 2014). A drenagem postural modificada ao utilizar declives menos acentuados é mais facilmente tolerada (Gomes & Ferreira, 2017), podendo o leito estar na horizontal ou com elevação do tronco, conforme a situação clínica do cliente (Heitor *et al.*, 2017). Os exercícios respiratórios executados em cada hemitorax foram realizados sob premissa desta última técnica, aumentando a sua eficácia (Cordeiro & Menoita, 2014). A atitude demonstrada para a efetividade terapêutica no presente caso, pela prevenção de ocorrência de incidentes e gestão de riscos, possibilitou a aquisição da **competência B3, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019).**

O processo para chegar ao julgamento clínico, o raciocínio complexo sustentado em princípios e métodos científicos, competências e atitudes levaram à compreensão dos dados sobre a situação, com a possibilidade de serem utilizados em novas situações (Marques, 2015).

De acordo com os diagnósticos de ER traçados, foi necessário, conjuntamente com a Sr.<sup>a</sup> M.C. e filho, delinear intervenções, tendo em conta as suas comorbilidades e preferências, de modo a adequar o melhor possível o planeamento das atividades. O sucesso das intervenções depende do conhecimento que se tem da cliente/família, numa visão de prestação de cuidados de forma individualizada, com a capacidade flexível e diferenciada de conhecer e interpretar aspetos relevantes de modo a responder adequadamente à situação, produzindo um bom julgamento clínico (Tanner, 2006).

As visitas do filho, preferencialmente no período da manhã, coincidiam grande parte das vezes com os cuidados de reabilitação. Pela relação terapêutica estabelecida pude perceber o quão satisfatório se tornou para ambos a minha intervenção no horário da visita do filho, conseguindo perceber a evolução da mãe, a qual também demonstrava maior empenho nas atividades desenvolvidas. É necessário não somente aprendermos aspetos fisiopatológicos da patologia, mas também a experiência desta para a cliente/família, tendo em conta as suas capacidades físicas, sociais e emocionais. Reconhecendo, desta forma, os requisitos universais do autocuidado da Teoria do Autocuidado de Orem (2001), na manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social ou na promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser 'normal'. Conceitos essenciais

na prestação de cuidados do EEER, pois espelham a realidade das intervenções e o sucesso das mesmas.

O plano de cuidados de reabilitação continha atividades sustentado num sistema de enfermagem apoio-educação, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), que a Sr.<sup>a</sup> M.C. conseguia realizar autonomamente após a minha intervenção, demonstrando as aprendizagens realizadas ao filho, sendo o mesmo integrado no processo quando possível.

As intervenções desenvolvidas tinham como objetivo capacitar a Sr.<sup>a</sup> M.C. no seu autocuidado, possibilitando menos gasto de energia nas AVD, de modo a possibilitar a sua autonomia e consequente melhoria da qualidade de vida, uma necessidade da cliente/família. Inicialmente demonstrava cansaço após lhe prestarem os cuidados de higiene, não conseguindo de seguida ser autónoma na alimentação. Após alguns dias de RFR a Sr.<sup>a</sup> M.C. não somente era autónoma na alimentação, após os cuidados de higiene, como ela própria participava no seu autocuidado higiene, lavando zonas do seu corpo, transpondo dum sistema totalmente compensatório para parcialmente compensatório, de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem (2001).

A consequente diminuição do aporte de oxigenoterapia e eficácia da tosse demonstrada levou à melhoria clínica e à eventual brevidade de alta clínica. Situação determinada por um adequado encaminhamento para domicílio, orientando e ensinando a cliente/família para o seu autocuidado, sendo detentora das capacidades necessárias, evocando o referencial da Teoria de Autocuidado de Orem (2001) pelo sistema de enfermagem de apoio-educação.

O estágio realizado na UMDR em muito proporcionou momentos de aprendizagem de excelência e aquisição de competências em outras Áreas de Investigação Prioritária (OE, 2015a), que não apenas no foco do estudo. A seleção do Estudo de Caso (Apêndice IV) na procura de preencher o conhecimento na multiplicidade de intervenção do EEER, de modo a particularizar os cuidados associados, foi conseguido com sucesso numa realização profissional e pessoal. O apoio pela Teoria do Autocuidado de Orem (2001), pelos requisitos universais de autocuidado, conseguindo identificar os sistemas de enfermagem totalmente ou parcialmente compensatório ou de apoio-educação delinearam o meu percurso de intervenção.

A Sr.<sup>a</sup> E.C., internada na UMDR, num processo de défice de autocuidado, em que o objetivo primordial é manter a sua vida, as suas capacidades físicas e psíquicas essenciais a cada ser humano (Orem, 2001), com necessidades incapazes de serem

satisfeitas pela mesma. A intervenção de ER sucede de modo a permitir a manutenção e desenvolvimento do funcionamento da cliente. Os diagnósticos traçados basearam-se numa avaliação individualizada e pormenorizada, recorrendo a instrumento de avaliação, escalas, que corroborassem a intervenção do EEER. A Sr.<sup>a</sup> E.C. não participou ativamente na decisão do processo de reabilitação devido aos défices neurológicos e cognitivos apresentados, não tendo de igual forma a participação da família em todo o processo, por ausência da mesma.

Para envolver ativamente a cliente nas intervenções de reabilitação foram criadas estratégias individualizadas que permitiram a adesão da Sr.<sup>a</sup> E.C., algumas das quais de forma criativa, possibilitadas pela relação terapêutica estabelecida.

No processo de reabilitação foi tido em conta o potencial de reabilitação da Sr.<sup>a</sup> E.C., com a mais valia de uma equipa interdisciplinar presente e eficaz, que segundo Branco (2017, p.30), “promove a colaboração da pessoa cuidada, melhora a sua satisfação, baixa a mortalidade, reduz a duração dos internamentos, diminui os custos e aumenta a satisfação laboral dos profissionais de saúde envolvidos”.

Os objetivos e intervenções de reabilitação realizadas tinham enfoque nos diagnósticos de mobilidade comprometida, défice do autocuidado alimentar-se, higiene pessoal e vestir/despir, atenção e memória a curto e longo prazo comprometidas, assim como a continência urinária e intestinal comprometida. Défices consequentes das alterações neurológicas identificadas devido ao AVC do hemisfério esquerdo, bem como ao Hematoma Subdural e Subaracnoídeo direito traumático, resultante da queda. A avaliação foi realizada em dois dias, devido à reduzida participação e tolerância por parte da cliente. Como refere Martins (2013), o exame neurológico pode requerer duas ou mais sessões de avaliação, dependendo da participação do cliente, uma vez que se torna um processo extenso, que contempla a história clínica, a aplicação de testes ou escalas, selecionados de forma a esclarecer as manifestações e avaliar o seu impacto na vida do cliente.

A primeira abordagem em todas as intervenções de reabilitação à Sr.<sup>a</sup> E.C. prendiam-se com a minha apresentação, para que a cliente me identificasse e reconhecesse da sessão anterior, no entanto, até ao final do estágio não foi capaz de referir o meu nome. Apesar de não me identificar pelo nome, criou-se um processo de empatia, possibilitado pelo conhecimento sobre a cliente, da capacidade de negociação nas intervenções estabelecidas, manifestando-se na sua participação e expressão facial ao longo do processo de reabilitação. O passo seguinte era explicar diariamente toda a intervenção com calma, pausadamente, com o objetivo da Sr.<sup>a</sup> E.C.

se concentrar em cada intervenção a realizar, de forma a concretizá-la de forma eficaz, e que a repetição das intervenções fosse interiorizada como processo de aprendizagem, sendo necessário sempre o estímulo para a ação a desenvolver. Varanda e Rodrigues (2017) destacam a forma repetitiva e sistemática da realização de exercícios, muitas vezes necessária para a obtenção de ganhos consistentes, estratégia utilizada na reeducação cognitiva, pois facilita a aprendizagem, bem como a relação de confiança estabelecida, que permite o conhecimento do cliente.

Diariamente, no autocuidado higiene pessoal e vestir/despir eram registados ganhos, quando a Sr.<sup>a</sup> E.C. conseguia lavar a cara, o tórax, as coxas, o períneo e escovar os dentes com o membro superior esquerdo, sempre acompanhado com o estímulo verbal. A utilização do membro superior direito em pegar na esponja do banho para lavar algumas zonas do corpo, ou o facto de conseguir colocar desodorizante na axila esquerda utilizando a mão direita, sendo necessário o estímulo para a ação, foram ganhos visíveis no seu autocuidado. Inicialmente a Sr.<sup>a</sup> E.C. necessitava de uma ajuda máxima segundo a MIF, necessitando ultimamente de uma ajuda moderada, existindo ainda restrição da sua mobilidade e transferência para a cadeira de duche assistido.

No défice do autocuidado alimentar-se o ganho nas intervenções estabelecidas foi alcançado mais rapidamente, uma vez que inicialmente uma das dificuldades era o défice de atenção em receber o estímulo da hora da refeição. A instrução e treino em pegar corretamente no talher, utilizando medidas de apoio, como a base antiderrapante ou o prato de bordo alto facilitaram o processo de reabilitação. É também nesta fase que se recorreram a atitudes terapêuticas como a facilitação cruzada, colocando o talher ou o copo no campo visual direito, de modo a minimizar o *neglet* que possa existir. Posteriormente, surge um problema relacionado com a rapidez de ingestão de alimentos, sendo necessário redimensionar a posição da Sr.<sup>a</sup> E.C. na mesa e um período de pausa entre os diversos pratos fornecidos na refeição. Na fase inicial do processo de reabilitação a Sr.<sup>a</sup> E.C. necessitava de uma ajuda moderada no autocuidado alimentar-se, de acordo com a MIF, necessitando atualmente de uma supervisão, não tendo capacidade de realizar compras e confeccionar as suas refeições.

Pela mobilidade comprometida a Sr.<sup>a</sup> E.C. necessitava de ajuda de duas pessoas na transferência, posteriormente com a necessidade de ajuda de apenas uma pessoa, de acordo com a Escala de *Berg* referente ao Estudo de Caso (Apêndice IV), alcançando-se objetivos como: a adequada postura corporal sentada; a melhoria

do equilíbrio estático sentado, conseguindo permanecer no final do processo de reabilitação por mais de 30 segundos; a participação no levantar, pela instrução e treino do levantar com a flexão do tronco; a melhoria da força muscular, de acordo com a *Medical Research Council Muscle Scale* e melhoria do tônus, de acordo com a Escala de *Ashworth* Modificada. Os referidos objetivos foram alcançados num *continuum* de sessões de reabilitação, realizadas periodicamente e principalmente no período da manhã, após os cuidados de higiene pessoal e o pequeno almoço, hora coincidente com toma de medicação analgésica, de modo a permitir tolerar as mobilizações do hemicorpo direito, o hemicorpo doloroso.

As sessões de mobilizações ao serem iniciadas pelo hemicorpo esquerdo, possibilitou maximizar o nível de concentração e participação da cliente, podendo ser representado pela diminuição da ansiedade no processo, não sendo quantificável, contudo, o seu fôlego demonstrava maior tolerância e empenho dando início à sessão pelo hemicorpo não doloroso. Após as mobilizações do hemicorpo direito era proporcionado à Sr.<sup>a</sup> E.C. um período de repouso na cama, uma negociação estabelecida no início da sessão como modo compensatório à sua participação, um princípio fundamental na reabilitação cognitiva (Varanda & Rodrigues, 2017), bem como a referência à hora do almoço, momento igualmente proveitoso para a cliente.

Foram encontradas estratégias para a participação da Sr.<sup>a</sup> E.C. nas sessões de reabilitação, desde a colocação de música consoante o seu gosto musical ou a contagem em voz alta do número de repetições das mobilizações, medidas adotadas para que a cliente participasse ativamente no processo com concentração máxima nos exercícios. Devido à concentração exigida, as sessões contemplavam apenas dez repetições, pois maior número de vezes dissipava a correta execução e concentração da Sr.<sup>a</sup> E.C.

Obtiveram-se ganhos não quantitativos em termos de amplitude, mas visualmente identificados, com a particularidade da Sr.<sup>a</sup> E.C. ser capaz de realizar mobilizações ativas de alguns segmentos do hemicorpo direito, quando estimulada. Como afirma Hesbeen (2003), os enfermeiros, podem de certo modo, ser consideradas especialistas do pormenor, obtendo ganhos por vezes difíceis de demonstrar, explicar ou medir. Seguindo o pensamento do autor que refere, o pormenor não é insignificante, na medida que é de maior importância para quem dele beneficia, fazendo a diferença em cada situação vivida.

O incentivo nas sessões de reabilitação motora não foi o único desafio neste processo, todo o processo de cuidar era um desafio sentido na prestação de cuidados

à Sr.<sup>a</sup> E.C. O treino cognitivo ou da memória a curto e longo prazo que se encontravam deficitários era realizado ao longo de vários momentos durante o dia, num processo de conversação, estratégia encontrada para a Sr.<sup>a</sup> E.C. participar, pois havendo um período específico de treino de capacidades, a sua desatenção não permitia o processo de reabilitação, ficando por vezes agressiva verbalmente. No processo de reabilitação cognitiva a regulação ambiental é um fator importante, de forma a respeitar o conforto físico, psíquico, ambiental e social do cliente (Varanda & Rodrigues, 2017). Foi então, que em vários momentos do dia, aquando o autocuidado higiene ou alimentar-se, por exemplo, a reabilitação cognitiva era realizada. Segundo Varanda e Rodrigues (2017), ao integrar o treino de AVD no processo de reabilitação cognitiva, possibilita não só verificar os progressos da reeducação como também a promove.

Também no período da tarde, antes da hora do lanche, de acordo com a tolerância da Sr.<sup>a</sup> E.C., eram proporcionados momentos com a utilização de produtos de apoio (jogos) que possibilitassem a sua reabilitação cognitiva, mais uma vez com o incentivo da hora do lanche, como medida compensatória. O sucesso deste processo prende-se com pequenos pormenores, bastante significativos para a cliente e própria equipa, pois no final do estágio a Sr.<sup>a</sup> E.C. conseguiu identificar a ausência do filho, por se encontrar no Brasil a trabalhar. Mencionando Hesbeen (2003), os pequenos pormenores, por muito pouco sofisticadas e espetaculares que sejam, fazem parte da vida das pessoas, e com isto, necessários à promoção da sua saúde. São estas pequenas coisas que dão sentido à vida, que alimentam a esperança “aquele que salva”, pois são a prova do profissionalismo que requer (Hesbeen, 2003, p.87).

A eficácia do processo e os ganhos obtidos devem-se ao empenho da equipa interdisciplinar presente nesta Instituição, que em prol da cliente delinearam objetivos em conjunto, adequados ao potencial da cliente/família, para a melhoria do seu processo de saúde.

Referente à incontinência urinária, identificada no processo de avaliação de reabilitação, verifica-se um resultado eficaz sobre as intervenções realizadas, manifestado pela diminuição do número de ocorrência de incontinência, associado a terapia comportamental, que segundo Redol e Rocha (2017) apresentam resultados muito positivos. A incapacidade de verbalizar o estímulo devido ao seu défice neurológico, bem como à sua incapacidade funcional motora resultante da mobilidade comprometida eram os problemas major nesta necessidade identificada. A

intervenção de reabilitação incidiu no treino de hábitos, criando horários padronizados, em que a cliente iniciou um padrão de eliminação vesical com horários definidos, com intervalos ideais de duas a três horas, e pela redução da ingestão hídrica, de cerca de 20 a 30% a partir das 18 horas (Redol & Rocha, 2017). Antes de dormir e após acordar, transferia-se a cliente até ao sanitário, bem como antes e após as refeições, de modo a criar um hábito na Sr.<sup>a</sup> E.C., com reforço positivo após cada sucesso obtido, quer permaneça seca ou urine na casa de banho (Redol & Rocha, 2017). Foi evidente a evolução, conseguindo manter ultimamente a fralda limpa durante o período diurno, verificando-se também menor quantidade ou ausência de urina na fralda no período noturno.

A reeducação da função da eliminação intestinal deve ser individualizada, construída a partir de uma avaliação pormenorizada sobre as queixas, limitações e hábitos, com o objetivo de estabelecer um trânsito intestinal previsível (Redol & Rocha, 2017). No entanto, o défice de conhecimento sobre o padrão de eliminação da cliente e a incapacidade da mesma verbalizar queixas, pelos défices expressos, optou-se por se ter em conta o reflexo gastrocólico, promovendo o padrão de eliminação intestinal após as refeições, com deslocações à casa de banho (Redol & Rocha, 2017).

Aquando da reunião de avaliação por parte da equipa interdisciplinar, onde se definem e reveem os objetivos e estratégias de tratamento (Branco, 2017), afluiu-se a certeza da necessidade de integração social da Sr.<sup>a</sup> E.C., sem apoio familiar, com processo jurídico em curso para obter os seus bens materiais. O passo seguinte foi referenciar a Sr.<sup>a</sup> E.C. para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), promovendo o seu funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser 'normal', de acordo com os requisitos universais de autocuidado da Teoria do Autocuidado de Orem (2001).

Ao refletir sobre o percurso da Sr.<sup>a</sup> E.C. e sobre o encaminhamento delineado surgiu um sentimento de frustração, pela possível não continuidade da reeducação da cliente, nos diversos domínios de reabilitação, o que iria fazer com que a Sr.<sup>a</sup> E.C. regressasse face às conquistas alcançadas. À luz do que Hesbeen (2003) expõe sobre o respeito pelo projeto de vida da pessoa, o que implica que não se pense por ela, de modo a não confundir o desejo de quem recebe cuidados e de quem os presta. Contudo, e ainda referindo o autor, aceitar o projeto da pessoa não deve levar a que o prestador de cuidados desista, mas sim a compreender uma nova missão.

As intervenções ao longo dos contextos de estágio, algumas delas expressas no presente relatório, concomitantemente com momentos de reflexão e momentos partilhados com a enfermeira e docente orientadora em discussões informais, fomentaram a aquisição de competências específicas em ER, no **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 de/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).**

Este processo de formação, permitiu delinear o meu perfil enquanto futura EEER, trazendo implicações tanto a nível profissional, como pessoal. O desenvolvimento de saberes e pensamento crítico foi potenciado pela diversidade de experiências que tive ao longo do estágio, numa procura pela complexidade das situações, de forma a melhorar a minha *performance* para o futuro que se desafia.

Foram inúmeras as aprendizagens possibilitadas em campo de estágio, e não somente a experiência técnica, pela realização de exercícios de reabilitação. O enriquecimento na aplicabilidade das intervenções implementadas, de acordo com os diagnósticos identificados ganham significado na particularidade de cada cliente e no método como se desenvolvem as intervenções. Pois, segundo Barata (2017), o EEER deve ter a capacidade não apenas de aplicar as mesmas técnicas perante um mesmo diagnóstico, mas de delinear a sua estratégia de ação em função da situação que encontra. Já Hesbeen (2003) evidenciava o espírito da reabilitação, não podendo limitar-se à descrição das suas técnicas, mas às características especiais que levam à capacidade de cada profissional mudar a visão dos factos, ajustando-a e analisando-a de forma a melhorar a ação em função das situações humanas que se apresentam.

## **2.4 – Prestar cuidados de ER à pessoa/família com patologia respiratória crónica que visam capacitar, otimizar e maximizar o seu autocuidado**

Os campos de estágio selecionados foram enriquecedores na aplicabilidade da temática em estudo. Numa primeira instância, a relevância de clientes com patologia respiratória crónica internados na unidade hospitalar, por agudização da mesma, ou sendo esta uma das suas comorbilidades, com necessidades específicas nos seus cuidados foi um desafio a cada dia.

No campo de estágio hospitalar, relembro os cuidados de reabilitação prestados ao Sr. J.P., com diagnóstico clínico de Pneumonia de Aspiração, tendo sofrido um AVC do hemisfério cerebral esquerdo há cerca de 10 anos, como sequelas atualmente duma tetraparésia (grau 1 de acordo com a *Medical Research Council Muscle Scale*) espática (grau 3 de acordo com a Escala de *Ashworth* Modificada), afasia e disfagia a sólidos e líquidos. A intervenção precoce de cuidados diferenciados de reabilitação incidido na área respiratória, possibilitou ao Sr. J.P. readquirir a sua funcionalidade, o que se verificou pelo reduzido tempo de internamento, contrapondo com outras realidades observadas.

No momento da alta clínica o Sr. J.P. não necessitava de aporte contínuo de oxigenoterapia, apresentava uma adequada gestão da permeabilidade da via aérea, sem necessidade de aspiração de secreções, com a particularidade da necessidade de sonda nasogástrica para hidratação e alimentação entérica, visando minimizar episódio de reinternamento, por risco de aspiração e/ou alteração da deglutição. Desta situação, e sem encontrar, face à evidência científica, estudos que corroborem esta efetividade, apenas posso demonstrar o resultado obtido como garantia à efetividade, ou seja, no impacto que os cuidados de reabilitação prestados trouxeram ao cliente (Amaral, 2014).

As intervenções realizadas foram baseadas num sistema totalmente compensatório segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), visando os requisitos universais de autocuidado, conseguindo preservar a integridade de alguns dos sistemas como a manutenção de inspiração de ar suficiente e a manutenção e ingestão suficiente de água e alimentos.

Avaliados os dados objetivos e exames complementares de diagnóstico, a intervenção de ER incidiu na correção postural, pela depressão de ambos os ombros, permitindo uma simetria corporal, propícia a uma melhor ventilação (Heitor *et al.*, 2017). A consciencialização dos tempos respiratórios, de difícil aplicabilidade no caso

do Sr. J.P., devido ao déficit neurológico e de participação, foi enunciada como uma medida sensitiva (visual quando eu demonstrava, tátil quando tocava no nariz/lábios do Sr. J.P. ou auditiva referindo o momento de inspiração/expiração), facilitadora ao processo de comunicação, quer pelo estabelecimento de códigos de comunicação, quer pela gesticulação realizada (Varanda & Rodrigues, 2017), medidas também observadas no enfermeiro orientador. Pois estando a comunicação verbal comprometida, deve evidenciar-se uma comunicação não verbal, pela utilização de estratégias comunicacionais, num processo orientador da linguagem (Sousa, 2005).

Na reeducação diafragmática da porção posterior visando o desenvolvimento da força e amplitude do diafragma, promovendo a ventilação das bases dos pulmões (Olazabal, 2003), foi necessário novamente a introdução de um estímulo tátil, pela pressão manual exercida, como meio de estímulo para a consciencialização do exercício (Cordeiro & Menoita, 2014). A reeducação costal global, que promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar, pela extensão/flexão dos membros superiores, afastados à largura dos ombros, em sincronia com a inspiração/expiração (Cordeiro & Menoita, 2014), foi adequado enquanto técnica às características do cliente, pela assistência na elevação dos membros superiores.

As vibrações, a manobra acessória selecionada, auxiliou na mobilização de secreções da árvore brônquica em direção aos brônquios de maior calibre, devido aos movimentos oscilatórios e rítmicos provocados na parede torácica na fase expiratória, que permitiram fluidificar o muco (Cordeiro & Menoita, 2014). Contudo, no caso do Sr. J.P., foi necessário proceder à aspiração de secreções, um processo invasivo, realizado pela via oral, devido à tosse e eliminação de secreções ineficaz (Cordeiro & Menoita, 2014). A técnica realizada foi auxiliada pela introdução do tubo orofaríngeo, adjuvante da permeabilidade das vias aéreas superiores, permitindo assim uma maior eficácia na aspiração, dada à pouca participação do cliente, evitando ainda possíveis lesões traumáticas na inserção da sonda de aspiração pela via nasal, sendo a aspiração nasotraqueal desconfortável e cansativa para o cliente (Gronkiewicz & Coover, 2011). Após esta técnica invasiva é importante um período de repouso, na medida em que o ar é de igual modo aspirado, reduzindo o conteúdo aéreo nos pulmões (Cordeiro & Menoita, 2014).

Foi, ainda, importante a frequente alternância de decúbitos como meio de drenagem de secreções (Heitor *et al.*, 2017), visando o seu bem-estar, evitar a

exaustão, e promover a eficácia do objetivo pretendido, permeabilizar as vias aéreas pela mobilização de secreções.

A particularidade do caso explicitado, para atingir as competências propostas, ganhou significado pelas características do Sr. J.P., os défices neurológicos que apresentava e conseqüente limitação à participação no processo de reabilitação. O desafio perante esta situação de cuidados possibilitou a aquisição de estratégias e técnicas comunicacionais, importantes aspetos a adquirir, fazendo face às exigências encontradas no processo de reabilitação.

A relação terapêutica estabelecida com o Sr. J.P. permitiu perceber determinadas expressões faciais de cansaço, tolerância aos exercícios e simplesmente de reconhecimento para comigo, evidenciando pequenos sinais, como um franzir de testa quando estava cansaço, um piscar de olhos de tolerância ou um esboço de sorriso quando me aproximava. Desta primeira experiência retiro a essência dos cuidados de reabilitação, **cuidar de pessoas com necessidades especiais, capacitar pessoas com deficiência e/ou limitação da atividade, maximizando a funcionalidade da mesma (Regulamento n.º 392/2019).**

Uma das oportunidades que pude experienciar, que enriqueceu o meu conhecimento, foi a prestação de cuidados ao Sr. V.A., internado por EAM e a aguardar cirurgia cardíaca. A RFR no cliente do foro cirúrgico tem como finalidade preparar o cliente para a intervenção, prevenir e corrigir complicações, de modo a obter uma recuperação funcional o mais rápida e completa possível (Heitor *et al.*, 2017). Segundo os mesmos autores, a RFR está indicada em todas as intervenções cirúrgicas, sobretudo na torácica e abdominal, devido às repercussões sobre a mecânica ventilatória. A reabilitação respiratória tem sido um recurso na prevenção/recuperação dos clientes submetidos a este tipo de intervenções cirúrgicas, pela utilização de técnicas que melhoram a mecânica ventilatória, promovendo a reexpansão pulmonar, revertendo atelectasias adquiridas devido à alteração dos volumes pulmonares, mantendo ou promovendo a gestão da permeabilidade das vias aéreas (Zangerolamo *et al.*, 2013).

A reabilitação respiratória na fase pré-operatória ao cliente submetido a cirurgia cardíaca revela-se uma componente essencial, pela adequada avaliação do cliente e ensino realizado, reduzindo a ansiedade presente nesta etapa (Miranda, Padulla & Bortolatto, 2011). O ensino pré-operatório, as informações sobre as restrições no pós-cirúrgico, a técnica de transferência cama/cadeira e a importância dos exercícios respiratórios e físicos aceleram o processo de recuperação no pós-operatório (Saglam

*et al.*, 2008). De acordo com os autores, o fortalecimento da musculatura respiratória produz ganhos efetivos na diminuição de complicações pós-operatórias, pelo que, a reabilitação respiratória é crucial nesta fase. Pela evidência científica disponível, a reabilitação respiratória apresenta um efeito positivo na melhoria da qualidade do desempenho da função respiratória ao cliente submetido a cirurgia cardíaca (Shakouri *et al.*, 2015).

A RFR ao Sr. V.A. foi fundamental, uma vez, também considerado um cliente de risco, por apresentar uma patologia respiratória crônica prévia (Heitor *et al.*, 2017), dado já existir uma obstrução que aumenta a resistência à passagem do fluxo de ar, reduzindo a ventilação alveolar, determinando a presença de áreas mal ventiladas que vão originar vasoconstrição, e assim aumentar a probabilidade de desenvolver complicações pós-operatórias (Isaías, Sousa & Dias, 2014). Assim sendo, para os autores, no pós-operatório o cliente apresenta um elevado risco para complicações pulmonares devido ao aumento de secreções, à redução da expansão pulmonar e à depressão do centro respiratório, existindo potenciais fatores como a anestesia, a analgesia e a dor.

O empenho do Sr. V.A., manifestado pela vontade de aprender, e o incentivo e participação da sua esposa em muito contribuíram para a eficácia da RFR realizada, juntamente com a empatia estabelecida entre mim e o cliente/família. Deste processo resultou um melhor conhecimento do processo que adviria, reduzindo fatores de ansiedade pelo ensino prévio de atitudes a tomar no pós-operatório. Heitor *et al.* (2017) realçam a importância do treino pré-operatório que permite melhorar a compreensão e participação do cliente, facilitando o processo de aprendizagem no pós-operatório.

A intervenção ao Sr. V.A. incidiu num sistema de enfermagem de apoio-educação, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001). O ensino realizado sobre as posições de descanso e relaxamento, possibilitando a redução da tensão psíquica e muscular, de forma a reduzir a sobrecarga muscular, facilitou a participação do cliente pelo controlo da respiração (Isaías, Sousa & Dias, 2014). Segundo os autores, a respiração diafragmática ao favorecer a expansão das bases pulmonares, que estão mais sujeitas a atelectasias e infeções, diminui a probabilidade destas ocorrências. O ensino da tosse com contenção da ferida operatória, como método de diminuir a dor e possibilitar a permeabilidade das vias aéreas, pois uma das complicações mais frequente é a retenção de secreções e sua consequência (Heitor *et al.*, 2017).

A introdução do espirómetro de incentivo é de igual modo pertinente na fase pré-operatória, uma vez que este dispositivo possibilita a reexpansão pulmonar, mantém a permeabilidade das vias aéreas e possibilita o fortalecimento da musculatura respiratória (Cordeiro & Menoita, 2014). De acordo com os recursos disponíveis utilizados, o espirómetro de incentivo é dos mais utilizados, devido ao seu baixo custo e à sua prática utilização, sendo considerado como coadjuvante na reabilitação respiratória, com incidência na reexpansão pulmonar (Zangerolamo *et al.*, 2013). Contudo, ainda segundo os autores, pelo estudo realizado com o objetivo de avaliar o efeito da reabilitação respiratória associada ou não ao espirómetro de incentivo, estes constataram que a utilização do dispositivo não promoveu benefícios adicionais à reabilitação respiratória, relativamente à restauração da CV.

As intervenções realizadas em muito contribuíram para o processo da aprendizagem, permitindo consolidar conhecimentos e acionando horizontes ao meu processo de conhecimento/intervenção, estruturando um plano de cuidados direcionados ao cliente/família, tendo sido a componente educativa um processo essencial neste caso, visando **capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 392/2019)**.

A aplicabilidade do Projeto no campo de estágio na UMDR incidiu sobretudo em clientes que apresentavam como comorbilidade a patologia respiratória crónica, essencialmente a DPOC.

A intervenção de reabilitação ao Sr. J.L., que apresentava risco de inadequada gestão da permeabilidade das vias aéreas, um cliente com DPOC, partiu dum sistema de apoio-educação pela Teoria do Autocuidado de Orem (2001), de manutenção de inspiração de ar suficiente, como um dos requisitos universais do autocuidado, pelo ensino da tosse realizado.

Em todas as intervenções realizadas ao Sr. J.L. foram respeitadas as premissas que regem os cuidados de reabilitação respiratória, com a mais valia da participação do cliente, realizando-se alguns dos exercícios em posição sentado, como a reeducação costal global, com a utilização do bastão, de modo a melhorar a ventilação e a oxigenação, bem como a mobilidade torácica, com ênfase no tempo expiratório por se tratar de um cliente com DPOC (Heitor *et al.*, 2017).

Foram avaliados os conhecimentos do cliente/família sobre a terapêutica inalatória, uso adequado dos dispositivos inalatórios (terapêutica pressurizada) e uso adequado de câmara expansora, um dos tratamentos mais eficazes, no caso da

DPOC e patologias respiratórias que apresentem acumulação de secreções brônquicas, quando corretamente executadas (Cordeiro, 2014).

Cada sistema tem a sua técnica de inalação, sendo essencial uma execução correta com vista à maximização da terapêutica (Aguilar *et al.*, 2017). Pois, segundo a DGS (2017b), a sua incorreta utilização pode determinar o descontrolo da patologia, com implicações na qualidade de vida do cliente, pelo aumento de possíveis episódios de agudização, o que se traduz em recorrentes internamentos e conseqüente aumento dos custos globais. Daí a importância para a efetividade dos resultados obtidos, com a capacidade de o cliente demonstrar uma adequada gestão da permeabilidade das vias aéreas, reconhecendo a necessidade de intervenções, demonstrando uma técnica de tosse eficaz, utilizando técnicas de reeducação respiratória e/ou dispositivos que ajudem a mobilizar secreções, compreendendo ainda, a utilização adequada de broncodilatadores (Gronkiewicz & Coover, 2011).

Foi importante evocar o modo correto de utilização do inalador pressurizado doseável ao Sr. J.L. e cuidador informal, de modo a maximizar a terapêutica, revendo normas de utilização como: aquecer o dispositivo à temperatura corporal, proceder à sua agitação, efetuar previamente uma expiração lenta, começar a inspirar lentamente e ativar o dispositivo, continuar a inspiração até aproximadamente 3 a 5 segundos, realizar uma pausa inspiratória durante aproximadamente 10 segundos, realizar posteriormente uma expiração forçada (DGS, 2017b).

Embora a utilização deste tipo de inaladores não seja de todo desconhecida para mim, o processo de ensino ao cliente/família é um processo que realizo com alguma satisfação pessoal e profissional, uma vez que o tempo requerido para este processo é algo moroso, devendo ser respeitadas algumas particularidades referente ao processo de comunicação, como ambiente calmo, tom de voz regular, muitas das vezes difícil de conseguir no meu local de trabalho.

A monitorização de conhecimentos, o ensino, a instrução e o treino sobre as técnicas a realizar, de acordo com os objetivos individuais do cliente/família no seu projeto de saúde possibilitam **maximizar a sua funcionalidade pelo desenvolvimento das suas capacidades (Regulamento n.º 392/2019).**

O processo de reabilitação é caracterizado por um procedimento complexo, que se inicia na identificação de problemas, no planeamento das intervenções, conceção do plano, posterior execução de atividades e finalmente avaliação dos resultados obtidos. Segundo Barata (2017), estas diretrizes são linhas orientadoras para um

plano de ação consistente e com bases científicas, o qual deve possuir como característica a flexibilidade, pela possibilidade de reajustar o planejamento face à evidência dos melhores resultados. Foi na sequência deste processamento que se desenvolveram as competências nos locais de estágio. Como afirma a autora supracitada, o desenvolvimento de competências por parte do EEER não se deve dissociar desta metodologia, alicerçada na pesquisa contínua sobre a evidência científica.

A obtenção e desenvolvimento das competências propostas permitiram a liderança face ao processo de reabilitação, no cuidar, capacitar e maximizar o cliente/família, de modo a reduzir o impacto da patologia respiratória crônica, de acordo com os casos mencionados, promovendo a sua saúde, pela melhoria da sua funcionalidade. Nelson (2011) destaca o papel de liderança do EEER na prevenção de eventos adversos sensíveis à enfermagem, como o caso das infecções.

### 3 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

O presente Relatório norteado pelo Projeto de Estágio, inicialmente desenvolvido, possibilitou a descrição, análise e reflexão das aprendizagens realizadas ao longo dos contextos de estágio, evidenciando as competências adquiridas de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019). As situações destacadas no capítulo anterior incitaram a aquisição de competências referente à aquisição do grau de mestre, grau académico que pretendo adquirir, na especificidade de conhecimento e capacidade de compreensão e sua aplicabilidade, na realização de julgamentos ou tomada de decisões, na comunicação realizada e nas competências de autoaprendizagem (Decreto-Lei 107/2008).

O estágio realizado foi essencial na formação académica, proporcionando a aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como a consciencialização da identidade do EEER, um profissional de referência nos cuidados de saúde, pela intervenção desenvolvida ao cliente/família na promoção da sua saúde e prevenção da doença, num *continuum* de cuidados e sua reintegração na sociedade. O enfermeiro especialista, segundo um dos critérios de avaliação, age como dinamizador e gestor da implementação de novo conhecimento na sua prática de cuidados, visando ganhos em saúde para os cidadãos (Regulamento n.º 140/2019). Os conhecimentos científicos em que se baseia, assegura cuidados de reabilitação à pessoa incapacitada, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitam eliminar, atenuar ou ultrapassar as barreiras, proporcionando o autocuidado, que relaciona as capacidades de ação do cliente/família e suas necessidades (Hesbeen, 2003).

A inquietação sentida, desde o primeiro campo de estágio, sobre as dificuldades ou constrangimentos encontrados durante o percurso, e consequente necessidade de compreensão e adoção de estratégias de resolução de problemas direcionou um dos jornais de aprendizagem (Apêndice VIII), fomentado pela docente orientadora, para uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Segundo Pereira e Rito (2015), a análise SWOT em contexto de aprendizagem e desenvolvimento de competências associado à prática clínica é uma ferramenta útil na avaliação de situações, pela capacidade de extração de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Compreendendo os aspetos

facilitadores ou dificultadores da aprendizagem mais facilmente se consegue adquirir a competência proposta, existindo, contudo, fatores intrínsecos e extrínsecos<sup>6</sup> que podem facilitar ou dificultar esse processo (Pereira & Rito, 2015).

Em ambos os contextos de estágio posso indicar como pontos fortes, a relação interpessoal estabelecida com a equipa e cliente/família, pelos pré-requisitos pessoais e profissionais que traduzem a minha personalidade, e os enfermeiros orientadores e docente orientadora, pela partilha de conhecimento que viabilizaram (fatores facilitadores extrínsecos). Os referidos locais de estágio foram uma oportunidade ao desenvolvimento de competências, pela diversidade de aprendizagens que me proporcionaram.

Os pontos fracos encontrados, foram relacionados com a capacidade de gestão dos cuidados e consequente gestão de tempo para a realização das intervenções de reabilitação, e especificamente na posterior obtenção dos resultados esperados.

Os instrumentos de recolha de dados, que permitem quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção do EEER (OE, 2016), foram inicialmente sentidos como ameaça. No processo de avaliação do cliente com necessidades de reabilitação são utilizadas escalas que permitem aferir dados importantes sobre as suas limitações e necessidades, de forma a determinar e priorizar as intervenções a realizar. Identificando à *priori* os instrumentos de recolha de dados, a sua aplicabilidade era sentida como um fator de *stress*, devido à inexperiência sentida na sua utilização. O progressivo treino da sua aplicabilidade e o reforço das técnicas de comunicação utilizadas, como pré-requisito (fator facilitador intrínseco), foi o modo de ultrapassar esta ameaça, tornando-se um ponto forte no estágio da UMDR, pela maior destreza evidenciada, colocando-me o desafio de avaliações a clientes menos participativos ao processo, como elucidado no Estudo de Caso (Apêndice IV). O sucesso na aplicabilidade de instrumentos e na avaliação pormenorizada realizada conduziram ao sucesso desta etapa. Contudo, a particularidade de cada cliente, levou à necessidade de evocar criatividade nos exercícios realizados, um constante desafio sentido.

A gestão do tempo para a realização de cuidados de reabilitação, destacada como ponto fraco, foi atempadamente resolvida. Alcançado o período de integração,

<sup>6</sup> Os fatores intrínsecos são alusivos às características pessoais e individuais de cada estudante, enquanto que os fatores extrínsecos são determinados pelas características da organização, da instituição enquanto estrutura dinâmica e pelas características e personalidade do orientador (Pereira & Rito, 2015).

essencial para o conhecimento da equipa e dinâmica da mesma, consegui gerir os meus cuidados face ao fator gestão de tempo, não descurando as preferências do cliente. Neste sentido, foram encontradas estratégias suportadas pela orientação do EEER, como por exemplo no caso citado do Sr. J.P., que necessitava de alternância de decúbitos regular para uma adequada drenagem postural, prestando cuidados de reabilitação a outro cliente entre estas intervenções. Ou por exemplo, na estratégia adotada de recolher os dados precisos em primeira instância, no início de cada turno, devido a estes serem registados em suporte de papel e muitas das vezes não estarem ao alcance pelo constante manuseamento do processo por parte da equipa multidisciplinar.

A gestão dos cuidados de reabilitação, na referência à visibilidade de obtenção de ganhos, foi denunciada como ponto fraco pela frustração muitas vezes sentida no não acompanhamento progressivo do processo de reabilitação do cliente. O curto internamento do cliente, ou a ausência diária em campo de estágio, pela dificuldade sentida em adequar o horário com o enfermeiro orientador, de acordo com a minha atividade profissional, foram fatores extrínsecos que dificultaram a evidência dos resultados obtidos. Como exemplo, de não ter estado presente no momento do levante da Sr.<sup>a</sup> M.C., após indicação clínica, visando a monitorização de estratégias que melhorariam a técnica, de modo a conservar energia, ou, no momento da alta da cliente, de forma a reforçar os ensinamentos já realizados. Nas intervenções realizadas ao Sr. V.A., que se encontrava a aguardar cirurgia cardíaca, não consegui de igual modo avaliar os resultados das intervenções realizadas, que iriam potenciar a sua recuperação no pós-operatório.

Estes momentos foram sentidos com alguma frustração, pela incapacidade de cessar o programa de reabilitação estabelecido, surgindo questões sobre o que poderia ter feito de modo diferente. Provavelmente, estas variáveis não são absolutamente controladas. Posso depreender o quão pertinente é a existência contínua de elementos diferenciadores no seio da equipa, que promovam a continuidade dos cuidados de reabilitação, dando visibilidade aos ganhos obtidos, e minimizem possíveis sentimentos de frustração em relação aos cuidados prestados, assegurando o plano de intervenção de reabilitação.

Contudo, os fatores como a gestão do tempo ou dos próprios cuidados de reabilitação deixam de ser considerados como pontos fracos ao processo de aprendizagem no campo de estágio na UMDR. A constante validação do sucesso obtido nas intervenções realizadas, pela observação diária ou avaliação final do

processo de reabilitação estabelecido comprovaram o contributo da minha intervenção enquanto futura EEER. A facilidade de gestão do horário académico, em conjunto com a atividade profissional, fez com que evitasse longos períodos de ausência no campo de estágio e possibilitasse uma melhor visibilidade na evolução do cliente.

Como referido, anteriormente, os campos de estágio possibilitaram enriquecer o conhecimento sobre os cuidados de reabilitação, pelas oportunidades de casos e diversidade de intervenções aplicadas, possibilitando atingir as competências propostas. O campo de estágio hospitalar preferencialmente direcionado ao cliente do foro respiratório, com aplicabilidade do Projeto, possibilitou a aquisição de bases sólidas nesta área do conhecimento, manifestada na segurança dos conhecimentos científicos adquiridos e expressos no campo de estágio seguinte. O campo de estágio na UMDR, uma oportunidade inovadora, abrindo horizontes da intervenção do EEER, num contexto de continuidade de cuidados pós alta hospitalar e pelos conhecimentos adquiridos e intervenções realizadas ao cliente, essencialmente, do foro neurológico, despertaram uma paixão e interesse nesta área do conhecimento.

Os enfermeiros orientadores, equitativamente a docente orientadora, potenciaram o êxito em ambos períodos de estágio, pelo incentivo na pesquisa, na análise da evidência científica e reflexão sobre as intervenções, na certeza de adequar os cuidados realizados a cada cliente/família.

As reflexões realizadas ao longo deste processo foram à *priori* consideradas como ameaças, devido à dificuldade de transpor as ideias, pensamentos e conhecimentos para o papel. A professora orientadora tendo conhecimento desta minha dificuldade encorajou-me para a realização de reflexões, no sentido de melhorar esta lacuna do processo de aprendizagem, uma vez que a reflexão crítica é necessária para o “aprender a aprender” (Hesbeen, 2003, p.118).

A necessidade de delimitar as ameaças e maximizar as oportunidades possibilitou o sucesso da aprendizagem, medida essencial para a concretização dos objetivos propostos e uma referência para aprendizagens futuras.

A realização da análise SWOT realizada em campo de estágio (Apêndice VIII), ajudou-me a compreender melhor cada situação, minimizando sentimentos de frustração e incapacidade, valorizando os fatores facilitadores ao processo, na tentativa de melhorar as oportunidades de aprendizagem (Pereira & Rito, 2015). Esta reflexão facilitou o processo de aprendizagem para a etapa seguinte, na UMDR, pela consciencialização das dificuldades sentidas e tentativa de resolução das mesmas,

exaltando as características facilitadoras ao processo, os pré-requisitos de comunicação e conhecimento científico, desafiando e superando as ameaças e beneficiando as oportunidades.

Sem antes evidenciar as aprendizagens referentes ao estágio de observação realizado, devido ao seu cariz, a obtenção de competências foi atingida de forma 'macro', não redutora ao processo de aprendizagem, uma vez que contribuiu para aperfeiçoar as 'micro' competências discriminadas ao longo do Relatório. Desta forma, e estando num processo reflexivo de pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades referentes ao processo de aprendizagem, evidenciarei uma breve reflexão sobre o percurso realizado na ECCL, tendo sido esta experiência considerada como uma oportunidade, pela complementaridade de conhecimento adquirido.

No curto período de estágio de observação na ECCL, numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Lisboa Norte, que presta cuidados em contexto natural do cliente/família, pude constatar a abertura e disponibilidade do cuidador informal em participar no processo de reabilitação, tentando ultrapassar, muitas das vezes, carências económicas evidentes. Este fenómeno é motivado pela intervenção e experiência do EEER, um elemento dinamizador na continuidade de cuidados ao cliente com necessidades de reabilitação. Como referência Hoeman (2011), o EEER tem um papel decisivo na deteção de problemas do cliente/família, assegurando recursos para a continuidade de cuidados domiciliários.

A autonomia do EEER foi notória, quer no planeamento de intervenções, quer na gestão dos recursos existentes, tendo um leque de conhecimentos acerca dos recursos disponíveis e a melhor forma de os adequar ao cliente/família. Desta forma, o EEER avalia o subsistema que influencia cada cliente/família inserida numa comunidade, capaz de implementar um programa de reabilitação eficaz, que responda às necessidades identificadas (Hoeman, 2011).

Contrário ao já experienciado, as famílias que observei na comunidade eram bastante participativas no processo de reabilitação, umas das intervenções que considero pouco desenvolvida ao longo deste percurso, evidenciada como ponto fraco. Pois no decorrer do estágio deparei-me com famílias pouco participativas ao processo de reabilitação. Martins, Martins e Martins (2017) afirmam inclusive que muitas vezes é difícil encontrar um membro disponível para cuidar. Contudo, o elemento 'família' é essencial ao processo de reabilitação, tendo o EEER como principal objetivo o ensino ao cuidador, numa visão que deve abranger duas perspetivas, uma direcionada ao "cuidador enquanto pessoa, outra na situação de

quem vai ser a pessoa cuidada e a sua circunstância” (Martin, Martins & Martins, 2017, p.73). Além de que, segundo Gronkiewicz e Coover (2011), quando a família participa nos cuidados, ainda quando o cliente se encontra na instituição de saúde, estão mais aptos a aprender de forma descontraída.

No seio da equipa da UCC, cada elemento é diferenciador, partilhando conhecimentos em prol do bem-estar do cliente/família, com a mais valia da figura de gestor de caso, o que promove autonomia ao EEER, um elo de ligação com a comunidade, que objetiva o trabalho da equipa multidisciplinar, prevê a capacitação do cliente/família, e providência a gestão adequada das necessidades e recursos. Um processo complexo que em tempo útil não consegui observar, evidenciando apenas os resultados dessa intervenção.

Algumas das dificuldades que observei neste período prendiam-se, essencialmente, com as deslocações aos domicílios, nem sempre de acesso fácil e distantes uns dos outros, com necessidade de partilhar transporte com outros pares. A experiência e carácter do EEER (fator facilitador intrínseco) garantiam uma adequada gestão do tempo, de acordo com as necessidades do cliente/família e os recursos disponíveis, valorizado pelo seu método de intervenção diferenciador em cada processo de reabilitação.

## 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso académico realizado desencadeou a mudança no modo de pensar e agir enquanto profissional, transpondo, ainda, para o campo pessoal. O constante desafio, essencialmente, na transferência do conhecimento científico adquirido e sua aplicabilidade em campo de estágio originaram reflexões sobre as intervenções realizadas, possibilitando um crescimento profissional e pessoal, pelo fortalecimento na capacidade de argumentação e destreza na análise das situações. A reflexão foi essencial no percurso de aprendizagem para a obtenção das competências propostas e desenvolvimento das intervenções em ER. Procurei, desta forma, assegurar as competências desenvolvidas baseando a minha prática sobre a excelência da prestação de cuidados, pela responsabilidade profissional e sobre os direitos e deveres éticos e deontológicos inerentes ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b).

A responsabilidade acrescida que sinto em dar resposta face às exigências do quotidiano profissional fundamentada em conhecimentos científicos é hoje uma constante nos meus cuidados, como de igual modo é o olhar distinto enquanto cidadã perante as barreiras encontradas na sociedade. Em termos profissionais, e enquanto futura EEER, consigo apreender o progresso na identificação de sinais e sintomas que requerem intervenção especializada, que anteriormente enquanto enfermeira generalista não era sensível. A aquisição de conhecimentos, pelos conteúdos disponibilizados nas Unidades Curriculares e a atualização dos mesmos, face à evidência científica, assegurou a minha prestação diária de cuidados, enquanto estudante, despertando um olhar distinto face ao cliente/família, inclusive no meu local de trabalho, o que possibilita a identificação de eventuais problemas e uma adequada resposta face aos mesmos.

O impacto do meu percurso formativo e experiência académica é notória na minha prestação de cuidados e relação para com os pares e equipa multidisciplinar, pelo fruto do reconhecimento, manifestado pela consultadoria sobre as intervenções a realizar. O reconhecimento que o cliente/família manifesta em relação à minha prestação de cuidados, evidencia também a diferenciação nos cuidados. A intervenção do EEER inclui competências que envolvem as dimensões da educação dos clientes e pares, a orientação, aconselhamento e liderança, de modo a melhorar a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Os locais de estágio permitiram cumprir os objetivos previamente delineados sustentando o crescimento e desenvolvimento como EEER, quer no âmbito da área do Projeto, quer nas diversas Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a), dada a multiplicidade de experiências. O foco da minha aprendizagem dirigiu-se não apenas à necessidade de adquirir conhecimentos e técnicas específicas de ER, mas também em desenvolver competências específicas que asseguram a melhor abordagem ao cliente/família, tendo em conta as diversas dimensões desta unidade. Neste sentido, o exercício de uma prática avançada, que assenta numa abordagem holística, permite uma resposta mais orientada para as reais necessidades do cliente/família.

A experiência em contexto clínico veio corroborar a evidência científica pesquisada sobre a importância da adequada gestão da permeabilidade das vias aéreas, em que o diagnóstico precoce e a implementação dos mecanismos de gestão da permeabilidade das vias aéreas, juntamente com o tratamento médico para a inflamação ou infeção, pode reduzir a morbilidade e a mortalidade associada à patologia respiratória crónica.

O referencial teórico proporcionou sustentabilidade na minha intervenção enquanto estudante, dando suporte ao Projeto realizado, como de igual modo é, atualmente, uma evidência nos cuidados prestados. Face à identificação do défice de autocuidado, que o cliente/família manifeste, é imperativo desenvolver ações que permitam que o cliente/família adquira o seu autocuidado, mediante a aplicação de sistemas de enfermagem, podendo estes serem totalmente ou parcialmente compensatório e de apoio-educação.

O desenvolvimento deste Projeto, simultaneamente com outros projetos realizados pelos pares durante este percurso, serão definitivamente um contributo positivo no meu local de trabalho, pela conhecida frase 'a união faz a força', perspetivando uma mudança, não apenas em relação à qualidade dos cuidados, mas na modificação organizacional do serviço e instituição.

Contudo, perante tantos constrangimentos e escassez de recursos referentes ao setor da saúde e há inexistência de uma cultura organizacional de ER na minha unidade hospitalar pode ser uma dificuldade a encontrar no futuro caminho a percorrer. Porém, este compromisso académico modificou a minha forma de estar/ser/fazer enfermagem, para uma atitude diferenciadora e estruturada, tendo como pilar a prestação de cuidados baseada em conhecimentos e competências específicas.

Atualmente, está a ser criada uma equipa de cuidados hospitalares no domicílio, um projeto inovador, que pretende favorecer a humanização dos cuidados, com estímulo à participação ativa da família ou outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado de acordo com as necessidades evidenciadas e os recursos disponíveis, no contexto de vida de cada pessoa. A seleção da equipa de enfermagem está sob a preferências de enfermeiros especializados, concretamente para especialistas em ER, o que demonstra reconhecimento sobre o trabalho realizado.

A perspetiva de iniciar um projeto na unidade de intermédios do meu serviço, circunscrito a 6 clientes, que essencialmente ingressam por agudização da patologia respiratória, com envolvimento da equipa médica (fixa) e restante equipa multidisciplinar, enfatizando a reabilitação respiratória. Atualmente a prestar cuidados diferenciados em ER, num *continuum* de autoaprendizagem pelas intervenções realizadas, fundamentalmente direcionadas à RFR, com a intenção de serem delineados planos de reabilitação, pela efetividade dos benefícios apresentados.

Findo este percurso, com a aquisição do grau de mestre na especialidade de ER, juntamente com o apoio da enfermeira chefe do atual serviço onde desempenho funções, irão ser desenvolvidas ações de formação dirigidas aos pares, estando em curso o levantamento das mesmas, de acordo com as necessidades observadas, possibilitando um contributo às boas práticas de enfermagem, melhorando a qualidade dos cuidados.



## 5 – REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A. ... Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa Imunoalergologia*. 25 (1), 9-26. Disponível em: [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/teraputica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf)
- Amaral, A. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem: qualidade e efetividade. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/28468/1/Tese%20Ant%c3%b3nio%20Amaral.pdf>
- Arcuri, J., Abarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Lorenzo, V. (2016). Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 1-11. Doi: 10.1186/s12904-016-0147-y
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional: A importância da formação contínua. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 123-135). Loures: Lusoditacta.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berbiglia, V. & Banfield, B. (2018). Self-care deficit theory of nursing. In M. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work*. (pp. 198-212). United States of America: Elsevier.
- Bisca, G., Proença, M., Salomão, A., Hernandez, N. & Pitta, F. (2014). Minimal detectable change of the London chest activity of daily living scale in patients with COPD. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 34 (3), 213-216. Doi: [10.1097/HCR.0000000000000047](https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000047)
- Braga, R. (2017). Avaliação da função da deglutição. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. (2017). Equipa de reabilitação. In C. M. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.

- Branco, R. (2012). *Fatores explicativos dos resultados obtidos na medida de independência funcional aplicada a doentes com lesão neurológica*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/10065>
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. 3, 563-567. Doi: org/10.4236/ojn.2013.38077
- Bucchi, S. & Mira, V. (2010). Redesigning the nurse admission training process at the intensive care unit. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44 (4), 1003-10. Doi: 10.1590/S0080-62342010000400021
- Cabete, D. (2010). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/266363123>
- Carvalho, R., Gomes, I., Dinis, R., Mesquita, C. & Mestrinho, M. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Cordeiro, M. (2014). Optimização da terapia inalatória. In M. Cordeiro, & E. Menoita (Eds.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (1ª reimp., pp. 145-160). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). Reeducação funcional respiratória. In M. Cordeiro, & E. Menoita (Eds.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (1ª reimp., pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 109 de 06-06-2006), 3856-3865. ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Altera os Decretos-Leis n.º 74/2006, 316/76, 42/2005, e 67/2005. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (N.º 121 de 25-06-2008), 3835-3853. ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/456200/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 145 de 28-07-2015), 5081-5091. ELI: [https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p\\_auth=0kL55c3B](https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p_auth=0kL55c3B)

- Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Ensino e avaliação da técnica inalatória da asma*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>
- Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais (2017). *O impacto global da doença respiratória*. Disponível em: [https://www.who.int/gard/publications/The\\_Global\\_Impact\\_of\\_Respiratory\\_Disease\\_POR.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf)
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2010). *Doenças respiratórias crónicas em Portugal: estratégias, intervenções e desafios*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/fpp.pdf>
- Gallani, M. & Dallaire, C. (2014). Desenvolvimento de competências em enfermagem: porque e como. *Cogitare Enferm.* 19 (1), 9-11. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/35924/22156>
- Gender, A. (2011). Administração e liderança. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 129-151). Loures: Lusodidacta.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e deglutição. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 295-317) Loures: Lusodidacta.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Disponível em: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-FINAL\\_WMS.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-FINAL_WMS.pdf)

- Godinho, N. (2018). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA. Lisboa: ESEL. Disponível em: <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>
- Gomes, B. & Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011). Reeducação respiratória e pulmonar. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.
- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para os resultados. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 61-72). Loures: Lusodidacta.
- Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (2017). *Reeducação funcional respiratória*. (3º ed). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). História, controvérsia e tendências. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 1-14). Loures: Lusodidacta.
- INACSL Standart Committee (2016). INACSL standard of best practice: simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 12 (S), S39-S47. Doi: org/10.1016/j.ecns.2016.09.012.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Causas de morte 2015*. Lisboa: INE. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=293916788&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=293916788&att_display=n&att_download=y)
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Causas de morte em 2017*. Lisboa: INE. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=359916071&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=359916071&att_display=n&att_download=y)
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2014). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M., Cordeiro, & E., Menoita (Eds.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.

- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Marques, M. (2015). *Aprender a decidir em tempos de escola. A Formação superior e a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/7207>
- Martins, A. (2013). A qualidade de vida na pessoa com DPOC. Contributos da cinesiterapia respiratória. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1211/1/Ana\\_Martins.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1211/1/Ana_Martins.pdf)
- Martins, M., Martins, A. & Martins, A. (2017). Reeducação familiar/social: Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 472-479. Doi:10.1111/j.1365- 2648.2006.04042.x.
- McDonald, V., Roberts, M. & Inder, K. (2018). The respiratory nurse in pulmonary rehabilitation. *Springer International Publishing*. 183-194. Doi: org/10.1007/978-3-319-65888-9\_14
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8, 412-419. Doi: 10.1016/j.nepr.2008.02.002
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (6), 113-121. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>
- Menoita, E. (2014a). Reabilitação respiratória na pessoa idosa. In M. Cordeiro, & E. Menoita (Eds.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 317-320). Loures: Lusociência.
- Menoita, E. (2014b). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* (1ª reimp.). Lisboa: Lusociência.
- Miranda, R., Padulla, S. & Bortolatto, C. (2011). Respiratory physiotherapy and its application in preoperative period of cardiac surgery. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 26 (4), 646-652. Doi: [10.5935/1678-9741.20110057](https://doi.org/10.5935/1678-9741.20110057)

- Nelson, A. (2011). Segurança para doentes com incapacidades. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 169-186). Loures: Lusodidacta.
- Ntoumenopoulos, G., Berry, M. & Camporota, L. (2014). Effects of manually-assisted cough combined with postural drainage, saline instillation and airway suctioning in critically-ill patients during high-frequency oscillatory ventilation: a prospective observational single centre trial. *Physiother Theory Pract.* 30(5), 306-311. Doi: 10.3109/09593985.2013.876694
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017). *Panorama das doenças crónicas em Portugal*: Disponível em: [https://www.ondr.pt/files/Relatorio\\_ONDR\\_2017.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf)
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). *Panorama das doenças respiratórias em Portugal* (13º Relatório). Disponível em: [https://www.ondr.pt/files/Relatorio\\_ONDR\\_2018.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf)
- Olazabal, M. (2003). Reeducação funcional respiratória. In M. Gomes, & R. Sotomayor (Eds.). *Tratado de Pneumologia* (Vol.2, pp. 1807-1812). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa: DGS. Disponível em: [https://www.who.int/gard/publications/GARD\\_Portuguese.pdf](https://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC\\_C%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC_C%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de investigação prioritária para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Pereira, R. & Rito, M. (2015). A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. In A. França, C. Ribeiro, C. Pinto, F. Segadães, L. Carvalho, M. Santos ... W. Abreu (Org.). *II Congresso internacional de supervisão clínica: livro de comunicações & conferências* (pp. 270-274). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf)
- Pestana, H. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pierce, L., Predeger, E. & Mumma, C. (2011). Prática de enfermagem de reabilitação baseada na investigação. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 47-60). Loures: Lusodidacta.
- Pinto, B., Gomes, A., Oliveira, A., Ivo C., Costa, G., Ramos, J. ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 26 (6), 711-720. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2178/3813>
- Portaria n.º 50/2017 (2017). Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República*, I Série (N.º 24 de 02-02-2017), 608-629. ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106388650/details/maximized>

- Presto, B. & Damázio, M. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2016). *Doenças respiratórias em números*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2015-pdf1.aspx>
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884765-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Redol, F. & Rocha, C. (2017). Avaliação da função eliminação. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 189-202). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. II Série. (N.º 26/2019 de 6-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. II Série (N.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565-13568. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Saglam, M., Arıkan, H., Savcı, S., Inal-ince, D., Bosnak-Guclu, M., Degirmence, B. ... Demircin, M. (2008). Relationship between respiratory muscle strength, functional capacity and quality of life in pre-operative cardiac surgery patients. *European respiratory Review*. 17 (107), 39-40. Doi: 10.1183/09059180.00010716
- Shakouri, S., Salekzamani, Y., Taghizadieh, A., Sabbagh-Jadid, H., Soleymani, J., Sahebi, L. & Sahebi, R. (2015). Effect of respiratory rehabilitation before open cardiac surgery on respiratory function: A randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular & Thoracic Research*. 7 (1), 13-17. Doi: 10.15171/jcvtr.2015.03.
- Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Medico*. Disponível em: <https://www.justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao>

- Sousa, P. (2005). Afasia: Como intervir? Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/286382017\\_Afasia\\_-\\_Como\\_intervir\\_Psicologiacompt](https://www.researchgate.net/publication/286382017_Afasia_-_Como_intervir_Psicologiacompt)
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C. ... Wouters, E., (2013). An official american thoracic society/european respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 188 (8), 13-64. Doi: 10.1164 / rccm.201309-1634ST
- Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult-patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 843-860. Doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.
- Tambascio, J., Souza, H., Martinez, R., Baddini-Martinez, J., Barnes, P. & Gastaldi, A. (2017). Effects of an airway clearance device on inflammation, bacteriology, and mucus transport in bronchiectasis. *Respiratory Care*. 62 (8), 1067-1074. Doi: 10.4187/respcare.05214
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6), 204-211. Disponível em: <https://www.ccdhb.org.nz/working-with-us/nursing-and-midwifery-workforce-development/preceptorship-and-supervision/3-tanner-2006.pdf>
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de auto-cuidado de enfermagem. In A. Tomey, & M. Alligood (Eds.). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed) (pp. 221-235). Loures: Lusociência.
- Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: Recuperar o bailado da mente. In C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta.
- Volsko, T. (2013). Airway clearance therapy: finding the evidence. *Respiratory Care*. 58 (10). 1669-1678. Doi: 10.4187/respcare.02590
- World Health Organization (2011). *World report on disability*. Malta: WHO. Disponível em: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*. 12 (2), 123-132. Doi: 10.1191/0969733005ne769oa
- Zangerolamo, T., Barrientos, T., Baltineri, L., Moreno, M. & Pazzianotto-Forti, E. (2013). Efeitos da inspirometria de incentivo a fluxo após revascularização do

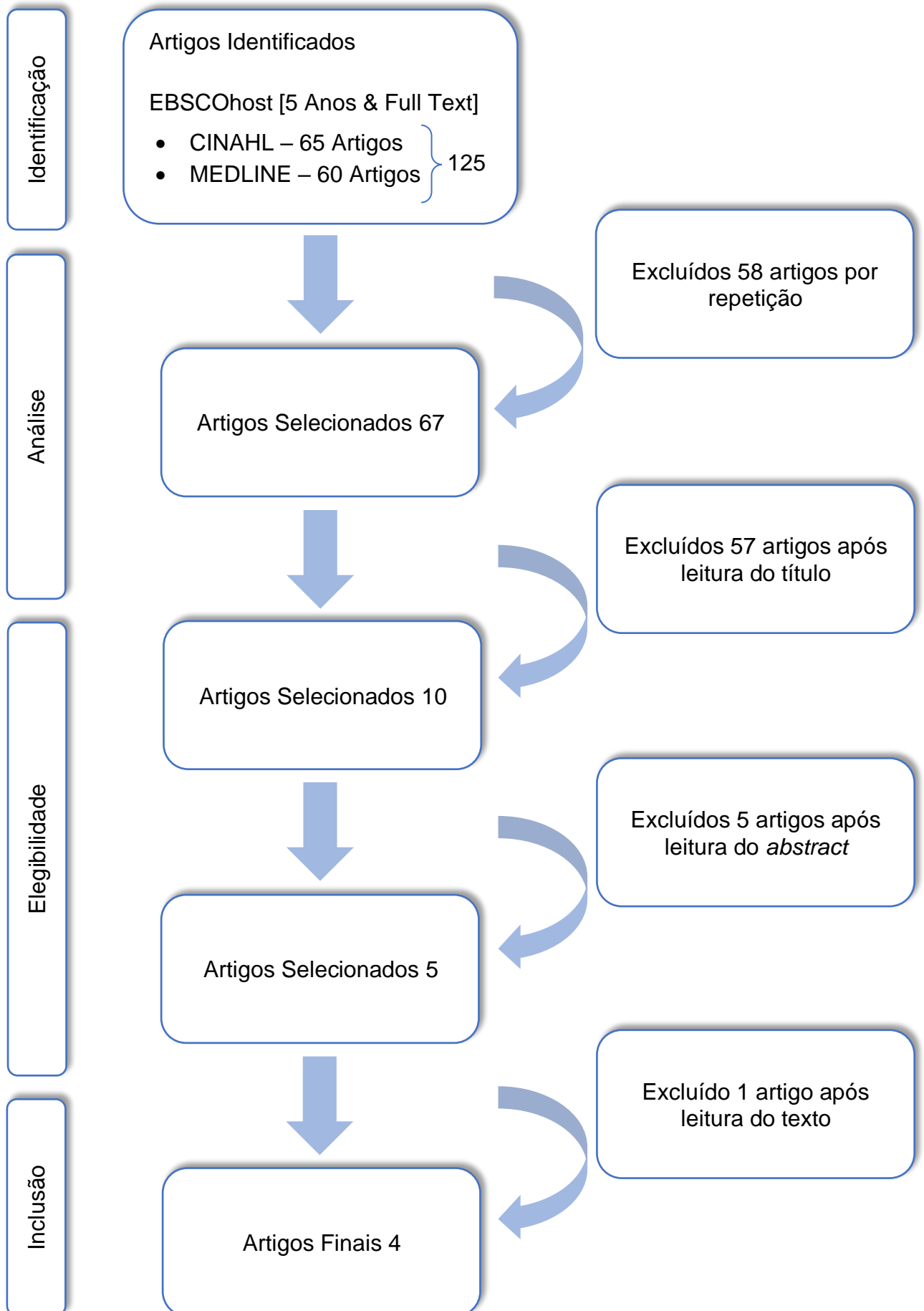
miocárdio. *Revista Brasileira de Cardiologia*. 26(3), 180-185. Disponível em:  
<http://www.onlineijcs.org/english/sumario/26/pdf/v26n3a06.pdf>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – DIAGRAMA DA REVISÃO SCOPING**







## **APÊNDICE II – PLANO DE ATIVIDADES**



**Objetivo Geral:** Desenvolver competências como EEER, nomeadamente, no autocuidado da gestão da permeabilidade das vias aéreas à pessoa com patologia respiratória crónica.

| 1. Ampliar conhecimentos técnicos e científicos de ER na prestação de cuidados à pessoa/família com patologia respiratória crónica através da gestão da permeabilidade das vias aéreas, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência.   |   |  |
|---|---|--|
| Domínios/Competências   | Atividades  | Critérios de Avaliação   |
| <p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p><b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>D. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b></p> <p><b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p><b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> | <p>-Análise da evidência científica;</p> <p>-Comparação com as intervenções de ER realizadas nos contextos de estágio;</p> <p>-Validação das intervenções com EEER/Docente orientador;</p> <p>-Formulação de reflexões.</p> | <p>-Ter utilizado evidência adequada;</p> <p>-Ter demonstrado efetividade nas intervenções de ER;</p> <p>-Ter formulado reflexões sobre as capacidades desenvolvidas, quer a nível pessoal e profissional.</p> |
| <p><b>Recursos</b></p> <p><b>Humanos:</b></p> <p>-EEER/Docente orientador;</p> <p>-Equipa multidisciplinar;</p> <p>-Pessoa/família;</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>-Serviço Medicina;</p> <p>-UMDR;</p> <p>-Biblioteca ESEL.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>-Literatura sobre a temática em estudo.</p>   |   |  |

2.Compreender a intervenção do EEER na sua vertente organizacional no seio da equipa multidisciplinar.

| Domínios/Competências  | Atividades   | Critérios de Avaliação  |
|--|--|---|
| <p><b>A.Responsabilidade profissional, ética e legal</b><br/> <b>A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</b><br/> <b>A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</b><br/> <b>B.Melhoria da Qualidade</b><br/> <b>B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</b><br/> <b>D.Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b><br/> <b>D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</b><br/> <b>D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</b></p> | <p>-Realização de visita aos locais de estágio;<br/> -Execução de reunião/entrevista informal com enfermeiro(a) chefe/orientador;<br/> -Identificação da estrutura física e recursos materiais de cada serviço através de visita guiada;<br/> -Compreensão da dinâmica organizacional;<br/> -Análise da intervenção do EEER.</p> | <p>-Ter conhecimento da estrutura física e funcional dos serviços de estágio;<br/> -Ter conhecimento das principais normas, regulamentos e protocolos dos serviços;<br/> -Ter analisado as intervenções do EEER e contextualizá-las de acordo com a dinâmica do serviço;<br/> -Ter refletido sobre as atividades e sua importância para atingir o objetivo.</p> |
| <p><b>Recursos</b></p> <p><u>Humanos:</u><br/> -EEER/Docente orientador;<br/> -Equipa multidisciplinar;<br/> -Pessoa/família.</p> <p><u>Físicos:</u><br/> -Serviço Medicina;<br/> -UMDR.</p> <p><u>Materiais:</u><br/> -Guias de integração e acolhimento;<br/> -Manual de normas e protocolos;<br/> -Processo clínico;<br/> -Equipamentos e recursos disponíveis nos serviços úteis à reabilitação da pessoa/família.</p>   |  |   |

| 3.Desenvolver competências de ER na prestação de cuidado à pessoa/família com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória, incidindo na gestão da permeabilidade das vias aéreas.  |  |  |
|---|--|--|
| Domínios/Competências   | Atividades   | Critérios de Avaliação   |
| <p><b>A.Responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1.</b>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p><b>A2.</b>Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B.Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B2.</b>Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p><b>B3.</b>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C.Gestão dos Cuidados</b></p> <p><b>C1.</b>Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p><b>D.Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b></p> <p><b>D2.</b>Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> | <p>-Articulação sobre a evidência científica;</p> <p>-Avaliação da pessoa/família alvo dos cuidados de acordo com instrumentos de avaliação implementados nos serviços;</p> <p>-Demonstração de conhecimentos teórico-práticos de ER de acordo com as áreas de intervenção;</p> <p>-Aplicação de conhecimentos sobre a gestão da permeabilidade das vias aéreas, incidindo nos mecanismos de limpeza das vias aéreas de acordo com a pessoa/família;</p> <p>-Colaboração nos projetos ou programas de reabilitação existentes no serviço;</p> <p>-Debate com EEER/Docente orientador sobre as intervenções realizadas.</p> | <p>-Ter utilizado evidência adequada;</p> <p>-Ter aplicado adequadamente os recursos disponíveis face à qualidade dos cuidados prestado;</p> <p>-Ter evidenciado perícia na prática de cuidados em ER;</p> <p>-Ter refletido sobre as práticas de ER à pessoa/família alvo dos cuidados.</p> |

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

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

**J3.**Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

### **Recursos**

#### Humanos:

- EEER/Docente orientador;
- Equipa multidisciplinar;
- Pessoa/família.

#### Físicos:

- Serviço Medicina;
- UMDR.

#### Materiais:

- Literatura sobre a temática em estudo;
- Processo clínico;
- Exames complementares de diagnóstico;
- Equipamentos e recursos disponíveis nos serviços úteis à reabilitação da pessoa/família.

4.Prestar cuidados de ER à pessoa/família com patologia respiratória crónica que visam capacitar, otimizar e maximizar o seu autocuidado.

| Domínios/Competências   | Atividades   | Critérios de Avaliação   |
|---|--|--|
| <p><b>A.Responsabilidade profissional, ética e legal</b><br/> <b>A1.</b>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;<br/> <b>A2.</b>Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.<br/> <b>B.Melhoria da Qualidade</b><br/> <b>B3.</b>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.<br/> <b>C.Gestão dos Cuidados</b><br/> <b>C1.</b>Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.<br/> <b>D.Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b><br/> <b>D1.</b>Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.<br/> <b>D2.</b>Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> | <p>-Promoção de ambiente propício à prática do autocuidado;<br/> -Avaliação das necessidades de intervenções de ER, em relação ao autocuidado da pessoa/família;<br/> -Utilização de instrumentos de avaliação existente nos serviços;<br/> -Aplicação de planos de cuidados individualizados, de acordo com as necessidades da pessoa/família;<br/> -Validação dos recursos pessoais, familiares e da comunidade que possam favorecer o processo de reabilitação;<br/> -Demonstração de ações preventivas à pessoa/família para a gestão da permeabilidade das vias aéreas;<br/> -Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados;<br/> -Demonstração de tomada de decisão na equipa;<br/> -Desenvolvimento de competências na RFR, com ênfase na gestão de permeabilidade das vias aéreas;<br/> -Seleção de mecanismos e dispositivos de ajuda para otimizar o autocuidado;</p> | <p>-Ter integrado a pessoa/família na identificação e implementação de atividades;<br/> -Ter selecionado adequadamente os recursos para promoção do autocuidado;<br/> -Ter desenvolvido competências de ER, de acordo com objetivo proposto;<br/> -Ter refletido sobre a prática de cuidados de ER desenvolvida;<br/> -Ter descrito as aprendizagens realizadas e a sua importância para atingir o objetivo.</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>J1.</b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p><b>J2.</b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade de/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p><b>J3.</b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensino sobre os mecanismos de limpeza das vias aéreas e dispositivos de ajuda a utilizar à pessoa/família;</li> <li>-Treino das capacidades da pessoa/família para o autocuidado na gestão da permeabilidade das vias aéreas;</li> <li>-Debate com EEER/Orientador as intervenções realizadas;</li> <li>-Elaboração de registos de ER sobre as intervenções realizadas.</li> </ul> |  |
| <p><b>Recursos</b></p> <p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EEER/Docente orientador;</li> <li>-Equipa multidisciplinar;</li> <li>-Pessoa/família.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviço Medicina;</li> <li>-UMDR.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Literatura sobre a temática em estudo;</li> <li>-Instrumentos de avaliação;</li> <li>-Processo clínico;</li> <li>-Exames complementares de diagnóstico;</li> <li>-Equipamentos e recursos disponíveis nos serviços úteis à reabilitação da pessoa/família.</li> </ul> |  |  |

## **APÊNDICE III – OBJETIVOS ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO**



## **Objetivos do Estágio de Observação na Comunidade**

No decorrer do presente percurso, atualmente no terceiro semestre de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a completar a unidade curricular Estágio com Relatório, que contempla um total de 500 horas de estágio, das quais 250 horas foram realizadas em unidade hospitalar e as restantes numa Unidade de Media Duração e Reabilitação, surge a necessidade de realizar um estágio de cariz de observacional, de cerca de 30 horas, de modo a preencher uma lacuna sentida de interação com a comunidade. Posto isto, pretendo aperfeiçoar competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que me possibilitem responder eficazmente às necessidades que a comunidade possa apresentar de acordo com o seu meio envolvente.

Tenho como objetivos:

- Desenvolver competências de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade;
- Compreender a intervenção do EEER no seio da equipa na comunidade;
- Participar nas intervenções de Enfermagem de Reabilitação.



## **APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO UMDR**



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

**Intervenção do EEER à Pessoa com AVC**  
**Estudo de Caso**

**Comunidade: UMDR**

**Maria da Conceição Furtado Trindade**

**Lisboa**  
**2018**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Intervenção do EEER à Pessoa com AVC**  
**Estudo de Caso**

**Comunidade: UMDR**

**Maria da Conceição Furtado Trindade**

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Marques

Enfermeiro Orientador: Enf.<sup>a</sup> Especialista XXXXXXXXXX

**Lisboa**

**2018**

A decorative graphic in the bottom right corner, consisting of several overlapping, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.



## **SIGLAS**

ABVD - Atividades Básicas Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HSFX - Hospital São Francisco Xavier

ICN - International Council of Nurses

IMC - Índice de Massa Corporal

MID - Membro Inferior Direito

MIF - Medida de Independência Funcional

MSD - Membro Superior Direito

MSE - Membro Superior Esquerdo

NIHSS - National Institutes Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SU - Serviço de Urgência

TA - Tensão Arterial

TAC CE - Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação



## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1 – BREVE REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA .....                           | 11 |
| 2 – COLHEITA DE DADOS .....  | 15 |
| 3 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....                     | 17 |
| 3.1 – EXAME FÍSICO SUMÁRIO.....                                      | 17 |
| 3.2 – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA.....                                     | 17 |
| 3.3 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO..... | 20 |
| 4 – REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO .....                       | 23 |
| 5 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....            | 27 |
| 6 – AVALIAÇÃO.....   | 43 |
| 7 – REFLEXÃO FINAL.....  | 49 |
| 8 – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....                                | 53 |

## ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE *BRADDEN*

ANEXO II – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

ANEXO III – ESCALA VISUAL ANALÓGICA

ANEXO IV – *NATIONAL INSTITUTES HEALTH STROKE SCALE*

ANEXO V – ESCALA DE *BERG*

ANEXO VI – *MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE*

ANEXO VII – ESCALA DE *ASHWORTH* MODIFICADA

ANEXO VIII – *FUNTIONAL AMBULATION CATEGORIES*

ANEXO IX – ESCALA DE *MORSE*



## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Dados Pessoais.....                       | 15 |
| Quadro 2 – História da Doença Atual .....            | 16 |
| Quadro 3 – Antecedentes de Saúde .....               | 16 |
| Quadro 4 – Avaliação dos Pares Cranianos .....       | 19 |
| Quadro 5 – Medida de Independência Funcional.....    | 21 |
| Quadro 6 – Requisitos Universais de Autocuidado..... | 26 |
| Quadro 7 – Plano de Cuidados .....                   | 42 |



## 1 – BREVE REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA

A Sr.<sup>a</sup> E.C. ingressa na UMDR com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico do hemisfério esquerdo, confirmado pela Tomografia Axial Computorizada (TAC), pela descrição em relatório da sugestiva hipodensidade, que segundo Ferro (2013), caracteriza o AVC isquémico.

Segundo Martins (2002), o AVC refere-se a uma complexidade de sintomas de deficiência neurológica resultantes de lesões cerebrais provocadas pela alteração da irrigação sanguínea.

Os exames complementares de diagnóstico utilizados na investigação das doenças vasculares do sistema nervoso englobam um conjunto de técnicas e métodos com o objetivo de esclarecer a natureza e topografia da lesão, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na sua génese e evolução (Menoita, 2014). Através da realização do Doppler dos Vasos do Pescoço, observaram-se aspetos de infiltração ateromatosa difusa das artérias carótidas primitivas, coexistindo várias pequenas placas de ateroma, que segundo Martins (2002), é a causa mais frequente de isquémia cerebral.

Muitos dos fatores de risco do AVC estão associados a comportamentos e a estilos de vida da pessoa (Martins, 2006), que no caso da Sr.<sup>a</sup> E.C. não há referência a antecedentes pessoais ou comportamentos de risco conhecidos, em que apenas o fator idade, um dos mais importantes, pode ser associado ao episódio, segundo Ferro (2013).

O facto da Sr.<sup>a</sup> E.C. ter sido encontrada caída em casa, sem precisão de tempo de evolução do quadro, terá impossibilitado um dos tratamentos mais eficazes do AVC isquémico, a trombólise, que deve ser realizada até quatro a cinco horas após o início do quadro clínico, pois por contrário pode tornar-se perigoso (Ferro, 2013).

O AVC isquémico não se distribui espacialmente pelo cérebro, mas sim por territórios arteriais (Ferro, 2013). Consoante o território atingido assim serão as manifestações clínicas.

Pela especificidade expressa em relatório da TAC crânio-encefálica (CE) que a Sr.<sup>a</sup> E.C. realizou, demonstrando uma zona de hipodensidade a nível fronto-parietal, podemos aferir algumas das sequelas manifestadas, tendo em conta a probabilidade das lesões no território carotídeo, com manifestações de hemiparesia contralateral (Ferro, 2013).

As funções cognitivas dependem essencialmente dos hemisférios cerebrais, com representação cerebral assimétrica, resultando de quadros clínicos distintos consoante a lesão seja no hemisfério esquerdo ou direito (Martins, 2013). Segundo a autora supramencionada pode referir-se, em termos gerais, que o hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais e as que requerem uma análise detalhada e de grande resolução temporal dos estímulos como a linguagem oral, leitura, escrita, cálculo e memória verbal.

Uma das capacidades testadas à Sr.<sup>a</sup> E.C. foi a leitura, a escrita e o cálculo. Sem a certeza da veracidade da sua escolaridade, e referindo à priori que escrevia com as duas mãos, a Sr.<sup>a</sup> E.C. não conseguiu escrever o seu nome, não conseguiu ler frases pequenas e simples, conseguindo executar apenas pequenos cálculos somatórios referidos oralmente.

Segundo Martins (2013), a agrafia, sem a existência de afasia, pode resultar em lesões frontais, parietais ou subcorticais do hemisfério esquerdo.

A perturbação da capacidade de leitura denominada alexia, que de igual forma pode ocorrer isoladamente (Martins, 2013), como no caso da Sr.<sup>a</sup> E.C. que apresenta dificuldade na leitura de letras, palavras ou texto. De referir, que o défice de atenção e pouca participação por parte da cliente dificultou a respetiva avaliação.

A capacidade de cálculo, segundo Martins (2013), envolve um conjunto de processos cognitivos que podem ser seletivamente afetados após a lesão cerebral e que depende principalmente do hemisfério esquerdo. A anaritmia, caracterizada pela incapacidade de conhecer os procedimentos das operações aritméticas, embora conheça os números e os factos aritméticos, pode ocorrer nas lesões parietais esquerdas.

A ligeira disartria apresentada pela Sr.<sup>a</sup> E. C. na fase inicial e que se dissipa ao longo do internamento, não é considerada uma perturbação da linguagem, mas sim uma perturbação motora do discurso, da articulação verbal (Martins, 2013). Segundo a autora supracitada, esta manifestação pode resultar da alteração da força, do tónus ou da coordenação dos músculos envolvidos na fala.

Além do AVC isquémico do hemisfério esquerdo, a Sr.<sup>a</sup> E.C. apresentou um Hematoma Subdural e Subaracnoídeo Direito Traumático resultante da queda.

O hemisfério direito é responsável pelas capacidades não verbais e pelas que requerem um processamento global dos estímulos, as referências espaciais, memória de faces e visuoespacial e capacidades musicais. O *neglet* ou inatenção hemiespacial seletiva é um dos défices cognitivos característicos das lesões do hemisfério direito,

que raramente se manifesta em lesões do hemisfério esquerdo, uma vez que o hemisfério direito, o hemisfério dominante para essa função consegue compensar o déficit de atenção seletiva resultante da lesão esquerda (Martins, 2013). De acordo com a autora supramencionada, a manifestação de *neglet* pode ainda ser de intensidade variada. A particularidade do caso da Sr.<sup>a</sup> E.C. que no momento da entrada, num quadro de agitação psicomotora, parecia negligenciar o hemicorpo esquerdo, o que não faria sentido, uma vez que o diagnóstico de AVC era do hemisfério esquerdo. Foi neste contexto que se teve conhecimento da lesão do hemisfério direito. Foram realizados exercícios para tornar evidente a presença de *neglet*, como o teste do relógio, em que a Sr.<sup>a</sup> E.C. conseguiu desenhar um círculo e preencher todo o espaço com traços a caracterizar os números, ou pela capacidade de traçar linhas sobre traços dispersos ao longo de uma folha.

Na realidade a alteração referida anteriormente foi apenas presenciada no momento de admissão da cliente, concomitante com quadro de agitação manifestado. Como refere Martins (2013, p.14), o *neglet* “resulta de um defeito de atenção e/ou motivação para a exploração do espaço e não de um defeito sensorial primário”. Como na avaliação da sensibilidade, verificando-se a ausência de déficit no hemicorpo direito. Contudo, quando a Sr.<sup>a</sup> E.C. era confrontada ao toque em simultâneo em ambos hemicorpos, respondia preferencialmente que o toque era no hemicorpo esquerdo.

A capacidade de memória, segundo Martins (2013), corresponde a uma diversidade de funções e sistemas identificados que podem ser afetados de forma eletiva nas lesões do sistema nervoso. As doenças que afetam o córtex cerebral que envolvem essencialmente o hipocampo ou lobo frontal são as que provocam frequentemente défices na memória (Martins, 2013). Ainda segundo a autora supramencionada, a recuperação dos défices de memória depende da patologia subjacente, nas doenças degenerativas o déficit tende a agravar com o tempo, enquanto que nas lesões focais ou em patologias traumáticas pode haver recuperação progressiva, com a existência de técnicas de reabilitação cognitiva que permitem melhorar esta manifestação. No caso da Sr.<sup>a</sup> E.C. obtiveram-se pequenos ganhos em termos de memória, contudo ainda muito deficitária no final do processo de reabilitação.



## 2 – COLHEITA DE DADOS

### Dados Pessoais

Nome: E. C.                      Data de Nascimento: 28-07-1949                      Idade: 69  
Gênero: Feminino                      Profissão: Telefonista (Reformada)                      Etnia: Caucasiana  
Residência: Oeiras                      Naturalidade: Lisboa                      Estado Civil: Divorciada  
Habilitações Literárias: 7º ano (sem confirmação)  
Condições Habitacionais: Vive em apartamento de três assoalhadas no segundo andar, sem elevador, não sabe precisar o número de escadas (sem confirmação)

#### Quadro 1 – Dados Pessoais

### História de Doença Atual (Informação do Processo Clínico)

A Sr.<sup>a</sup> E.C. deu entrada no Serviço de Urgência (SU) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) a 03/08/2018 após ter sido encontrada caída no domicílio com diminuição da força do hemicorpo direito associada a lesões sugestivas de traumatismo craniano. Na mesma noite em SU instalação de hemiplegia direita. Iniciada antiagregação com Ácido Acetilsalicílico 150 mg e Sinvastatina 20 mg. Por suspeita de crise epilética no SU com diminuição marcada do estado de consciência assumido em contexto pós-critico iniciou Levetiracetam 500 mg, sem novos episódios. Dada a estabilidade clínica transferida ao quarto dia para o Serviço Medicina. De intercorrências a destacar no internamento, quadro de obstipação e vomito alimentar associado, resolvido com terapêutica, e infeções do trato urinário, cumprindo antibioterapia. Durante o internamento iniciou fisioterapia para reabilitação motora de défices neurológicos. Referenciada para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) a 09/08/2018. Alta clínica desde 05/09/2018.

**Diagnóstico:** Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico Esquerdo; Hematoma Subdural e Subaracnoídeo Direito Traumático

**Terapêutica Hospitalar:** Sertralina 50 mg – 1 cp pequeno-almoço;

Levetiracetam 500 mg - 1 cp pequeno-almoço e jantar;

Ácido Acetilsalicílico 100 mg - 1 cp almoço;

Sinvastatina 20 mg - 1 cp jantar;

Omeprazol 20 mg - 1 cp jejum;

Losartan 50 mg - 1 cp pequeno-almoço

**Exames Complementares de Diagnóstico:** Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica (TAC CE) (03/08/2018) - Hematoma extra-axial, aparentemente subdural da convexidade cerebral direita em topografia fronto-parieto-temporal, com cerca de 4 mm, condicionando discreto apagamento sulcal loco-regional. Focos de hemorragia subaracnoídea sulcal temporal direita, de natureza pós-traumática. Hipodensidade subcortical occipital interna direita. Hematoma epicraniano frontal e peri-orbitário direito, sem fraturas.

TAC CE (04/08/2018) - Exame sensivelmente sobreponível ao anterior, sem agravamento notório do Hematoma Subdural e Subaracnoídeo do hemisfério

direito. Nova área de hipodensidade cortical na alta convexidade fronto-parietal para-sagital esquerda, podendo traduzir edema/isquemia.

Doppler Vasos Pescoço (31/08/2018) - Observam-se aspetos de infiltração ateromatosa difusa das artérias carótidas primitivas, coexistindo várias pequenas placas de ateroma de natureza fibrocálcica e de superfície regular nos bulbos e segmentos pós bulbares das artérias carótidas internas, todavia sem características estenosantes e/ou sem repercussão hemodinâmica.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal.

Estudo de Holter: Ritmo de base sinusal com Frequência Cardíaca (FC) média de 86bpm. Sem alterações da condução aurículo-ventricular. Sem pausas significativas e sem alterações da repolarização ventricular. Exame apenas com durabilidade de aproximadamente dez horas por incumprimento da cliente que retirou os elétrodos.

Telerradiografia Abdominal: Aeroquia marcada, sem níveis hidroaéreos.

#### **Quadro 2 – História da Doença Atual**

##### **Antecedentes de Saúde**

Hábitos Aditivos: Nega

Alergias: Desconhecidas

Terapêutica Habitual: Sertralina 50 mg - 1 cp pequeno-almoço;

Levetiracetam 500 mg - 1 cp pequeno-almoço e jantar;

Ácido Fólico 5 mg - 1 cp almoço;

Esomeprazol 20 mg - 1 cp jejum;

Ácido Acetilsalicílico 100 mg - 1 cp almoço;

Lactulose 10g/15 ml Xarope Saquetas - 1 SOS máximo 1x dia;

Sinvastatina 20 mg - 1 cp jantar;

Quetiapina 50 mg - 1 cp jantar;

Amlodipina 5 mg - 1 cp almoço;

Simeticone 105 mg/ml Solução Oral - 10 gotas pequeno-almoço, lanche e jantar;

Losartan 100 mg - 1 cp pequeno-almoço;

Metamizol de Magnésio 575 mg – 1 cp pequeno-almoço;

Baclofeno 10 mg - 1 cp pequeno-almoço

Co Morbidades: Desconhecidas

#### **Quadro 3 – Antecedentes de Saúde**

### **3 – AVALIAÇÃO DE ENFREMAGEM DE REABILITAÇÃO (05/12/18 - 10/12/18)**

#### **3.1 – Exame Físico Sumário**

Pele/Mucosas: Corada e ligeiramente desidratada. Sem edemas. Apresenta equimoses dispersas no membro superior direito e em ambos membros inferiores em regressão, sugestivo de pequenos traumas. Segundo a Escala de *Bradden* (Anexo I) apresenta alto risco de desenvolver lesão por pressão.

Peças dentárias: Incompleta, com presença dos molares no arco superior e inferior, ausência de alguns dos incisivos e caninos em ambos arcos, não utiliza prótese dentária.

Abdômen: Mole e depressível, indolor à palpação, padrão de eliminação intestinal mantido (dias alternados).

A Sr.<sup>a</sup> E.C. pesa cerca de 60 Kg, altura aproximada de 1,64 m e com Índice de Massa Corporal (IMC) de 22,31Kg/m<sup>2</sup>, considerando-se valor de IMC normal (Anexo II), sem necessidade aparente de reavaliação.

Sinais vitais: Tensão Arterial (TA): 117/85 mm/Hg; FC: 70 bpm; Temperatura: 36°C; Frequência Respiratória (FR): 21 cpm e Saturações: 98% em ar ambiente. Apresenta dor Grau 0 em repouso. Nas mobilizações do hemicorpo esquerdo dor Grau 0 e nas mobilizações do hemicorpo direito dor Guau 8, aproximadamente, segundo a Escala Visual Analógica (Anexo III), sendo a escala selecionada devido ao déficit de atenção/compreensão da Sr.<sup>a</sup> E.C. De referir, que no membro superior direito em todos os segmentos e no membro inferior direito com exacerbação nas mobilizações das articulações tibio-társica e coxo-femoral.

#### **3.2 – Avaliação Neurológica**

Estado de Consciência e Orientação: Vígil, parcialmente orientada autopsiquicamente (erra na idade, mas identifica a data de nascimento) e alopsiquicamente (não identifica os profissionais). Períodos de desorientação no espaço e desorientação no tempo. Aspectos corroborados através da avaliação com a utilização da *National Institutes Health Stroke Scale* (NIHSS) (Anexo IV), uma ferramenta de avaliação sistemática

que fornece uma medida quantitativa do défice neurológico relacionado com o AVC, que no presente caso é considerado moderado a grave.

Atenção e Memória: Défice de atenção, fácil distração a estimulação externa, como enunciado na avaliação da NIHSS (Anexo IV). Memória a longo prazo e curto prazo comprometida, não identificando factos do passado (antigo presidente da república, por exemplo), sem a possibilidade de corroborar a informação fornecida em algumas questões do seu passado. Incapaz de recordar em curto espaço de tempo (cerca de cinco minutos) palavras fornecidas.

Linguagem: Discurso verbal fluente, mas com comprometimento no débito das palavras, cumpre ordens simples, dificuldade em cumprir ordens complexas, nomeação sem alterações, identifica objetos (4/5), bem como a sua funcionalidade, repetição sem alterações. Apresenta disartria ligeira, como verificado pela NIHSS (Anexo IV).

Estado Emocional: Apresenta fáceis de tristeza, identificado pelo estreitamento da abertura ocular, aproximação das sobrancelhas e olhar maioritariamente para um plano inferior.

Capacidades práticas: Apenas executa determinadas atividades práticas com o hemicorpo esquerdo quando estimulada, por exemplo na ingestão de água (levar copo à boca) ou participação no autocuidado higiene pessoal.

#### Pares Cranianos:

| <b>Pares Cranianos</b>   |   |
|--|---|
| <b>I - Olfativo</b>  | Sem alteração do olfato (perguntou-se à cliente se lhe cheirava a algo e que identificasse o cheiro pelo nome (Ex: perfume).  |
| <b>II - Óptico</b>   | Sem alteração nos campos visuais (pediu-se à cliente para fechar um dos olhos e fixar a visão do olho aberto; de seguida deslocou-se um dedo para a periferia do campo visual do olho aberto e questionou-se a cliente sobre até onde conseguia ver). Não apresenta amaurose, ambliopia, cegueira, escotomas, hemianopsia ou quadrantopsia. |
| <b>III - Óculo-motor</b><br><b>IV - Patético</b><br><b>VI – Motor ocular externo</b> | Sem alterações nos movimentos extraoculares (solicitou-se à cliente que com a cabeça imóvel seguisse um objeto em todos os campos de visão). Sem alterações no movimento conjugado dos olhos (pediu-se ao utente para olhar para um ponto mais afastado quanto possível, de ambos os lados, para cima e para baixo e na diagonal).          |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | Apresenta midríase reativa à luz, de forma redonda e simétrica (isocoria). Ausência de diplopia, estrabismo, nistagmo e ptose palpebral.  |
| <b>V- Trigemino</b>        | Sem alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa da face. Reflexo córneo-palpebral bilateral mantido (realizou um pequeno toque com a ponta de uma compressa na superfície da córnea).<br>Sem alteração nos movimentos mastigatórios. O utente consegue encerrar e mover a mandíbula bilateralmente.   |
| <b>VII - Facial</b>        | Apresenta assimetria facial, desvio da comissura labial para a esquerda e apagamento do sulco nasogeniano à direita - parésia facial central à direita (pediu-se ao utente para sorrir, franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras).<br>Reconhece os sabores doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua – parâmetro não avaliado. |
| <b>VIII - Acústico</b>     | Sem diminuição da acuidade auditiva bilateralmente. Manifesta alterações no equilíbrio estático avaliado através da Escala de <i>Berg</i> (Anexo V), devido a alteração da força e tônus do hemicorpo direito, pela avaliação <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (Anexo VI) e <i>Ashworth</i> Modificada (Anexo VII) respetivamente.        |
| <b>IX - Glossofaríngeo</b> | Reconhece os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 anterior da língua – parâmetro não avaliado.   |
| <b>X - Vago</b>            | Presença de reflexo do vômito (testado tocando na porção posterior da língua com uma espátula). Sem alterações no tom de voz e sem presença de ronquidão ou tosse. Ligeiro desvio da úvula para a esquerda.   |
| <b>XI - Espinhal</b>       | Sem alteração dos movimentos da cabeça e ombros. Contudo manifesta alteração da força do hemicorpo direito, como descrito pela avaliação da força segundo a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (Anexo VI).  |
| <b>XII - Hipoglosso</b>    | Ligeiro desvio da língua para a direita. Diferentes movimentos da língua sem alterações.  |

**Quadro 4 – Avaliação dos Pares Cranianos**

Sensibilidade: Sem alteração da sensibilidade superficial do hemicorpo direito, reage à dor, à sensação térmica de frio e quente e ao toque comparativamente com o hemicorpo esquerdo, como descrito na Escala de NIHSS (Anexo IV). Em relação à sensibilidade profunda não apresenta alterações da sensibilidade postural, sente pressão e identifica as posições corretas do corpo, sem possibilidade de avaliar a sensibilidade vibratória (diapasão).

Força Muscular: Avaliação da força muscular segundo *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo VI), apresentando parésia no hemicorpo direito, evidenciando

também alteração da força no hemicorpo esquerdo em relação a determinadas mobilizações.

Tónus muscular: Apresenta espasticidade grave no hemicorpo direito, de predomínio distal e sem alterações do tónus no hemicorpo esquerdo, avaliado pela Escala de *Ashworth* Modificada (Anexo VII).

Coordenação dos Movimentos: Sem alterações, pelo teste de *Barany*, realiza prova de movimentos alternados, dedo-nariz e calcanhar-joelho no hemicorpo esquerdo, demonstrado na NIHSS (Anexo IV). Relativamente ao hemicorpo direito, com alterações devido ao défice de força muscular segundo a *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo VI).

Equilíbrio/Marcha: Alteração do equilíbrio estático em posição sentado. Segundo a Escala de *Berg* (Anexo V) a Sr.<sup>a</sup> E.C. apresenta equilíbrio diminuído.

Incapacidade de realizar marcha devido ao défice de força do hemicorpo direito verificado através da *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo VI) e pelo equilíbrio diminuído representado pela Escala de *Berg* (Anexo V). Parâmetro confirmado pela Escala *Functional Ambulation Categories* (Anexo VIII).

Apresenta ainda alto risco de queda, avaliado pela Escala de *Morse* (Anexo IX).

### 3.3 – Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Para avaliar os défices após o AVC da Sr.<sup>a</sup> E.C., bem como o seu estado funcional foi utilizada a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011) gradua-se de ligeira a grave.

|                                 | 05/12/18 | 17/01/19 |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>Autocuidado</b>              |          |          |
| Alimentação                     | 3        | 5        |
| Higiene Pessoal                 | 2        | 3        |
| Banho                           | 2        | 3        |
| Vestir Metade Superior          | 2        | 3        |
| Vestir Metade Inferior          | 2        | 2        |
| Utilização da Sanita            | 2        | 2        |
| <b>Controlo dos Esfíncteres</b> |          |          |
| Bexiga                          | 2        | 3        |
| Intestino                       | 2        | 3        |

| <b>Mobilidade/Transferências</b> |           |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas | 2         | 2         |
| Sanita                           | 2         | 2         |
| Banheira, Duche                  | 2         | 2         |
| <b>Locomoção</b>                 |           |           |
| Marcha, Cadeira de Rodas         | 1         | 1         |
| Escadas                          | 1         | 1         |
| <b>Comunicação</b>               |           |           |
| Compreensão                      | 3         | 4         |
| Expressão                        | 2         | 4         |
| <b>Cognição Social</b>           |           |           |
| Interação Social                 | 2         | 3         |
| Resolução dos Problemas          | 1         | 1         |
| Memória                          | 2         | 3         |
| <b>Score</b>                     | <b>35</b> | <b>47</b> |

**Quadro 5 – Medida de Independência Funcional**

|               |  |                  |
|---------------|--|------------------|
| <b>Níveis</b> | (7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal)<br>(6) Independência Modificada (dispositivo)   | <b>Sem Ajuda</b> |
|               | <b>Dependência Modificada</b><br>(5) Supervisão<br>(4) Ajuda Mínima (Indivíduo $\geq 75\%$ )<br>(3) Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$ )<br><b>Dependência Completa</b><br>(2) Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$ )<br>(1) Ajuda Total (indivíduo $< 25\%$ ) | <b>Ajuda</b>     |

| <b>Classificação</b> |                        |
|----------------------|------------------------|
| Grave                | $< 40$                 |
| Moderada             | $80 > \text{MIF} > 40$ |
| Ligeiro              | $> 80$                 |

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>



#### 4 – REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

| Requisitos Universais de Autocuidado                   |  |  |
|--|--|--|
| Manutenção de Inspiração de Ar Suficiente.             | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. encontra-se eupneica com saturação de 98% em ar ambiente. Pele e mucosas coradas. Pela inspeção estática do tórax, apresenta simetria, sem alterações da morfologia, a nível cutâneo ou deformações. Quanto à inspeção dinâmica, apresenta ventilação espontânea, simétrica, mista, regular e superficial. Na palpação, sem alterações da sua expansibilidade, sem tumefações ou pontos dolorosos. Sem alterações ao nível da percussão. Na auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios.</p> | Sistema de Enfermagem Apoio-Educação.  |
| Manutenção de Ingestão Suficiente de Água e Alimentos. | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. necessita que lhe confeccionem os alimentos, bem como que lhe forneçam água, devido à parésia do hemicorpo direito pela</p>  | Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório.<br>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação. |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p><i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (Anexo VI).</p> <p>Sem restrições alimentares e sem disfagia. Progressão de dieta pastosa para dieta mole, com ingestão da alimentação pausadamente.</p> <p>Necessidade de aumentar aporte de água (1l a 1,5l por dia) por apresentar pele e mucosas ligeiramente desidratadas.</p> |   |
| <p>Promoção dos Cuidados Associados com a Eliminação.</p>     | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. é incontinente de esfíncteres. Apresenta padrão intestinal mantido (dias alternados) de características castanhas, moldadas em moderada quantidade. Urina de característica amarelada e cheiro sui-generis.</p> <p>Necessidade de ser realizado treino de eliminação vesical e intestinal.</p>            | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório.</p>  |
| <p>Manutenção do Equilíbrio entre Atividade e o Descanso.</p> | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. apresenta parésia do hemicorpo direito segundo a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (Anexo VI) com espasticidade grave,</p>   | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório.</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p>avaliada pela Escala de <i>Ashworth</i> Modificada (Anexo VII). Necessidade em Realizar mobilizações passivas no hemicorpo direito e ativas no hemicorpo esquerdo.</p> <p>Dificuldade na participação dos exercícios de reabilitação pelo déficit de atenção e motivação. Alterna períodos diurnos entre cadeira de rodas e cadeirão. Padrão de sono regular, cerca de 10 horas por noite.</p> |  |
| <p>Manutenção do Equilíbrio entre Solidão e a Interação Social</p>                                    | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. anteriormente ao diagnóstico vivia sozinha em casa. O filho ausente no estrageiro.</p> <p>Atualmente em isolamento social e a necessitar de integração social.</p>  | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório.</p> |
| <p>Prevenção dos Riscos para a Vida Humana, para o Funcionamento Humano e para o Bem-estar Humano</p> | <p>A Sr.<sup>a</sup> E.C. apresenta alto risco de queda pela avaliação na Escala de <i>Morse</i> (Anexo IX) e alto risco de desenvolver lesão por pressão conforme a Escala de <i>Bradden</i> (Anexo I).</p>  | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório.</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Promoção do Funcionamento e do Desenvolvimento do Ser Humano dentro dos Grupos Sociais, de acordo com o Potencial Humano, as Limitações Conhecidas e o Desejo de ser "Normal" | A Sr. <sup>a</sup> E.C. não possui suporte familiar, pelo que necessita de suporte social. Atualmente numa UMDR, com previsibilidade de ingressar numa Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM). | Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório. |
|---|--|---|

**Quadro 6** – Requisitos Universais de Autocuidado

## 5 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

No percurso estabelecido de forma a atingir a qualidade de perito em Enfermagem de Reabilitação, com intenção de desenvolver competências na área motora e cognitiva, o presente estágio na UMDR revela-se bastante promissor, com capacidade de aplicabilidade das competências já adquiridas e desenvolvidas no decorrer do estágio anterior, respetivamente à área respiratória.

A cliente envolvente neste processo de reabilitação, a Sr.<sup>a</sup> E.C., atualmente num processo de défice de autocuidado, em que o objetivo primordial é manter a sua vida, as suas capacidades físicas e psíquicas essenciais a cada ser humano (Orem, 2001). Com necessidades incapazes de serem satisfeitas pela mesma, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação sucede de modo totalmente compensatório e de apoio-educação, segundo a Teoria de Orem (2001), permitindo a manutenção e desenvolvimento do funcionamento da cliente.

Os diagnósticos traçados prendem-se com uma avaliação individualizada e pormenorizada, recorrendo a instrumento de avaliação, escalas, que corroborem a intervenção do enfermeiro de reabilitação. A Sr.<sup>a</sup> E.C. não participou ativamente na decisão do processo de reabilitação devido aos défices neurológicos apresentados, não tendo de igual forma a participação da família em todo o processo.

Para envolver a cliente ativamente nas intervenções de reabilitação foram criadas estratégias individualizadas que permitissem a adesão da Sr.<sup>a</sup> E.C., algumas das quais de forma criativa, possibilitadas pelo conhecimento acerca da cliente e da relação estabelecida.

No processo de reabilitação foi tido em conta o potencial de reabilitação da Sr.<sup>a</sup> E.C., com a mais valia de uma equipa interdisciplinar presente e eficaz, que segundo Branco (2017, p.30), “promove a colaboração da pessoa cuidada, melhora a sua satisfação, baixa a mortalidade, reduz a duração dos internamentos, diminui os custos e aumenta a satisfação laboral dos profissionais de saúde envolvidos”.

Os objetivos e intervenções de reabilitação realizadas tem enfoque nos diagnósticos de mobilidade comprometida, défice do autocuidado alimentar-se, higiene pessoal e vestir/despir, atenção e memória a curto e longo prazo comprometidas, assim como a continência urinária e intestinal comprometida, resultante das alterações neurológicas identificadas devido ao AVC do hemisfério esquerdo, bem como ao Hematoma Subdural e Subaracnoídeo direito traumático, resultante da queda. Os diagnósticos foram traçados tendo em conta a linguagem

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (versão 2.0), permitindo a orientação das intervenções, de modo a otimizar os resultados (*International Council of Nurses [ICN], 2010*).

Na avaliação final do processo de reabilitação são identificados os ganhos resultantes das intervenções estabelecidas, manifestadas através da validação das respetivas escalas.

## PLANO DE CUIDADOS

| Diagnóstico   | Objetivo  | Intervenção de Enfermagem   |
|---|---|---|
| <p>05/12/18</p> <p>Mobilidade Comprometida<br/>[Relacionado com alterações neurológicas<br/>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parésia do hemicorpo direito Grau 1/2 de acordo segmentos/mobilizações avaliados (<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>);</li> <li>- Espasticidade grave do hemicorpo direito, Grau 4 no MSD e 2 no MID (<i>Escala Ashworth Modificada</i>);</li> <li>- Dor Grau 8 aproximadamente (<i>Escala Visual Analógica</i>);</li> <li>- Equilíbrio diminuído (<i>Escala de Berg</i>)]</li> </ul> | <p>Alcançável ao final de 6 semanas (data aproximada da avaliação pela equipa interdisciplinar):</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. recupere a mobilidade adequada ao seu potencial de recuperação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. previna e corrija postura corporal sentada;</li> <li>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. melhore a força muscular pelo menos para Grau 2/3 respetivamente à avaliação inicial (<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>);</li> </ul> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;<br/>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar-me diariamente, explicar os exercícios de Reabilitação, pedir a sua autorização e encorajar a sua participação (período de repouso na cama posteriormente à sessão como compensação por participação nos exercícios);</li> <li>- Promover ambiente adequado (ambiente calmo do quarto, com temperatura amena e musicoterapia com estilo musical de fado);</li> <li>- Avaliar/Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca antes e após sessão devido a possível alteração do padrão</li> </ul> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. previna e corrija o padrão espástico com evolução do tónus pelo menos de Grau 4 para Grau 2 no MSD e de Grau 2 para grau 1 no MID;</li><li>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. não manifeste dor aquando a Reabilitação motora;</li><li>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. melhore o seu equilíbrio estático sentado.</li></ul> | <p>tensional (tendência para a hipertensão no momento de admissão);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Iniciar a sessão após administração de analgesia;</li><li>- Executar técnica de posicionamento de padrão anti-espástico;</li><li>- Iniciar a sessão de reabilitação pelo hemicorpo esquerdo (não doloroso);</li><li>- Realizar mobilizações ativas assistidas no hemicorpo esquerdo em todo os segmentos (1 sessão de 10 repetições);</li><li>- Realizar mobilizações passivas no hemicorpo direito em todos os segmentos (1 sessão de 10 repetições);</li><li>- Incentivar a sua participação através da contagem das repetições;</li><li>- Proporcionar a tolerância da sessão:<ul style="list-style-type: none"><li>• Consciencializar sobre o controlo da respiração,</li><li>• Instruir/treinar sobre o controlo e dissociação dos tempos</li></ul></li></ul> |
|--|---|--|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>respiratórios (inspiração pelo nariz e expiração pela boca),</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivar a expiração com os lábios semi-cerrados (minimizar a dor);</li></ul> <p>- Proporcionar período de descanso de 30 minutos (acordado com a cliente como modo compensatório pela participação);</p> <p>- Realizar atividades terapêuticas 1 sessão de 5 repetições (momento dos cuidados perineais e substituição de fralda):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitação cruzada (pedindo o creme, entre outros objetos presentes na sua mesa de cabeceira),</li><li>• Rolamento,</li><li>• Ponte;</li></ul> |
|--|--|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Executar/Treinar/Instruir exercício de equilíbrio estático sentado (sentar a Sr.<sup>a</sup> E.C. na cama, com as mãos de cada lado do corpo, pés no chão no alinhamento dos ombros e extensão do tronco e cabeça, afastar a cadeira de rodas do seu alcance e campo de visão de modo a diminuir o déficit de atenção);</li><li>- Executar/Treinar/Instruir técnica de transferência da Sr.<sup>a</sup> E.C. da cama para cadeira de rodas, corrigindo a postura corporal (não utilização de espelho, evita visualizar a sua imagem refletida);</li><li>- Proporcionar base de acrílico para que a Sr.<sup>a</sup> E. C. consiga corrigir padrão espástico do MSD;</li><li>- Instruir/Treinar sobre automobilizações (elevação);</li><li>- Instruir/Treinar exercícios de motricidade fina recorrendo a utensílios</li></ul> |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>da terapia ocupacional<br/>(apertar/desapertar parafusos);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o reforço positivo;</li> <li>- Avaliar/Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Força muscular (<i>Medical Research Council Muscle Scale</i> – Anexo VI),</li> <li>• Tônus muscular (<i>Escala Ashworth Modificada</i> – Anexo VII),</li> <li>• Equilíbrio (<i>Escala de Berg</i> – Anexo V),</li> <li>• Dor (<i>Escala Visual Analógica</i> – Anexo III).</li> </ul> </li> </ul> |
| <p>05/12/18</p> <p>Défice do Autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene Pessoal;</li> <li>- Vestir/Despir;</li> </ul> <p>[Relacionado com alterações neurológicas</p> <p>Manifestado por incapacidade de tomar banho sozinha, necessitando de ajuda</p> | <p>Alcançável ao final de 6 semanas (data aproximada da avaliação pela equipa interdisciplinar):</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. mantenha a sua higiene e conforto.</p> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ambiente calmo, com temperatura amena adequado à realização de ABVD;</li> </ul>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>máxima segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]</p>   | <p>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. consiga realizar a sua higiene pessoal e vestir/despir-se com ajuda moderada.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a sequência do autocuidado higiene pessoal, transferência da cama para a cadeira de duche assistido, uso sanitário (treino de eliminação), numa sequencia de treino de hábitos por repetição;</li> <li>- Instruir/Treinar a participar no seu autocuidado higiene pessoal, utilizando o MSE (lavar, escovar os dentes, colocar desodorizante, creme e pentear);</li> <li>- Instruir/treinar a utilização do MSD no autocuidado higiene pessoal;</li> <li>- Instruir/Treinar estratégias adaptativas para vesti/despir;</li> <li>- Incentivar o reforço positivo;</li> <li>- Avaliar/Monitorizar a capacidade de participação da Sr.<sup>a</sup> E.C. no autocuidado de acordo com a Escala MIF (Quadro 5).</li> </ul> |
| <p>05/12/18</p> <p>Défice do autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentar-se</li> </ul> | <p>Alcançável ao final de 4 semana:</p> <p>Resultado Esperado:</p>  | <p>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório;</p>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>[Relacionado com alterações neurológicas</p> <p>Manifestado por incapacidade de preparar/cortar os alimentos e déficit de atenção na ação de alimentar-se, necessita de ajuda moderada segundo a Escala de Medida de Independência Funcional]</p> | <p>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. mantenha adequada ingestão de alimentos e água.</p> <p>- Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. consiga realizar a ação de alimentar-se com supervisão, se necessário utilizando dispositivos auxiliares.</p> | <p>Sistema de enfermagem apoio- educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ambiente adequado à realização da ABVD alimentar-se (junto dos profissionais e de costas para a porta de entrada para minimizar o déficit de atenção);</li> <li>- Proporcionar alimentação adequada à Sr.<sup>a</sup> E. C., tentando ir de encontro com as suas preferências (progrediu de dieta pastosa para dieta mole devido a peças dentárias incompleta);</li> <li>- Instruir/Treinar posicionamento durante as refeições (posição sentada, alinhamento corporal);</li> <li>- Instruir/Treinar a realizar o autocuidado alimentar-se com o MSE (pegar no talher corretamente);</li> <li>- Instruir/Treinar a participar no autocuidado alimentar-se com o MSD;</li> </ul> |
|--|---|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar dispositivos facilitadores ao autocuidado alimentar-se (superfície antiderrapante por debaixo do prato, prato com rebordo e copo adaptado);</li><li>- Incentivar o reforço positivo;</li><li>- Incentivar a ingestão de alimentos pausadamente;</li><li>- Alterar a disposição da Sr.<sup>a</sup> E. C. na mesa, mantendo-a junto dos profissionais, mas de frente para a porta (distração lhe permita alimentar-se pausadamente);</li><li>- Proporcionar períodos de pausas entre os diversos pratos (sopa, carne/peixe e a fruta);</li><li>- Incentivar a ingestão de água (1l a 1,5l dia);</li><li>- Avaliar/Monitorizar a capacidade de participação da Sr.<sup>a</sup> E.C. no autocuidado de acordo com a Escala MIF (Quadro 5).</li></ul> |
|--|--|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>05/12/18</p> <p>Continência urinária e intestinal comprometida</p> <p>[Relacionado com alterações neurológicas</p> <p>Manifestado por incapacidade de verbalizar vontade de urinar/evacuar e conseguir deslocar-se à casa de banho, necessitando de ajuda máxima segundo a Escala de Medida de Independência Funcional - Quadro 5)]</p> | <p>Alcançável ao final de 6 semanas (data aproximada da avaliação pela equipa interdisciplinar):</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. minimize as perdas urinárias e fecais na fralda.</p> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar padrão de eliminação vesical (quantidade e características da urina);</li><li>- Monitorizar a eliminação intestinal (padrão dia e hora do mesmo e características das dejeções);</li><li>- Avaliar o conhecimento da Sr.<sup>a</sup> E.C. sobre a sensibilidade do início da micção ou dejeção;</li><li>- Monitorizar a ingestão de água após jantar (1 copo de aproximadamente 100 ml) de modo a evitar um maior volume de urina noturno;</li><li>- Proporcionar idas recorrente à casa de banho para treino de hábitos e ter em conta o reflexo gastrocólico na</li></ul> |
|--|--|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <p>eliminação intestinal (antes/após as refeições e antes de dormir);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o reforço positivo;</li> <li>- Avaliar/Monitorizar a capacidade de controlo de esfíncteres da Sr.ª E.C. no autocuidado de acordo com a Escala MIF (Quadro 5).</li> </ul>   |
| <p>05/12/18</p> <p>Memória a curto e longo prazo comprometida</p> <p>[Relacionada com alterações neurológicas</p> <p>Manifestado por desorientação tempo/espaço, ajuda máxima na Escala de Medida de Independência Funcional]</p> | <p>Alcançável ao final de 6 semanas (data aproximada da avaliação pela equipa interdisciplinar):</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que a Sr.ª E.C. consiga enumerar pelo menos pelo menos 3 dimensões do tempo (dia da semana, mês, estação do ano), o espaço físico e factos do passado conhecido.</p> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ambiente calmo para a reabilitação cognitiva (quarto);</li> <li>- Questionar a Sr.ª E.C. quem eu sou, como me chamo;</li> <li>- Questionar a senhora Sr.ª E.C. sobre dimensões tempo e espaço (estação do ano, ano decorrente, mês, dia, local onde se encontra);</li> </ul> |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a Sr.<sup>a</sup> E.C. a verbalizar factos recentes (o que ingeriu às refeições) e do passado (trabalho, casa, filho);</li> <li>- Realizar reabilitação cognitiva com a utilização de material educativo (jogos de imagens/palavras, pedindo que os repita numa sequência e que ao final de aproximadamente 5 minutos os consiga novamente verbalizar);</li> <li>- Incentivar o reforço positivo;</li> <li>- Avaliar/Monitorizar o progresso das intervenções e registar de forma livre no processo da cliente.</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;">05/12/19</p> <p style="text-align: center;">Atenção comprometida<br/>[Relacionada com alterações<br/>neuroológicas<br/>Manifestada por incapacidade de<br/>concentração nas sessões de<br/>Reabilitação]</p> | <p style="text-align: center;">Alcançável ao final de 6 semanas (data<br/>aproximada da avaliação pela equipa<br/>interdisciplinar):</p> <p style="text-align: center;">Resultado Esperado:<br/>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. melhore a sua<br/>concentração nas sessões de</p> | <p style="text-align: center;">Sistema de Enfermagem Totalmente<br/>Compensatório;<br/>Sistema de Enfermagem Apoio-<br/>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ambiente calmo, com temperatura e luz amena para evitar distrações (quarto);</li> </ul>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | reabilitação, ajustando intervenções à sua participação.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar à Sr.<sup>a</sup> E.C. uma posição de conforto, relaxamento;</li> <li>- Instruir/treinar dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática;</li> <li>- Avaliar preferências da Sr.<sup>a</sup> E. C. (gostos musicais);</li> <li>- Realizar em conjunto contagem das repetições da sessão;</li> <li>- Realizar reabilitação cognitiva, fornecendo-lhe objetos pedindo que os identificasse e que fornecesse características (cor, forma);</li> <li>- Avaliar/Monitorizar as intervenções em registo livre.</li> </ul> |
| <p>10/12/18</p> <p>Risco elevado de desenvolver lesão por pressão (Score 14 na Escala de <i>Bradden</i>)</p> <p>[Relacionada com alterações neurológicas</p> <p>Manifestado mobilidade comprometida.]</p> | <p>Alcançável num continuo de cuidados:</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que a Sr.<sup>a</sup> E.C. mantenha a integridade cutânea.</p> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <p>- Vigiar/manter integridade cutânea:</p>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele sem exposição a humidade e hidratada,</li> <li>• Aliviar zonas de pressão, alternando e incentivando a Sr.<sup>a</sup> E.C. a alternar decúbitos (3x) no período noturno;</li> </ul> <p>- Utilizar dispositivos de suporte para alívio de pressão (colchão, almofada);</p> <p>- Avaliar/Monitorizar o risco de lesão por pressão (mensalmente segundo a Instituição) pela Escala de <i>Bradden</i> (Anexo I).</p> |
| <p>10/12/18</p> <p>Risco elevado de queda (Score de 65 pela Escala de <i>Morse</i>)<br/>[Relacionado com alterações neurológicas<br/>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estado confusional,</li> <li>• equilíbrio estático diminuído,</li> </ul> | <p>Alcançável num continuo de cuidados:</p> <p>Resultado Esperado:<br/>Que a Sr.<sup>a</sup> E. C. não apresente queda.</p> | <p>Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório;</p> <p>Sistema de Enfermagem Apoio-Educação:</p> <p>- Gerir ambiente físico seguro (evitar zonas ou superfícies ao alcance da Sr.<sup>a</sup> E.C. que lhe possibilitem o levantar sem</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• mobilidade comprometida.</li> </ul> |  | <p>supervisão, dispô-la em local com maior supervisão dos profissionais);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar medidas de segurança (grades na cama, contenção física);</li> <li>- Evitar longos períodos em cadeira de rodas sem supervisão;</li> <li>- Otimizar a sua posição sentada (alinhamento corporal);</li> <li>- Avaliar/monitorizar o risco de queda (após 15 dias segundo a Instituição) pela Escala de <i>Morse</i> (Anexo IX);</li> <li>- Avaliar/Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Força muscular (<i>Medical Research Council Muscle Scale</i> – Anexo VI),</li> </ul> </li> </ul> <p>Equilíbrio (Escala de <i>Berg</i> – Anexo X);</p> |
|--|--|--|

**Quadro 7** – Plano de Cuidados

## 6 – AVALIAÇÃO

A Sr.<sup>a</sup> E.C. deu entrada na UMDR no dia 04/12/18, encontrava-se vígil, parcialmente orientada autopsiquicamente, com desorientação alopsíquica, no espaço e tempo. Tendência para a hipertensão (TA: 168/91mm/Hg; FC: 78bpm), associado a quadro de agitação psicomotora que desenvolve. Presenciado o episódio e tendo conhecimento do diagnóstico de AVC do hemisfério esquerdo era espectável que a cliente apresentasse um olhar predominante para a esquerda, negligenciando o hemicorpo direito, contrário ao observado. Pelo que, houve necessidade de consultar e pesquisar novos dados referente à situação clínica da Sr.<sup>a</sup> E.C., onde posteriormente se encontrou a referência ao Hematoma Subdural e Subaracnoideu Direito Traumático, derivado da queda.

Apresentava fáceis triste. Sem hemianospia ou oftalmopareseia, identificando-se paresia facial central à direita, pela avaliação dos pares cranianos.

Com ligeira disartria, sem alterações da linguagem, cumprindo ordens simples, mas com dificuldade em cumprir ordens complexas, demonstrando défice de atenção. Memória a longo prazo e curto prazo comprometida.

A Sr.<sup>a</sup> E.C. apresentava hemiparésia à direita, força de grau 2 no membro inferior direito (MID) e membro superior direito (MSD), mão/dedos grau 1, segundo a *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo VI) e espasticidade grave, de predomínio distal segundo a avaliação do tônus pela Escala *Ashworth* Modificada (Anexo VII).

Equilíbrio estático sentado diminuído segundo a Escala de *Berg* (Anexo V).

Dependente máxima nas atividades básicas de vida diária (ABVD) segundo a MIF.

Sem disfagia a sólidos ou líquidos, sem necessidade de ser realizada a avaliação da deglutição recorrendo a instrumentos, como o Teste de Guss.

Alternava períodos entre a cama (período noturno), cadeira de rodas com base de apoio em acrílico (período da manhã) e cadeirão (período da tarde).

Sem controlo de esfíncteres, urinava e evacuava na fralda.

De acordo com a avaliação foram enunciados diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação referentes à mobilidade comprometida, ao défice dos autocuidados higiene pessoal e vestir/despir, alimentar-se, atenção comprometida, memória a curto e longo prazo comprometida, continência urinária e intestinal comprometida, com alto risco de desenvolver lesão por pressão e alto risco de queda, com valores

sobreponíveis na avaliação inicial e final através das Escalas de *Bradden* e *Morse*, respetivamente.

A avaliação foi realizada em dois dias, devido à reduzida participação e tolerância por parte da cliente. Como refere Martins (2013), o exame neurológico pode requerer duas ou mais sessões de avaliação, dependendo da colaboração do cliente, uma vez que se torna um processo extenso, que contempla a história clínica, a aplicação de testes ou escalas, selecionados de forma a esclareceras manifestações e a avaliar o seu impacto na vida do cliente.

Após identificadas as necessidades da Sr.<sup>a</sup> E.C. foi estabelecido um plano de intervenções de reabilitação tendo em conta o potencial de capacidades da cliente, posteriormente discutidos em equipa interdisciplinar, com prazo estabelecido de aproximadamente 6 semanas para posterior reavaliação. Devido ao estado confusional da Sr.<sup>a</sup> E.C., a mesma não pôde participar ativamente na decisão do seu processo de reabilitação, encontrando-se também sem suporte familiar, pelo facto do filho estar ausente no Brasil e a pessoa de referência identificada pela Instituição estar ausente e desresponsabilizando-se do processo. Identificada esta situação houve a necessidade de a equipa monitorizar o apoio social necessário à Sr.<sup>a</sup> E.C.

A primeira abordagem em todas as intervenções de reabilitação à Sr.<sup>a</sup> E.C. prendiam-se com a minha apresentação, de modo a que a cliente me identificasse e reconhecesse da sessão anterior, no entanto, até ao final do estágio não foi capaz de referir o meu nome. Apesar de não me identificar pelo nome, criou-se um processo de empatia, que muito se deveu pelo facto de conhecer bem a cliente, da capacidade de negociação nas intervenções estabelecidas, manifestando-se na sua participação e expressão facial ao longo do processo de reabilitação.

O passo seguinte era explicar diariamente toda a intervenção com calma, pausadamente com o objetivo da Sr.<sup>a</sup> E.C. se concentrar em cada intervenção a realizar, de forma a concretizá-la de forma eficaz, e que a repetição das intervenções fosse interiorizada como processo de aprendizagem, sendo necessário sempre o estímulo para a ação a desenvolver. A cada dia nos cuidados de higiene pessoal e vestir/despir obtiveram-se ganhos, como por exemplo a Sr.<sup>a</sup> E.C. conseguir lavar a cara, o tórax, as coxas, o períneo e escovar os dentes com o MSE, sempre com estímulo verbal. A utilização do MSD em pegar na esponja do banho para lavar algumas zonas do corpo, ou o facto de conseguir colocar desodorizante na axila esquerda utilizando a mão direita, sendo necessário o estímulo da ação, foram ganhos visíveis no seu autocuidado. Inicialmente a Sr.<sup>a</sup> E.C. necessitava de uma ajuda

máxima segundo a MIF, necessitando atualmente de uma ajuda moderada, existindo ainda restrição da sua mobilidade e transferência para a cadeira de duche assistido, pelo que, o objetivo referente ao diagnóstico de reabilitação identificado foi alcançado com sucesso no final da sexta semana, discutido em reunião com a equipa interdisciplinar.

No diagnóstico referente ao défice no autocuidado alimentar-se foi estabelecido outro tempo de alcançar o objetivo (4 semanas), pois a ganho nas intervenções estabelecidas seriam alcançados mais rapidamente, uma vez que inicialmente uma das dificuldades era o défice de atenção por parte da Sr.<sup>a</sup> E.C. em receber o estímulo da hora da refeição. A instrução e treino em pegar corretamente no talher, utilizando medidas de apoio, como a base antiderrapante ou o prato de bordo alto facilitaram o processo de reabilitação. É também nesta fase que se recorrem a atitudes terapêuticas como a facilitação cruzada, colocando o talher ou o copo no campo visual direito, de modo a minimizar o *neglet* que possa existir. Posteriormente surge um problema relacionado com a rapidez de ingestão de alimentos por parte da Sr.<sup>a</sup> E.C., pelo que, houve necessidade de redimensionar a sua posição na mesa, tendo em conta o período de pausa entre os diversos pratos fornecidos na refeição. Inicialmente a Sr.<sup>a</sup> E.C. necessitava de uma ajuda moderada no autocuidado alimentar-se, de acordo com a MIF, e atualmente necessita de uma supervisão, não tendo capacidade de realizar compras e confeccionar as suas refeições.

A mobilidade comprometida, outro diagnóstico de reabilitação identificado, necessitando inicialmente de ajuda de duas pessoas na transferência, atualmente com a necessidade de ajuda de apenas uma pessoa, de acordo com a Escala de *Berg* (Anexo V), alcançando-se objetivos como: a adequada postura corporal sentada; a melhoria do equilíbrio estático sentado, conseguindo permanecer no final do processo de reabilitação por mais de 30 segundo, de acordo com Escala de *Berg* (Anexo V); a participação no levante, pela instrução e treino do levante com a flexão do tronco; a melhoria da força muscular, de acordo com a *Medical Research Council Muscle Scale* (Anexo VI) e melhoria do tónus, de acordo com a Escala de *Ashworth* Modificada (Anexo VII). Os referidos objetivos foram alcançados num *continuum* de sessões de reabilitação, realizadas periodicamente e principalmente no período da manhã após serem prestados os cuidados de higiene pessoal e o pequeno almoço, hora coincidente com toma de medicação analgésica, de modo a permitir tolerar as mobilizações do hemicorpo direito, o hemicorpo doloroso. De ressaltar que a avaliação da dor foi representativa de um valor aproximado, não preciso em termos

quantitativos, mas sim qualitativos, devido aos défices cognitivos apresentados pela Sr.<sup>a</sup> E.C., sendo utilizada a Escala Visual Analógica, que facilitou o processo de representar a dor pela cliente.

Antes e após as intervenções de Enfermagem de Reabilitação eram avaliados os sinais vitais, mantendo tensões arteriais estáveis (125/76 mm/Hg).

Diariamente era necessário encontrar estratégias para a participação da Sr.<sup>a</sup> E.C. nas sessões de reabilitação, desde a colocação de música consoante o seu gosto musical ou a contagem em voz alta do número de repetições das mobilizações, medidas encontradas para que a cliente participasse ativamente no processo com concentração máxima nos exercícios. Devido à concentração exigida, as sessões sempre contemplaram apenas dez repetições, pois maior número de vezes dissipava a correta execução e concentração por parte da Sr.<sup>a</sup> E.C. Obtiveram-se ganhos não quantitativos em termos de amplitude, mas visualmente identificados, com a particularidade da Sr.<sup>a</sup> E.C. ser capaz de realizar mobilizações ativas de alguns segmentos do hemicorpo direito, quando estimulada.

As estratégias encontradas permitiram de igual forma um maior conhecimento da cliente e crescimento profissional e pessoal, pela criatividade desenvolvida e particularidade no modo de intervenção.

As sessões de mobilizações ao serem iniciadas pelo hemicorpo esquerdo, possibilitou maximizar o nível de concentração e participação da cliente, podendo ser representado pela ansiedade do processo, o qual não sendo explícito, o seu fáceis demonstrava maior tolerância e empenho dando início à sessão pelo hemicorpo não doloroso. Após as mobilizações do hemicorpo direito era proporcionado à Sr.<sup>a</sup> E.C. um período de repouso na cama, uma negociação estabelecida no início da sessão como modo compensatório da sua participação, como de igual forma a referência à hora do almoço, momento compensador para a cliente.

O incentivo nas sessões de reabilitação motora não foi o único desafio neste processo, todo o processo de cuidar era um desafio sentido na prestação de cuidados à Sr.<sup>a</sup> E.C. O treino cognitivo ou da memória a curto e longo prazo que se encontravam deficitários eram realizados ao longo de vários momentos durante o dia, como se de uma conversação se tratasse, estratégia encontrada para a Sr.<sup>a</sup> E.C. participar, pois havendo um período específico de treino de capacidades, a sua desatenção não permitia o processo de reabilitação, ficando por vezes agressiva verbalmente. Foi então, que em vários momentos do dia, aquando do autocuidado higiene pessoal ou alimentar-se, por exemplo, a reabilitação cognitiva era realizada.

Também no período da tarde, quando a cliente não se encontrava muito cansada, por exemplo antes da hora do lanche. Nesse momento eram utilizados produtos de apoio (jogos) que possibilitassem a sua reabilitação cognitiva, mais uma vez com o incentivo da hora do lanche. O sucesso deste processo prende-se com pequenos pormenores, bastante significativos para a cliente e própria equipa, pois no final do estágio a Sr.<sup>a</sup> E.C. soube reconhecer que o seu filho estaria no Brasil em trabalho, dado que não reconhecia, referindo que vivia com o seu filho e o mesmo se encontrava em casa.

A eficácia do processo e os ganhos obtidos devem-se também ao empenho da equipa interdisciplinar presente nesta Instituição, que em prol do cliente delineiam objetivos em conjunto adequados ao potencial do cliente, para a melhoria do seu processo de saúde. Segundo Branco (2017, p.29), a equipa interdisciplinar “caracteriza-se pela colaboração sistemática entre todos os elementos da equipa na definição de objetivos e procedimentos a adotar”, superior ao somatório dos resultados de cada disciplina, potenciando-se mutuamente.

Outros dos objetivos alcançados no final da sexta semana de intervenção é referente à incontinência urinária e intestinal que a Sr.<sup>a</sup> E.C. apresentava, verificando-se um menor número de perdas na fralda. A incapacidade de verbalizar o estímulo devido ao seu défice neurológico, bem como a sua incapacidade funcional motora resultante da mobilidade comprometida eram os problemas major nesta necessidade identificada. A intervenção de reabilitação manifestou-se com o treino de hábitos, criando horários padronizados de acordo com a cliente, de modo a otimizar o seu padrão de eliminação. Após acordar e antes de dormir transferia-se a cliente até ao sanitário, bem como antes e após as refeições, de modo a criar um hábito na Sr.<sup>a</sup> E.C., com reforço positivo após cada sucesso obtido. Foi evidente a evolução, conseguindo manter ultimamente a fralda limpa durante o período diurno, verificando-se também menor quantidade ou ausência de urina na fralda quando acordava.

Algumas das características da Sr.<sup>a</sup> E.C. remeteram para o levantamento de riscos associados à prevenção dos riscos para a vida humana e funcionamento e bem-estar humano, como requisitos universais do autocuidado, sendo pertinente a elaboração de diagnóstico de risco de quedas e lesão por pressão, de forma a manter a integridade de cada cliente, respeitando princípios de promoção da saúde e prevenção de riscos.

Aquando da reunião de avaliação por parte da equipa interdisciplinar, onde se definem e reveem os objetivos e estratégias de tratamento (Branco, 2017), aflui-se a certeza da necessidade de integração social da Sr.<sup>a</sup> E.C. de modo a promover o seu

funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser “normal”, de acordo com os requisitos universais de autocuidado. Sem apoio familiar, com processo jurídico em curso para obter os seus bens materiais, o passo seguinte é referenciar a Sr.<sup>a</sup> E.C. para uma ULDM.

Terminado este processo questiono como será o futuro da Sr.<sup>a</sup> E.C., a eventual Instituição dispõe de profissionais diferenciados que permitam a manutenção ou melhoria das capacidades da cliente? O sucesso obtido no processo de reabilitação foi alcançado com persistência e insistências da equipa, com dados pouco significativos em termos quantificáveis, mas qualitativamente expressivos em toda a equipa, em especial em mim, permitindo o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

## 7 – REFLEXÃO FINAL

A seleção do presente estudo de caso prendeu-se com as particularidades encontradas na cliente. A sua entrada, um momento de *stress* para a cliente e profissionais, requerendo de imediato uma especial atenção por parte da enfermeira orientadora.

Neste período de Estágio na presente UMDR tive a oportunidade de presenciar o acolhimento de diversos clientes e suas perspectivas futuras ao ingressarem na Instituição. Uma das singularidades nestes clientes, sobretudo em pessoas com o diagnóstico de AVC, prende-se com o *stress* sentido no momento da entrada na Instituição. Com a diversidade de fatores envolventes, mas com a particularidade da incerteza da perspectiva de futuro para si e para a sua família, algumas das quais sendo pouco reais à sua referência ou potencial de reabilitação. Muitos dos clientes relatam ainda, a saturação do período envolvente, exaustos de internamento em meio hospitalar, ou em instituições com a mesma tipologia, com a necessidade de voltar para os seus domicílios, retomar a sua vida. Como refere Martins (2002), o AVC constitui um acontecimento *stressante*, motivado desde a imprevisibilidade do seu surgimento, às sequelas que se manifestam, até à reorganização da pessoa e família.

No caso da Sr.<sup>a</sup> E.C., uma cliente transferida de uma instituição hospitalar, com acesso pouco detalhado à sua informação clínica, com ineficácia na transmissão de informação pela mesma. À entrada na Instituição a Sr.<sup>a</sup> E.C. desenvolve um quadro de agitação psicomotora, com movimentos descoordenados, gemidos associados, não sendo capaz de imediato fornecer um discurso perceptível, nem responder a questões simples, com o intuito de se compreender o que sentia. A enfermeira orientadora de imediato interveio, conseguindo identificar um potencial indicador de ter despoletado tal intercorrência. Gerindo o débito de pessoas que envolviam o espaço da Sr.<sup>a</sup> E.C., transferindo-a para o seu quarto, conseguiu proporcionar ambiente calmo à cliente, enunciando técnicas de reabilitação, coma a posição de relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios. Após a necessidade da Sr.<sup>a</sup> E.C. ser alcançada, conseguiu-se comunicar com a cliente, de forma a compreender a sua orientação autopsíquica e no espaço, de modo a minimizar o *stress* sentido. Posteriormente emerge a necessidade de compreender a sua orientação alopsíquica, não reconhecendo os profissionais de saúde, surge a necessidade da apresentação informal dos intervenientes, proporcionando um momento de empatia, que foi alcançado através de um sorriso da Sr.<sup>a</sup> E.C. De seguida transferiu-se a Sr.<sup>a</sup> E.C.

para uma cadeira de rodas para lhe proporcionar a apresentação de alguns profissionais, bem como o espaço da Instituição. Na avaliação da presente situação descrita foram evocadas competências do enfermeiro especialista, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a, p.2). A capacidade e avaliação da situação permitiu a prestação de cuidados especializados tendo em conta a necessidade da cliente, assumindo-se a responsabilidade de gestão da situação potencialmente comprometedora para a Sr.<sup>a</sup> E.C., avocando o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, segundo a OE (2010a). A gestão do ambiente foi um item fulcral nesta situação, permitindo a efetividade terapêutica centrada na cliente, prevenindo acidentes, gerindo os riscos, de modo a adequar o bem-estar da Sr.<sup>a</sup> E.C., sendo um dos domínios de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) a melhoria da qualidade (OE, 2010a). Esta primária intervenção do EE, e de salvaguardar o pouco conhecimento acerca da cliente, permitiu aferir informação importante para o processo de cuidar, os possíveis diagnósticos e intervenções eficazes a estabelecer. É igualmente competência do EE a assessoria aos seus pares, delineando orientações para a sua prática, supervisionando e avaliando os cuidados prestados, para a efetividade da qualidade dos cuidados. Desta forma, segundo a OE (2010a), é-lhe reconhecido o domínio da gestão de cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Na presente UMDR existe um local próprio para as refeições com mesas dispersas com ocupação até quatro clientes, com a preocupação de os lugares serem fixos, de modo a proporcionar empatia entre os cliente, a se estabelecerem laços entre os próprios e ser um estímulo no autocuidado alimentar-se, uma intervenção de reabilitação. Existem ainda outros fatores importantes na distribuição dos locais, como por exemplo a mobilidade de cada cliente e as suas necessidades nesta ABVD. Os clientes com mobilidade comprometida e necessidade de intervenção de enfermagem num sistema totalmente ou parcialmente compensatório são posicionados mais próximos dos profissionais de saúde, de forma a responder eficazmente às suas necessidades. Tendo em consideração estas particularidades, bem como as características da Sr.<sup>a</sup> E.C., optou-se por ser igualmente posicionada junto dos profissionais, evitando o confronto direto com a visualização total da sala, de modo a

possibilitar a concentração da cliente, tentando eliminar fatores potenciadores de distração ou agitação. O conhecimento sólido acerca da enfermagem contribui para a prática especializada do EE, na medida em que demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados, reconhecendo e antecipando situações potenciadoras de conflitos, atuando ainda como formador em contexto de trabalho, sendo da sua responsabilidade o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

Pela avaliação de reabilitação da Sr.<sup>a</sup> E.C., recorrendo a instrumentos de avaliação, foram identificados diagnósticos face às respostas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, de alimentação, de eliminação e de realização de ABVD da Sr.<sup>a</sup> EC., bem como os riscos associados a alterações da funcionalidade. Após identificadas as necessidades da cliente o EEER deve ser capaz de identificar fatores facilitadores para a otimização da funcionalidade do cliente, assim como identificar fatores inibidores para a realização das ABVD de acordo com a sua incapacidade, de forma a conceber planos de intervenções para a redução do risco e alterações da funcionalidade (OE, 2010b). Numa primeira instância emerge a necessidade de posicionar a Sr.<sup>a</sup> E.C. num lugar da mesa de refeição que lhe permitisse uma posição de segurança adequada à sua necessidade no momento, um ambiente calmo. Após ultrapassada esta barreira, houve um conjunto de intervenções de instrução e treino que permitiram à Sr.<sup>a</sup> E.C. realizar o seu autocuidado alimentar-se, acedendo ao auxílio de produtos de apoio que lhe permitiram a independência funcional na referida ABVD. Aquando a reavaliação e monitorização dos resultados, identificou-se outro risco de funcionalidade em alimentar-se, a ingestão rápida de alimentos. Após capacitada, era essencial maximizar a sua funcionalidade, recorrendo novamente à implementação de estratégias que possibilitassem resultados adequados à sua qualidade de vida. Pelo que, a Sr.<sup>a</sup> E.C. foi posicionada num local da mesa que lhe permitisse ter maior visibilidade sobre os outros clientes presentes na sala, de modo a que uma possível e moderada distração causasse um efeito pausado da atividade alimentar-se.

O EEER presta cuidados a clientes com necessidades especiais, impossibilitados de executar atividades básicas de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, com limitações da atividade e restrições da participação, muitas vezes de natureza permanente visando a sua qualidade de vida e reintegração e participação na sociedade (OE, 2010b).



## 8 – Referências Bibliográficas:

- Direção-geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Ferro, & J. Pimentel, (Eds.). *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 101-111). Lisboa: Lidel.
- International Council of Nurses (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Versão 2. Geneva: ICN.
- Branco, P. (2017). Equipa de reabilitação. In C. Vieira, & L. Sousa, (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Martins, I. (2013). Funções cognitivas. In J. Ferro, & J. Pimentel (Eds.). *Neurologia fundamental: princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 1-24). Lisboa: Lidel.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* (1ª reimp.) Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE.  
Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.



**ANEXOS**



**ANEXO I – Escala de *Bradden***



| <b>Escala de <i>Bradden</i></b>  |                            |           |
|----------------------------------|----------------------------|-----------|
| Perceção sensorial               | Completamente limitada     | 1         |
|                                  | Muito limitada             | 2         |
|                                  | Ligeiramente limitada      | 3         |
|                                  | Nenhuma limitação          | 4         |
| Humidade                         | Pele constantemente húmida | 1         |
|                                  | Pele muito húmida          | 2         |
|                                  | Pele ocasionalmente húmida | 3         |
|                                  | Pele raramente húmida      | 4         |
| Atividade                        | Acamado                    | 1         |
|                                  | Sentado                    | 2         |
|                                  | Anda ocasionalmente        | 3         |
|                                  | Anda frequentemente        | 4         |
| Mobilidade                       | Completamente imobilizado  | 1         |
|                                  | Muito limitada             | 2         |
|                                  | Ligeiramente limitada      | 3         |
|                                  | Nenhuma limitação          | 4         |
| Nutrição                         | Muito pobre                | 1         |
|                                  | Provavelmente inadequada   | 2         |
|                                  | Adequada                   | 3         |
|                                  | Excelente                  | 4         |
| Fricção e forças de deslizamento | Problema                   | 1         |
|                                  | Problema potencial         | 2         |
|                                  | Nenhum problema            | 3         |
| <b>Score</b>                     |                            | <b>14</b> |

| <b>Classificação</b> |      |
|----------------------|------|
| Baixo Risco          | ≥ 17 |
| Alto Risco           | ≤ 16 |

Fonte: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)



## **ANEXO II – Índice de Massa Corporal**



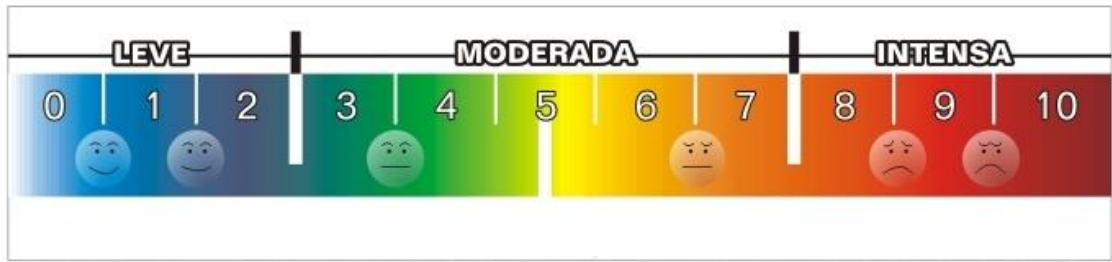
| <b>Classificação</b> | <b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b> |
|----------------------|-------------------------------|
| Magreza Severa       | < 16,00                       |
| Magreza Média        | 16,00 – 16,99                 |
| Magreza Moderada     | 17,00 – 18,49                 |
| Normal               | 18,50 – 24,99                 |
| Pré-obesidade        | 25,00 – 29,99                 |
| Obesidade I          | 30,00 – 34,99                 |
| Obesidade II         | 35,00 – 39,99                 |
| Obesidade III        | ≥ 40                          |

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>



## **ANEXO III – Escala Visual Analógica**





Fonte: <https://www.tratamientoictus.com/escala-eva-de-dolor-2/>



**ANEXO IV – *National Institutes Health Stroke Scale***



## **National Institutes Health Stroke Scale**

| <b>Instruções</b>  | <b>Definição da escala</b>  | <b>05/12/18</b> | <b>17/01/19</b> |
|--|---|-----------------|-----------------|
| <p>1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o cliente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.</p>   | <p>0 - Acordado: responde corretamente.</p> <p>1 – Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p>2 – Estuporoso: acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 – Comatoso: apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p> | <b>0</b>        | <b>0</b>        |
| <p>1b. NDC Questões: O cliente é questionado sobre mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Clientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Clientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave ou qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o cliente com dicas verbais ou não verbais.</p> | <p>0 – Responde ambas as questões corretamente.</p> <p>1 – Responde a uma questão corretamente.</p> <p>2 – Não responde a nenhuma questão corretamente.</p>   | <b>2</b>        | <b>1</b>        |
| <p>1c. NDC Ordens: O cliente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda</p>   | <p>0 – Realiza ambas as tarefas corretamente.</p> <p>1 – Realiza uma tarefa corretamente.</p> <p>2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>   | <b>0</b>        | <b>0</b>        |

que não completada devido à fraqueza muscular. Se o cliente não responder à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Clientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <p>2. Melhor Olhar Conjugado: teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o cliente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o cliente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou IV), pontue 1. O olhar é testado em todos os clientes afásicos. Clientes com trauma ou oclusão ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do cliente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p> | <p>0 – Normal.<br/>1 – Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado.<br/>2- Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p> | <p>0      0</p> |
| <p>3. Campos visuais: Os campos visuais quadrantes superiores e inferiores são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O</p>  | <p>0 – Sem défices campimétricos.<br/>1 – Hemianópsia parcial.<br/>2 – Hemianópsia completa.</p>   | <p>0      0</p> |

|  |  |                     |                     |
|--|--|---------------------|---------------------|
| <p>cliente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado normal, se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o cliente é invisual por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.</p> | <p>3 – Hemianópsia bilateral (invisual, incluindo cegueira cortical).</p>  |                     |                     |
| <p>4. Parésia facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o cliente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos clientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>   | <p>0 – Movimentos normais simétricos.<br/> 1 – Paralisia facial minor (apagamento do sulco nasogeniano, assimetria no sorriso).<br/> 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).<br/> 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p> | <p>2</p>            | <p>1</p>            |
| <p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos, O cliente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é</p>   | <p>0 – Sem queda, mantém braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.<br/> 1 – Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.<br/> 2 – Algum esforço contra a gravidade: o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.</p>          | <p><b>5a. 1</b></p> | <p><b>5a. 0</b></p> |
|  |  | <p><b>5b. 3</b></p> | <p><b>5b. 2</b></p> |

|  |   |       |       |
|--|---|-------|-------|
| <p>testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>  | <p>3 – Nenhum esforço contra a gravidade: o braço cai logo; pousado o membro faz algum movimento.<br/> 4 – Nenhum movimento.<br/> NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>5a. Membro superior esquerdo<br/> 5b. Membro superior direito</p>   | 6a. 1 | 6a. 0 |
| <p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre em posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O cliente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p> | <p>0 – Sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.<br/> 1 – Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.<br/> 2 – Algum esforço contra a gravidade: a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.<br/> 3 – Nenhum esforço contra a gravidade: a perna cai logo; pousado o membro faz algum movimento.<br/> 4 – Nenhum movimento.<br/> NT – amputação ou anquilose, explique_____</p> <p>6a. Membro inferior esquerdo.<br/> 6b. Membro inferior direito.</p> | 6b. 3 | 6b. 1 |
| <p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes <u>dedo-nariz</u> e <u>calcanhar-joelho</u> são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A</p>  | <p>0 – Ausente.<br/> 1 – Presente em 1 membro.<br/> 2 – Presente em 2 membros.</p> <p>NT – amputação ou anquilose,<br/> Explique:<br/> _____espasticidade_____</p>  | 2     | 2     |

|  |   |          |          |
|--|---|----------|----------|
| <p>ataxia é considerada ausente no cliente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado no não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>  |   |          |          |
| <p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou à resposta de retirada ao estímulo doloroso em cliente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo, membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. deste modo, clientes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. Um cliente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o cliente não responde e está quadriplégico pontue 2. Clientes em conta (item 1ª =3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p> | <p>0 – Normal; sem perda de sensibilidade.<br/> 1 – Perda de sensibilidade leve a moderada; o cliente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.<br/> 2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p> | <p>0</p> | <p>0</p> |
| <p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá</p>   | <p>0 – Sem afasia; normal.<br/> 1 – Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma</p>   | <p>0</p> | <p>0</p> |

|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <p>muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao cliente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedentes. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O cliente entubado deve escrever as respostas. O cliente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no cliente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a clientes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p> | <p>fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do cliente.</p> <p>2 – Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do cliente.</p> <p>3 – Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p> |                                 |
| <p>10. Disartria: Se o cliente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o cliente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerável não testável (NT) apenas se o cliente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao cliente a razão pela qual está a ser testado.</p>  | <p>0 – Normal</p> <p>1 – Disartria leve a moderada; voz do cliente arrastada pelo menos em algumas palavras, na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 – Disartria grave; voz do cliente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT – Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>  | <p>1                      0</p> |

|  |  |          |          |
|--|--|----------|----------|
| <p>11. Extinção e desatenção, antiga negligência: A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o cliente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o cliente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p> | <p>0 – Nenhuma anormalidade.<br/> 1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.<br/> 2 – Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p> | <p>1</p> | <p>1</p> |
| <b>Score</b>   | <b>16</b>  | <b>8</b> |          |

| <b>Gravidade do AVC</b> | <b>Classificação</b> |
|-------------------------|----------------------|
| Sem sintomas de AVC     | 0                    |
| AVC menor               | 1-4                  |
| AVC moderado            | 5-15                 |
| AVC moderado a grave    | 16-20                |
| AVC grave               | 21-42                |

Fonte: <https://pseudomonas.jimdo.com/neurolog%C3%ADa/escalas/escala-de-nihss/>



**ANEXO V – Escala de *Berg***



| <b>Escala de Berg</b>   |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|
|   | <b>05/12/18</b> | <b>17/01/19</b> |
| <b>1. Posição sentada para posição em pé</b> (instruções: por favor levante-se. Tente não usar as suas mãos para se apoiar)   |                 |                 |
| (4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente<br>(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos<br>(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas<br>(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se<br>(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se | x               | x               |
| <b>2. Permanecer em pé sem apoio</b> (Instruções: por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)   |                 |                 |
| (4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos<br>(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão<br>(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio<br>(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio<br>(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio                       | x               | x               |
| <b>3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho</b> (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)  |                 |                 |
| (4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto<br>(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão<br>(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos<br>(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos<br>(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos   | x               | x               |
| <b>4. Posição em pé para posição sentada</b> (Instruções: por favor, sente-se)  |                 |                 |
| (4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos<br>(3) controla a descida utilizando as mãos<br>(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida<br>(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle<br>(0) Necessita de ajuda para sentar-se  | x               | x               |

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| <p><b>5. Transferências</b> (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao cliente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira)</p>   |          |          |
| <p>(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos</p> <p>(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos</p> <p>(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão</p> <p>(1) necessita de uma pessoa para ajudar</p> <p>(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança</p>   | <p>x</p> | <p>x</p> |
| <p><b>6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados</b> (Instruções: por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)</p>  |          |          |
| <p>(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança</p> <p>(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão</p> <p>(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos</p> <p>(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé</p> <p>(0) necessita de ajuda para não cair</p>   | <p>x</p> | <p>x</p> |
| <p><b>7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos</b> (Instruções: junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)</p>  |          |          |
| <p>(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança</p> <p>(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão</p> <p>(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos</p> <p>(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos</p> <p>(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos</p>   | <p>x</p> | <p>x</p> |
| <p><b>8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé</b> (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o cliente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao cliente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco)</p> |          |          |
| <p>(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)</p>  |          |          |

|   |   |   |
|---|---|---|
| (3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)   |   |   |
| (2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)  |   |   |
| (1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão  |   |   |
| (0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo  | x | x |
| <b>9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé</b> (Instruções: pegue o sapato que está na frente dos seus pés)  |   |   |
| (4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança   |   |   |
| (3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão   |   |   |
| (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente   |   |   |
| (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando   |   |   |
| (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair   | x | x |
| <b>10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé</b> (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do cliente para estimular o movimento) |   |   |
| (4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso   |   |   |
| (3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso   |   |   |
| (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio   |   |   |
| (1) necessita de supervisão para virar  |   |   |
| (0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair  | x | x |
| <b>11. Girar 360 graus</b> (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário)   |   |   |
| (4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou mãos  |   |   |
| (3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos  |   |   |
| (2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente   |   |   |
| (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais  |   |   |
| (0) necessita de ajuda enquanto gira  | x | x |
| <b>12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio</b> (Instruções: toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)   |   |   |
| (4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos  |   |   |

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos  |          |          |
| (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda   |          |          |
| (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda  |          |          |
| (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair  | x        | x        |
| <b>13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente</b> (Instruções: demonstre para o paciente, coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado) |          |          |
| (4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos   |          |          |
| (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos  |          |          |
| (2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos  |          |          |
| (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos  |          |          |
| (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé  | x        | x        |
| <b>14. Permanecer em pé sobre uma perna</b> (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)  |          |          |
| (4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos   |          |          |
| (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos  |          |          |
| (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos  |          |          |
| (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente  |          |          |
| (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair  | x        | x        |
| <b>Score</b>  | <b>0</b> | <b>4</b> |

| <b>Classificação</b> |         |
|----------------------|---------|
| Equilíbrio Bom       | 41 a 56 |
| Equilíbrio Médio     | 21 a 40 |
| Equilíbrio Diminuído | 0 a 20  |

Fonte: <https://academic.oup.com/ptj/article/88/5/559/2742392>

**ANEXO VI – *Medical Research Council Muscle Scale***



| <b>Medical Research Council Muscle Scale</b> |                         |                                 |             |                               |             |
|--|-------------------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|
| <b>Segmentos</b>                             | <b>Movimentos</b>       | <b>Avaliação<br/>05/12/2018</b> |             | <b>Avaliação<br/>17/01/19</b> |             |
| Cabeça/Pescoço                               | Flexão                  | 5                               |             | 5                             |             |
|  | Extensão                | 5                               |             | 5                             |             |
|  | Flexão lateral esquerdo | 4                               |             | 4                             |             |
|  | Flexão lateral direito  | 3                               |             | 4                             |             |
|  | Rotação                 | 3                               |             | 4                             |             |
| <b>Membro Superior</b>                       |                         | <b>Dir.</b>                     | <b>Esq.</b> | <b>Dir.</b>                   | <b>Esq.</b> |
| Escapulo-umeral                              | Flexão                  | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Extensão                | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Adução                  | 2                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Abdução                 | 2                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Rotação interna         | 2                               | 5           | 2                             | 5           |
|  | Rotação externa         | 2                               | 5           | 2                             | 5           |
|  | Circundação             | 2                               | 5           | 2                             | 5           |
|  | Elevação                | 2                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Depressão               | 2                               | 5           | 2                             | 5           |
| Cotovelo                                     | Flexão                  | 2                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Extensão                | 2                               | 5           | 3                             | 5           |
| Antebraço                                    | Pronação                | 1                               | 5           | 1                             | 5           |
|  | Supinação               | 1                               | 5           | 1                             | 5           |
| Punho  | Flexão palmar           | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Dorsi flexão            | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Desvio radial           | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Desvio cubital          | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Circundação             | 1                               | 5           | 1                             | 5           |
| Dedos  | Flexão                  | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Extensão                | 1                               | 5           | 3                             | 5           |
|  | Adução                  | 1                               | 5           | 2                             | 5           |
|  | Abdução                 | 1                               | 5           | 2                             | 5           |
|  | Circundação polegar     | 1                               | 5           | 1                             | 5           |
|  | Oponência polegar       | 1                               | 5           | 1                             | 5           |

| <b>Membro Inferior</b> |                 | <b>Dir.</b> | <b>Esq.</b> | <b>Dir.</b> | <b>Esq.</b> |
|------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Coxo-femoral           | Flexão          | 2           | 4           | 3           | 5           |
|                        | Extensão        | 2           | 4           | 3           | 5           |
|                        | Adução          | 2           | 4           | 3           | 5           |
|                        | Abdução         | 2           | 4           | 3           | 5           |
|                        | Rotação interna | 2           | 4           | 2           | 4           |
|                        | Rotação externa | 2           | 4           | 2           | 4           |
|                        | Circundação     | 2           | 4           | 2           | 4           |
| Joelho                 | Flexão          | 2           | 4           | 3           | 4           |
|                        | Extensão        | 2           | 4           | 3           | 4           |
| Tíbio-társica          | Flexão plantar  | 2           | 4           | 3           | 4           |
|                        | Flexão dorsal   | 2           | 4           | 3           | 4           |
|                        | Inversão        | 2           | 4           | 2           | 4           |
|                        | Eversão         | 2           | 4           | 2           | 4           |
| Dedos                  | Flexão          | 2           | 5           | 5           | 5           |
|                        | Extensão        | 2           | 5           | 5           | 5           |
|                        | Adução          | 2           | 5           | 3           | 5           |
|                        | Abdução         | 2           | 5           | 3           | 5           |

| <b>Classificação</b> |  |
|----------------------|--|
| <b>Grau 0</b>        | Sem movimentos visíveis, paralisia total                                       |
| <b>Grau 1</b>        | Contração visível ou palpável, mas sem movimento                               |
| <b>Grau 2</b>        | Movimenta a articulação, não vence a gravidade                                 |
| <b>Grau 3</b>        | Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência                         |
| <b>Grau 4</b>        | Movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado |
| <b>Grau 5</b>        | Força normal   |

Fonte: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

## **ANEXO VII – Escala de *Ashworth* Modificada**



| <b>Escala de Ashworth Modificada</b> |          |                 |          |                 |          |                 |          |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
| 05/12/18                             |          |                 |          | 17/01/19        |          |                 |          |
| Membro superior                      |          | Membro inferior |          | Membro superior |          | Membro inferior |          |
| Direito                              | Esquerdo | Direito         | Esquerdo | Direito         | Esquerdo | Direito         | Esquerdo |
| 4                                    | 0        | 2               | 0        | 2               | 0        | 1               | 0        |

| <b>Classificação</b> |   |
|----------------------|---|
| 0                    | Nenhum aumento do tônus muscular  |
| 1                    | Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão |
| 1+                   | Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante                             |
| 2                    | Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente  |
| 3                    | Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil   |
| 4                    | Parte afetada rígida em flexão ou extensão.   |

Fonte:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=8B619F886C5E917884735B266FB4D72F?doi=10.1.1.911.1622&rep=rep1&type=pdf>



**ANEXO VIII – *Funtional Ambulation Categories***



| <b>Functional Ambulation Categories</b>   |               |                 |
|---|---------------|-----------------|
|   | <b>/12/18</b> | <b>17/01/19</b> |
| 0 - Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.   | x             | x               |
| 1 - Marcha terapêutica, não funcional. O cliente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas. |               |                 |
| 2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.                                     |               |                 |
| 3 - Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o cliente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita.   |               |                 |
| 4 - Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita.   |               |                 |
| 5 - Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.   |               |                 |

Fonte: Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. Physical Therapy, 66(10), 1530–9.



**ANEXO IX – Escala de *Morse***



| <b>Escala de Morse</b> |                                  |    |
|------------------------|----------------------------------|----|
| História de Queda      | Não                              | 0  |
|                        | Sim                              | 25 |
| Diagnóstico Secundário | Não                              | 0  |
|                        | Sim                              | 25 |
| Ajuda na Mobilização   | Nenhuma/Acamado/Repouso no leito | 0  |
|                        | Bengala/Andarilho/Canadiana      | 15 |
|                        | Apoio os móveis                  | 30 |
| Terapêutica Endovenosa | Não                              | 0  |
|                        | Sim                              | 20 |
| Marcha                 | Normal/Acamado/Cadeira de rodas  | 0  |
|                        | Lenta                            | 10 |
|                        | Desequilíbrio fácil              | 20 |
| Estado Mental          | Orientado                        | 0  |
|                        | Confuso                          | 15 |
| Score                  |                                  | 65 |

| Classificação |         |
|---------------|---------|
| Baixo Risco   | 0 a 25  |
| Médio Risco   | 26 a 50 |
| Alto Risco    | > 50    |

Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-manual-profissional-pdf.aspx>



**APÊNDICE V – JORNAL DE APRENDIZAGEM Sr. S.R.**



## **Jornal de Aprendizagem**

O Sr. S.R. um homem de 73 anos de idade dá entrada na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) onde atualmente me encontro a realizar estágio. Apresenta algumas limitações funcionais após lhe ter sido diagnosticado um acidente vascular cerebral (AVC) do hemisfério esquerdo e ingressa na presente Unidade com o objetivo de potencializar as suas capacidades. Os défices apresentados prendem-se essencialmente com a hemiparesia à direita, principalmente do membro superior, de predomínio braquial, a espasticidade demonstrada na mão, com maior ênfase nos dedos, e a disartria.

Acompanhado pela esposa e duas filhas é lhe apresentada a Unidade, as características da mesma, algumas atividades desenvolvidas, bem como lhe são questionadas algumas características do próprio, por exemplo em temas de alimentação. O Sr. S.R. refere não gostar de alimentos pastosos, ao que uma das filhas refere que o pai apresenta disfagia para líquidos.

Numa das passagens de turno é referido o comportamento agressivo do Sr. S.R. no momento da refeição recusando a ingestão de líquidos com espessante. Perante a ocorrência descrita pelos pares procedeu-se ao diálogo com o Sr. S.R. na tentativa de perceber o descrito e confirmar a informação recebida pela filha do cliente. É realizada a avaliação da deglutição do Sr. S.R., denotando-se que apresenta ligeiro desvio da úvula para esquerda e da língua para a direita. Pela avaliação da deglutição com o teste de Guss apresenta um *score* de 19 (Anexo I), em que após a ingestão de líquido apresenta tosse involuntária. Foi-lhe explicado previamente todo o processo e o posterior resultado, o que a tosse poderia significar e os riscos da disfagia. De imediato o Sr. S.R. refere que ultimamente já manifestava tosse. Contudo, demonstra compreender que nesta fase inicial será melhor a utilização de espessante nos líquidos. Na hora da refeição apresenta de novo um comportamento agressivo quando a enfermeira lhe coloca espessante na água, recusando a sua ingestão. Presenciado a situação senti a necessidade de falar com o Sr. S.R., tentar perceber o que se passava, uma vez que tínhamos acordado a importância da utilização de espessante. É notória a face de revolta, de zanga perante a situação, respondendo agressivamente e posteriormente ignorando a minha presença. No momento, percebi que o Sr. S.R. necessitaria de espaço, de ficar só. Praticamente não ingeriu a dieta fornecida ao jantar.

O conhecimento sobre o cliente fez-me perceber a revolta do mesmo, o Sr. S.R. previamente autónomo, ativo a nível social e familiar, não adaptado à sua nova condição de saúde, previamente transferido de outra unidade, tendo já referido a necessidade de regressar ao domicílio, estando ausente há cerca de 5 meses.

Após terminado o período da refeição acompanhei o Sr. S.R. ao seu quarto, era necessário um cuidado parcialmente compensatório, bem como de apoio-educação, segundo a Teoria de Orem (2001), no autocuidado vestir e despir. Novamente senti a necessidade de falar com o Sr. S.R. sobre o que acontecera na hora refeição, uma vez que estaríamos a sós, num ambiente tranquilo. A resposta do Sr. S.R. não foi a que esperava. Novamente um comportamento agressivo, e desta vez não apenas verbal, o que me deixou mais surpreendida. Coloquei uma voz e presença firme, referindo a sua atitude austera. Houve um breve momento de silêncio, em que o Sr. S.R. demonstrou uma postura de recusa perante a minha ajuda no seu autocuidado. Com movimentos bruscos tentou despir as calças, mas a sua incapacidade deixou-o frustrado, referindo que não era preciso despir as mesmas. Calmamente perguntei-lhe se o poderia ajudar, sem obter resposta, comecei a ajudá-lo. Após posicionado no leito, perguntei-lhe se necessitaria de mais alguma coisa, referindo-me que não, ausentando-me posteriormente do quarto.

Refletindo à *posteriori* sobre a ocorrência, surgiram-me algumas dúvidas, como por exemplo, se a comunicação foi eficaz no momento da avaliação, ou se o *feedback* recebido foi bem interpretado e ainda sobre a pertinência do momento para abordar o acontecido.

No dia seguinte discuti com a enfermeira orientadora sobre as questões referidas acima, e ela própria manifestou a minha perceção, a compreensão de aceitação do Sr. S.R. perante a utilização de espessante. A comunicação aparentemente tinha sido eficaz, a sua resposta verbal e não verbal nada previa a situação descrita, contudo algo falhou.

Sentindo a ocorrência inacabada, tive a necessidade de falar com o Sr. S.R. sobre o acontecido, mas não de uma forma micro, direcionada à situação, e sim macro, abordando o todo desta fase em que se encontra. Foi neste contexto que consegui uma comunicação mais eficaz, em que o Sr. S.R. demonstrou de novo a sua frustração perante o seu estado de saúde, a sua incapacidade, demonstrando objetivos e metas provavelmente não reais à sua condição atual.

Em discussão com a enfermeira orientadora, decidimos perante a situação que o melhor para o cliente seria uma maior vigilância na ingestão de líquidos, de forma a

não abdicar de os ingerir. Foi-lhe realizado ensino sobre a importância da ingestão de líquidos lentamente, um gole de cada vez, da sua colocação essencialmente para o lado esquerdo da boca e que por exemplo não deveria misturar duas consistências.

Da referida situação descreve-se o papel de parceria de cuidados na relação estabelecida, baseada no respeito pela individualidade e subjetividade do cliente, em que a tomada de decisão emerge dum processo de negociação entre o cliente e o prestador de cuidados (Gomes, 2011). Em ambas as fases deste processo de avaliação da deglutição do Sr. S.R. houve a preocupação de explicar o processo, os riscos da disfagia, bem como a necessidade de consciencializá-lo e que o mesmo aceitasse a necessidade da ingestão de líquidos com espessante. Segundo Mendes e Martins (2012), a relação de parceria privilegia a partilha de poder e conhecimentos, com a elaboração de objetivos comuns e centrados no cliente. Contudo, o esperado processo linear não aconteceu, demonstrado pela resposta ineficaz do Sr. S.R. à situação mencionada. Neste contexto, com o conhecimento prévio de algumas particularidades da história de vida do Sr. S.R. poderia ter evitado a resposta negativa do mesmo, é uma das questões que fica por responder. A relação de parceria é um processo dinâmico, desenvolvendo-se pela partilha de conhecimentos, no estabelecimento de confiança e na priorização de objetivos (Mendes & Martins, 2012). Foi notória a importância para o Sr. S.R. da não utilização de espessante nos líquidos, da sua participação ativa no processo, com a capacidade de tomada de decisão adequada aos seus hábitos de vida, assumindo o controlo sobre o seu projeto de saúde (Reis, 2017; Gomes, 2016).

Neste seguimento, respeitando a singularidade de cada cliente e como futura enfermeira especialista pretendo otimizar as potencialidades de cada cliente, delinear com cliente/família objetivos reais que satisfaçam as suas necessidades, com a finalidade máxima de promover a sua qualidade de vida. Sobrevalorizando a importância da parceria de cuidados, com a criação de condições facilitadoras ao processo, como conhecimento holístico do cliente/família, a melhoria das competências de comunicação, a integração dos pares no processo e a reflexão crítica sobre as práticas realizadas.

A presente reflexão permitiu-me uma análise da situação abordada, com vista a identificar algumas lacunas no meu procedimento, a imprevisibilidade e particularidade de cada situação, analisando a minha própria reação e tentativa de resolução de problema, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados para alcançar cuidados de excelência. Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista

deve considerar a gestão dos cuidados centrado na pessoa como condição essencial à efetividade terapêutica e prevenção de riscos, atuando proactivamente e promovendo a envolvimento do cliente/família de forma a garantir o seu bem-estar.

### Referências Bibliográficas

- Gomes I. (2011). Meeting the elderly patient in the renal clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association [EDTNA/ERCA]* (pp. 43-65). Madrid: Layout, Binding and Printing.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, (6), 113-121. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Reis, A. (2017). *Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de unidade de cuidados intensivos: intervenção de enfermagem em parceria*. (Dissertação de Mestrado) Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21116>

ANEXO I – TESTE DE GUSS



### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto

|   | Sim      | Não |
|---|----------|-----|
| <b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)                            | 1        | 0   |
| <b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária)<br>(o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes) | 1        | 0   |
| <b>Deglutição de saliva</b>   |          |     |
| • Deglutição com sucesso  | 1        | 0   |
| • Sialorreia  | 0        | 1   |
| • Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)  | 0        | 1   |
| <b>Total</b>  | <b>5</b> |     |
| 1 - 4 = Investigação posterior<br>5 = Continuar para a secção 2   |          |     |

### Secção 2. Teste de deglutição direto (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

| Seguir a ordem:  | 1<br>Semi-Sólido   | 2<br>Líquido  | 3<br>Sólido                                     |
|--|--|---|---|
| <b>Deglutição</b>  |  |   |   |
| • Deglutição impossível  | 0  | 0   | 0   |
| • Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)   | 1  | 1   | 1   |
| • Deglutição com sucesso   | 2  | 2   | 2   |
| <b>Tosse</b> (involuntária)<br>(antes, durante ou após a deglutição - até 3 minutos após)      |  |   |   |
| • Sim  | 0  | 0   | 0   |
| • Não  | 1  | 1   | 1   |
| <b>Sialorreia</b>  |  |   |   |
| • Sim  | 0  | 0   | 0   |
| • Não  | 1  | 1   | 1   |
| <b>Alteração da Voz</b><br>(escutar a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "O") |  |   |   |
| • Sim  | 0  | 0   | 0   |
| • Não  | 1  | 1   | 1   |
| <b>Total</b>   | <b>5</b>   | <b>4</b>  | <b>5</b>  |
|  | 1 - 4 =<br>Investigação posterior<br>5 =<br>Continuar para líquido | 1 - 4 =<br>Investigação posterior<br>5 =<br>Continuar para sólido | 1 - 4 =<br>Investigação posterior<br>5 = Normal |
| <b>Total: (Secção 1 + Secção 2)</b>  | <b>19</b>  |   |   |

|         | <b>Resultados</b>  | <b>Gravidade</b>   | <b>Recomendações</b>   |
|---------|--|--|--|
| 20      | Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso                      | Disfagia ligeira / sem disfagia<br>Risco mínimo de aspiração | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>  |
| 15 - 19 | Semi-sólido e líquido com sucesso<br>Sólido sem sucesso        | Disfagia ligeira<br>Baixo risco de aspiração                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta passada</li> <li>• Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul>   |
| 10 - 14 | Semi-sólido com sucesso<br>Líquido sem sucesso                 | Disfagia moderada<br>Risco de aspiração                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta semi-líquida</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>• Não administrar medicação líquida</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p> |
| 0 - 9   | Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso | Disfagia grave<br>Alto risco de aspiração                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (<i>non per os</i> - proibida alimentação por via oral)</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>   |

**APÊNDICE VI – FOLHA EXCEL HOSPITAL**









| Capacitação     |                                       |              |
|-----------------|---------------------------------------|--------------|
| Ajudas Técnicas | Outros                                | Alta Clínica |
| -               | Mobilizações Passivas; Posicionamento | 15-Oct       |
| -               | Mobilizações Passivas                 | 10-Oct       |
| PEP             | Mobilizações Ativas                   | 17-Oct       |
| -               | RFR c/ resistência                    | 11-Oct       |
| -               | Mobilizações Passivas                 | 12-Oct       |
| -               | Mobilizações Ativas                   | 23-Oct       |
| Andarilho       | Mobilizações Ativas                   | 24-Oct       |
| Andarilho       | Mobilizações Ativas c\ Resistência    | 07-Nov       |
| Andarilho; PEP  | Mobilizações Ativas                   | 09-Nov       |
| Espirómetro     | Pré-Operatório                        | 16-Nov       |
|                 |                                       |              |
|                 |                                       |              |

**APÊNDICE VII – FOLHA EXCEL UMDR**















## **APÊNDICE VIII – JORNAL DE APRENDIZAGEM ANÁLISE SWOT**



## **Jornal de Aprendizagem**

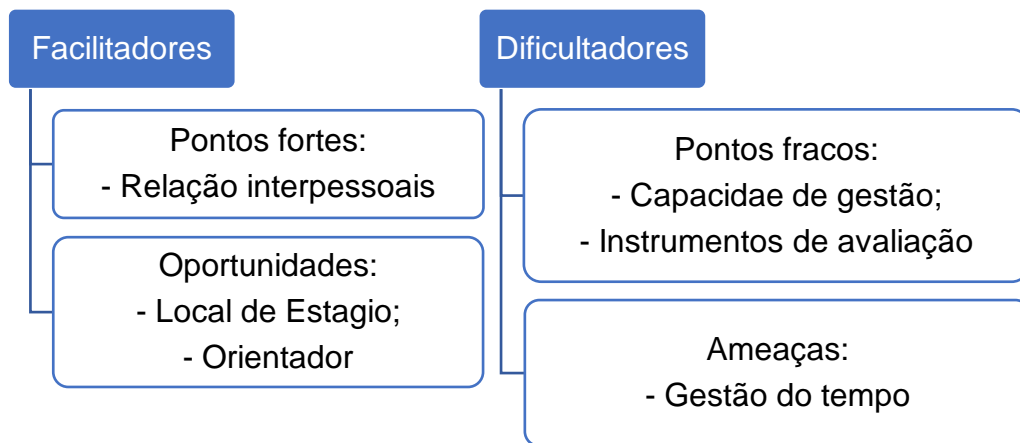
Como reflexão final desta etapa em que me encontro, terminado o primeiro estágio de reabilitação numa unidade hospitalar, foi-me proposto a realização de uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) sobre o referido percurso.

A evidência no meu discurso sobre algumas questões que se prendem com dificuldades ou constrangimentos encontrados no decorrer deste período, manifestado por inquietação e necessidade de perceção sobre estratégias de resolução de problemas direcionou a minha linha de pensamento para esta análise.

Segundo Pereira e Rito (2015), a análise SWOT em contexto de aprendizagem e desenvolvimento de competências associado à prática clínica é uma mais valia na avaliação de situações, pela capacidade de extração de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Desta forma, depreende-se mais facilmente aspetos que possam favorecer ou dificultar a aprendizagem. Contudo, em determinado contexto existem fatores intrínsecos e extrínsecos que podem facilitar ou dificultar o próprio processo de aprendizagem (Pereira & Rito, 2015).

Os fatores intrínsecos dizem respeito às características pessoais e individuais de cada aluno, enquanto que os fatores extrínsecos são determinados pelas características da organização, da instituição enquanto estrutura dinâmica e pelas características e personalidade do supervisor. Após identificados os focos da análise SWOT o aluno deve direcionar a sua aprendizagem em estratégias personalizadas e individualizadas que visem superar as dimensões com conotação negativa e potenciar os fatores catalisadores do sucesso de aprendizagem, com o objetivo de atingir os objetivos propostos para o estágio (Pereira & Rito, 2015).

Neste sentido, apresentarei sobre a forma de esquema os aspetos identificados nesta fase que foram facilitadores e dificultadores do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação (ER).



Os meus pré-requisitos que se traduzem em atributos pessoais e profissionais possibilitaram a fácil integração nesta unidade hospitalar. A capacidade de estabelecer relações com os pares, equipa multidisciplinar e cliente/família pela comunicação assertiva, bem como pela herança do meu contexto profissional são pontos a aferir para o sucesso deste processo. Contudo, assumindo um papel diferente, o papel de estudante e futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), em que a consolidação das bases fornecidas ao longo do curso permitiu-me adequar e melhorar o meu “eu”, não somente face à atitude profissional, mas também à atitude pessoal. Pelo que, um dos objetivos foi maximizar estes pontos fortes e atenuar os pontos fracos encontrados ao longo deste caminho, como a gestão do tempo ou a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação em reabilitação (escalas).

O processo em que me encontro muito difere com a prática profissional desempenhada até então. Para realizar uma adequada avaliação do cliente/família com necessidades de reabilitação é necessário integrá-lo em todo o processo para melhor adequarmos um plano de cuidados, contendo objetivos que satisfaçam a realidade das suas necessidades. Para tal, é necessário uma avaliação criteriosa e conhecimento holístico do cliente/família para melhor respondermos face às suas necessidades, o que se pode tornar um processo moroso. Se a relação terapêutica estabelecida fomentava este processo, a gestão do tempo para a recolha de informação foi um dos aspetos com conotação menos positiva. Identificada esta fraqueza tentei procurar estratégias que atenuassem o constrangimento sentido, em que umas das medidas foi delinear um guia para abordar todos os pontos essenciais para uma colheita de dados completa e adequada, essencial ao processo de reabilitação, não descurando o fluxo da comunicação. Desta forma, potenciou-se uma relação de parceria, que é a base para o desenvolvimento de estratégias que

permitem o cliente/família gerir a sua doença ou incapacidade, possibilitando a sua melhor qualidade de vida possível (Gomes, 2011).

O conhecimento do cliente/família é então o pilar para a relação de parceria de cuidados, que segundo Gomes (2011), é sustentado por uma relação de confiança, uma relação especial. No processo de avaliação do cliente são utilizadas escalas de reabilitação que permitem aferir dados importante sobre as necessidades do cliente/família e sobre as prioridades das intervenções a realizar. Apesar de as identificar e caracterizar a sua aplicabilidade com o cliente era-me desconfortável, em muito pela inexperiência na sua utilização. Este item foi aperfeiçoado com o progressivo treino da sua aplicabilidade, objetivo que pretendo continuar a desenvolver no estágio seguinte, podendo já não ser considerado como um ponto fraco no próximo processo de aprendizagem.

O local de estágio possibilitou-me múltiplas aprendizagens pela diversidade de casos, de intervenções, enriquecendo as minhas competências enquanto futura EEER, alcançando com sucesso os objetivos propostos, bem como na aplicabilidade do foco do meu projeto. O presente local de estágio foi um ponto forte a enunciar neste percurso de aprendizagem.

O perfil do orientador foi igualmente potenciador do êxito desta etapa, pelo incentivo na pesquisa, no pensar além do concreto, na análise da evidencia e discussão sobre a mesma, moldando estratégias de intervenção de cuidados de reabilitação que satisfizessem as necessidades do cliente/família. Contudo, mais uma vez enuncio a gestão do tempo de estágio, com a perceção da escassez de tempo para obter resultados. Talvez não seja um fator sobre o qual eu possa ter controlo, mas a impotência face a esse aspeto tornou-se um potenciador de ameaça para a realização das minhas intervenções, dos meus cuidados de reabilitação. Cito o exemplo presente do estudo de caso, em que após a Sr.<sup>a</sup> M.C. ter indicação de levantar, não consegui presenciar esse momento, bem como o momento da alta clínica. Senti que os meus cuidados de reabilitação, o meu contributo que potenciou a melhoria do estado de saúde da Sr.<sup>a</sup> M.C. ficou inacabado, o não estar presente naqueles dias não me permitiu encerrar o processo. Ou quando por exemplo, no ensino pré-operatório do Sr. V.R. que iria ser submetido a cirurgia cardio-torácica, o não ter a perceção do pós-operatório, de comprovar o meu contributo de reabilitação no ensino em relação ao levantar ou ao ensino da tosse, não ter acompanhado a continuidade de cuidados deixou-me um sentimento de frustração. Tenho consciente que são variáveis não controladas, no entanto não atenuam o sentimento de

incapacidade por não ter concluído o processo de reabilitação. Surgem questões sobre o que poderia ter feito mais ou o que faria de diferente. Questões para as quais ainda procuro respostas.

Com esta reflexão, identificando as minhas necessidades e potencialidades tenho como objetivo para o próximo estágio melhor a gestão de tempo e recursos, de modo a colmatar as fraquezas enunciadas anteriormente. Segundo Pereira e Rito (2015), a análise SWOT caracteriza-se por identificar os pontos fracos, de modo a minimizá-los, e fortalecer os pontos fortes nas oportunidades de aprendizagem.

### **Referências Bibliográficas**

- Gomes I. (2011). Meeting the elderly patient in the renal clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association [EDTNA/ERCA]* (pp. 43-65). Madrid: Layout, Binding and Printing.
- Pereira, R. & Rito M. (2015). A análise *swot* como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. In A. França, C. Ribeiro, C. Pinto, F. Segadães, L. Carvalho, M. Santos ... W. Abreu (Org.). *II Congresso internacional de supervisão clínica: Livro de comunicações & conferências* (pp. 273-278). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf)