



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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em
Situação Paliativa**

Nádia Garcia Soares

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em
Situação Paliativa**

Nádia Garcia Soares



Orientador: Professor José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Tu importas por seres quem és,
e importas até ao final da tua vida.
Faremos tudo o que pudermos
não só para te ajudarmos a morrer em paz,
mas também, para poderes viver até que morras”.

Cicely Saunders, “Velai Comigo”, p. 73

AGRADECIMENTOS

Numa jornada longa e árdua como esta muito há a agradecer.

Começo pelos meus pais, irmão e avó, por me apoiarem e nunca me deixarem desistir (e foram tantas as vezes em que o quis fazer!) e por permitirem que me dedicasse exclusivamente a este desafio. Ao meu avô Manuel Augusto, que continua a ser a ausência mais presente na minha vida e a inspirar-me de onde quer que esteja.

À minha família de sempre na minha ilha e à que reencontrei na ilha onde decorreu o estágio por me receber e fazer sentir em casa. Um beijinho especial à minha tia Teresa por me acolher e ajudar na difícil busca por locais de estágio.

Ao Professor José Carlos Magalhães por me guiar pacientemente e com rigor no meu percurso académico e por não duvidar das minhas capacidades.

Aos amigos: Rosa, Tânia, Eliana, Catarina, Bernardo, Xana, Diana, Joana, Cátia, Sofia, pelo apoio diário e pela dose regular de boa disposição, diversão e algumas reprimendas que me permitiram equilibrar a balança entre trabalho e lazer. Agradeço em particular à Lina pelos conselhos, bibliografia e o olhar de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação que me deu.

À Turma do 11º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pelo espírito de entreajuda e camaradagem criado nos breves momentos em que privámos. Não posso deixar de agradecer especialmente à Rita e ao Gonçalo, pela amizade maravilhosa que criámos, e à Tatiana por toda a ajuda e pelos momentos de desânimo, desabafo e sucesso partilhados.

Ao Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha, em particular à Vogal de Enfermagem e à Enfermeira Diretora do Centro de Saúde, pela disponibilidade e ajuda na logística envolvida em ser-se trabalhador-estudante num arquipélago.

Aos meus colegas de serviço pela disponibilidade permanente para conciliar horários e por nunca esquecerem que embora ausente continuo a ser parte da nossa equipa. Um agradecimento em individual à Sara S. pelos contatos que estabeleceu.

À direção das instituições que me acolheram no Ensino Clínico, à respetiva chefia de Enfermagem e aos profissionais dos serviços por onde passei por me acolherem no seio da equipa como um dos seus.

Aos orientadores clínicos pelo conhecimento transmitido e pela sensibilidade e paciência inesgotáveis para fazerem de mim Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Sou um reflexo do vosso trabalho e espero estar à altura de dar continuidade ao mesmo.

Aos clientes e respetivas famílias pela oportunidade que me deram de desenvolver o meu projeto de estágio e de aprendermos diariamente em conjunto.

A todos, reitero o meu mais sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANA	American Nurses Association
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
APER	Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CATR	Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CMER	Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAKM	Escala Australiana de Karnofsky Modificada
EDIC	Exercício de Fluxo Inspiratório Controlado
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ER	Enfermagem de Reabilitação
ERPI	Estrutura Residencial Para Idosos
ESAS	Escala de Sintomas de Edmonton
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ETGOL	Expiração Lenta Total com a Glote Aberta em Decúbito Infra - Lateral
Ex.	Exemplo

GUSS	Gugging Swallowing Screen
MAF	Medida de Avaliação Funcional
MIF	Medida da Independência Funcional
MRC	Medical Research Council
OARN	Ontario Association of Rehabilitation Nurses
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Pressão Expiratória Positiva
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
PTA	Prótese Total da Anca
PTJ	Prótese Total do Joelho
PTO	Prótese Total do Ombro
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RRCCI	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
RPQCEEER	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação
SMI	Serviço de Medicina Interna
TEF	Técnica de Expiração Forçada
TUGT	Timed Up and Go Teste
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UPP	Úlceras por Pressão
VNI	Ventilação Não Invasiva

RESUMO

O número de pessoas que necessita de Cuidados Paliativos continua em crescimento em resposta ao aumento da esperança média de vida, estimando a Worldwide Palliative Care Alliance que existam atualmente 56.8 milhões de pessoas a nível mundial a necessitar anualmente destes cuidados, cerca de 16,8 milhões a mais do que em 2014. Assim, embora progressivamente acessíveis a mais pessoas, cobrem ainda apenas 12% da população elegível para os mesmos (2020, pp.10, 17).

O desenvolvimento desta tipologia de cuidados passa pelo investimento na formação dos elementos da equipa multidisciplinar, na qual se integra o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), profissional com competências e padrões de qualidade definidos, cuja importância nomeadamente no alívio de sintomas e a nível da mobilidade, autocuidado, funcionalidade, participação social, capacitação do cuidador e facilitação de recursos da comunidade tem sido evidenciada em diversos estudos. A sua abordagem à pessoa em situação paliativa assenta no cuidado confortador, razão pela qual o referencial teórico adotado será a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

O presente relatório reflete o processo de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEER ao longo do ensino clínico e a implementação da sua intervenção na pessoa em situação paliativa, com base nos regulamentos dessas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e o preconizado pelo artigo 15º do decreto lei nº 65/2018 com vista à obtenção do grau de Mestre.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Cuidados Paliativos; intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Conforto; alívio de sintomas; Funcionalidade; Autocuidado.

ABSTRACT

The number of people in need of Palliative Care continues to grow in response to the increase in average life expectancy. The Worldwide Palliative Care Alliance estimates that there are currently 56.8 million people worldwide in need of this type of care annually, about 16.8 million more than in 2014. Thus, although progressively accessible to more people, they still cover only 12% of the population eligible for this (2020, pp.10, 17).

The development of this typology of care involves the investment in the education of the members of the multidisciplinary team, which includes the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse, a professional with defined competencies and quality standards, whose importance, namely in the relief of symptoms and in terms of mobility, self-care, functionality, social participation, caregiver training and facilitation of community resources has been evidenced in several studies. Its approach to the person in palliative situation is based on comforting care, which is why the theoretical framework will be Katherine Kolcaba's Comfort Theory.

This report reflects the process of developing the common competencies of the Specialist Nurse and specific competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse throughout internship and the implementation of its intervention in the person in a palliative situation, based on the regulations of these competencies (Order of Nurses, 2019) and that recommended by Article 15 of Decree Law No. 65/2018 in view to obtain the master's degree.

Key-Words: Rehabilitation Nursing; Palliative Care; Nursing Interventions; Comfort; Symptoms Relief; Functional Status; Self Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	24
1.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
1.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	25
1.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	27
1.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	31
1.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	35
1.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	38
1.2.1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS	38
1.2.2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA	52
1.2.3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA	59
2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	

Apêndice 1 – Termos indexados de pesquisa nas bases de dados

Apêndice 2 – Estudo de Caso I

Apêndice 3 – Estudo de Caso II

Apêndice 4 – Estudo de Caso III

Apêndice 5 – Folha de Registo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice 6 – Protocolo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição

Apêndice 7– Protocolo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa em Situação Paliativa

Apêndice 8 – Plano da Sessão de Formação “Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição”

Apêndice 9 – Plano da Sessão de Formação “Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências”

Apêndice 10 – Plano da Sessão de Formação “Otimização da Inaloterapia”

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de Participação no Webinar “Projetos de Reabilitação Cardíaca”

Anexo 2 – Certificado de Participação no Webinar “Bandas Neuromusculares e Técnicas Miofasciais”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Fases de Prestação dos Cuidados Paliativos	11
Tabela 2 - Intervenções do EEER na pessoa em situação paliativa	14
Tabela 3 - Estrutura Taxonómica do Conforto	18
Tabela 4 - Intervenções Promotoras de Conforto	19
Tabela 5 - Intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa de acordo com a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	19

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como propósito descrever, analisar e refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) ao longo do estágio - que decorreu no 3º semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) -, bem como a implementação do projeto previamente desenvolvido, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o plasmado no artigo 15º do decreto lei nº 65/2018, com vista à obtenção do grau de mestre, através da concretização dos seguintes objetivos: desenvolver competências comuns do EEER nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais; e desenvolver competências específicas de intervenção do EEER nas áreas cognitiva, motora, sensorial, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade, com ênfase na intervenção na pessoa em situação paliativa.

Tendo procurado aliar a sua pertinência com a relevância da intervenção do EEER e o meu interesse profissional/pessoal, o projeto tem como tema a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em Situação Paliativa”.

A associação entre a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina traduz-se num aumento da esperança média de vida e envelhecimento da população, com consequente aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes, que se refletem em períodos mais longos de dependência e deficits de funcionalidade anteriores à morte (Capelas, Coelho, Silva & Ferreira, 2017, p.9). Desta forma, tem-se acentuado a carência de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP), existindo mundialmente, de acordo com a WHPCA (2020), 56.8 milhões de pessoas por ano a necessitar destes cuidados, 25.7 milhões das quais apenas no final de vida (p.17). No nosso país, o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2019-2020 estima que esse número seja de 75.614 a 89.861 pessoas no biénio 2019-2020. (CNCP, 2019, p.9). Levantam-se, portanto, novos desafios aos cuidados de saúde.

A Enfermagem é uma profissão que, pela sua natureza, se encontra intrinsecamente e, desde sempre, ligada aos CP, contudo, para que a qualidade dos cuidados seja assegurada, é necessário que se formem profissionais qualificados (Magalhães, 2009).

De entre estes profissionais, o EEER, pela complexidade e âmbito de intervenção enquadrados nas competências e padrões de qualidade que definem a sua prática profissional, tem vindo a assumir uma importância crescente, sendo vários os autores e estudos que confirmam a importância da Reabilitação em geral e da intervenção do EEER em particular junto da pessoa em situação paliativa, no que concerne ao controlo sintomático; avaliação de riscos; promoção da independência, autonomia, funcionalidade e qualidade de vida; planeamento da alta, suporte/capacitação do cuidador e facilitação de recursos comunitários e dispositivos de apoio; reaprendizagem e reformulação de papéis sociais, comportamentais e laborais e apoio nos processos de transição; e preparação para o final de vida.

Braga (2009), num estudo quantitativo em pessoas nos últimos dias/horas de vida, evidenciou o papel que o EEER pode ter no controlo da dispneia em Cuidados Paliativos através da Reeducação Funcional Respiratória. Costa & Othero (2014) fazem jus ao título do seu livro, clarificando a pertinência da Reabilitação nos CP e identificando o contributo dos diversos atores, em particular do EEER. Também Afonso, Novo & Martins (2015) elaboraram um conjunto de intervenções específicas em Cuidados Paliativos que, com uma seleção e adaptação adequadas podem ser utilizadas como ponto de partida para compreender a atuação do EEER nesta área. Barbosa & Neto (2016) incluem ao longo dos capítulos do Manual de Cuidados Paliativos referentes ao controlo de sintomas diversas intervenções do âmbito da Reabilitação que contribuem para o tratamento não farmacológico dos mesmos. Minosso, Souza & Oliveira (2016) efetuaram uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de descrever as atividades e os efeitos da reabilitação funcional em pessoas em Cuidados Paliativos, concluindo que a reabilitação tem potencial para melhorar estado funcional, a qualidade de vida e sintomas como dor e ansiedade nessa população. A intervenção do EEER nos vários domínios é amplamente abordada em capítulo próprio de Marques-Vieira & Sousa (2017). Ribeiro (2017) efetuou um estudo de campo qualitativo, exploratório e descritivo, com o intuito de compreender, do ponto de vista do EEER, as necessidades da pessoa em situação paliativa, enumerando algumas das suas intervenções com vista à satisfação das mesmas. Mais

recentemente, Machado (2019) desenvolveu um projeto de estágio cujo tema é a Intervenção do EEER no controlo sintomático em Cuidados Paliativos e que dá visibilidade ao desenvolvimento das competências deste profissional nesta vertente em particular.

Neste sentido, o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565) salienta que o EEER deverá possuir competências que lhe permitam “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas”, maximizar a sua funcionalidade, independência e satisfação e “preservar a auto estima”, possuindo competências ao nível da promoção e educação para a saúde, “prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”, intervindo também na família e comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados e proporcionando “o direito à dignidade e à qualidade de vida”. Também no documento emitido em 2015 (p. 5), a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação define como área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação, as intervenções autónomas do EEER nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial e da dor, eliminação intestinal e vesical e da deglutição, o que vai ao encontro das necessidades da pessoa em situação paliativa e do que esta tipologia de cuidados pressupõe: “uma conceção ativa, viva, reabilitadora e promotora de autonomia” (Capelas et al., 2017).

Perante as pessoas em situação paliativa, a APER (2011), citada por Machado, Machado, & Petronilho (2020, p.27), salienta que o EEER estabelece a sua prática de maneira a que estas vivam “o tempo restante em conformidade com as suas vontades e desejos e com a maior qualidade de vida possível, prevenindo incapacidades e recuperando capacidades para a obtenção de autonomia” dentro daquilo que são as suas possibilidades.

Tendo em conta o referido anteriormente, considerou-se que o projeto seria uma mais-valia ao contribuir para atestar e dar visibilidade ao contributo do EEER na área dos CP, pelo que em seguida, com vista à sua elaboração, se efetuou uma revisão narrativa da literatura. Inicialmente foram consultados sites de instituições nacionais e internacionais de referência para os CP, a Enfermagem de Reabilitação e Cuidados de Saúde em geral, nomeadamente Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CPCP), Direção Geral da Saúde (DGS), Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER),

Association of Rehabilitation Nurses (ARN) e Ontario Association of Rehabilitation Nurses (OARN). Esta pesquisa foi estendida a arquivos bibliográficos das bibliotecas da ESEL e das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra com o intuito de identificar autores e obras de referência (nomeadamente monografias, dissertações e publicações periódicas) nas áreas da Enfermagem de Reabilitação, Teorias de Enfermagem e dos Cuidados Paliativos. A pesquisa incluiu ainda o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), utilizando os termos: “Cuidados Paliativos”, “Conforto” e “Enfermeiro de Reabilitação”, e cujos documentos obtidos foram analisados e revistos. Estabelecidas as palavras-chave, foi realizada a pesquisa através da plataforma EBSCO® nas bases de dados científicas CINAHL® e MEDLINE® (cuja linguagem indexada se encontra no Apêndice 1). Em ambas, a associação de indexantes resultou numa lista de artigos tendencialmente reduzida ou nula, pelo que se optou por uma pesquisa simples sem indexantes, alargando o número de artigos obtidos e fazendo posteriormente seleção dos mesmos através do título e do resumo. A partir deste processo, e de forma a aprofundar conhecimentos sobre âmbito do projeto, foi construído o enquadramento conceptual que se apresenta em seguida.

Os Cuidados Paliativos, conforme a definição emanada pela International Association for Hospice and Palliative Care, traduzida e publicada pela APCP, são

cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos em todas as idades com sofrimento intenso¹ decorrente de doença grave², especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores” (APCP, 2019).

Embora sejam frequentemente associados apenas a doenças oncológicas, estes cuidados não são determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidades da pessoa. Assim, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o Biénio 2017-2018 (CNCP, 2016, p. 8) estabelece que se destinam a: “condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo, ou situações de controlo sintomático complexo durante tratamento com intuito curativo” (como o cancro); “Doenças em que há tratamento

¹ “O sofrimento é relacionado com o estado de saúde quando está associado à doença ou à lesão de qualquer tipo. O sofrimento é considerado grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional e quando compromete o funcionamento físico, social, espiritual e/ou emocional” (*Ibidem*).

² “Entende-se por doença grave qualquer doença aguda ou crónica que cause dano ou limitações significativas, podendo levar a incapacidade a longo prazo, deficiência e/ou morte” (*Ibidem*).

disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto” (tais como insuficiências de órgão avançadas); “Doenças incuráveis, em que o tratamento é paliativo desde o diagnóstico” (por exemplo a Esclerose Lateral Amiotrófica); “Situações neurológicas não progressivas cuja severidade provoca necessidades médicas complexas, que são ameaçadoras da vida” (por exemplo acidente vascular cerebral); e “Situações em que o doente tem necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais), às quais a equipa assistente não consegue dar resposta”. Portanto, não se cingem ao final de vida: podem ser necessários em fases iniciais do processo de doença, se a elas estiver associado sofrimento intenso, acompanhando tratamentos curativos e prolongando-se pela fase em que estes já foram suspensos (Costa & Othero, 2014, p. 29). Devem, pois, iniciar-se tão precocemente quanto possível, sob pena de referenciações tardias dificultarem e impedirem “uma abordagem integrada e cooperativa desde o diagnóstico” (Capelas et al., 2017, pp. 21,65-66).

Baseados em princípios como o atendimento individualizado, humanizado e rigoroso das necessidades da pessoa e família; a promoção da qualidade de vida de ambos; o “respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas”; e o entendimento da morte como um “processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica” (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5120), assentam em quatro pilares - controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa multidisciplinar.

Importa, igualmente, conhecer as necessidades da pessoa em situação paliativa e que afetam os diversos domínios - “fisiológico, psicológico, emocional”, da autonomia, “económico, informacional, social e de suporte e espiritual”. As necessidades fisiológicas incluem o controlo de sintomas como dor; alterações da consciência, memória e comportamento; confusão e *delirium*; insónia; fadiga e alterações da mobilidade; edema; dispneia e ineficácia da limpeza das vias aéreas; alimentação e anorexia; xerostomia; obstipação e alterações do controlo de esfíncteres. A nível psicológico, surgem necessidades de bem-estar, controlo e segurança e de acompanhamento da pessoa e família, fornecendo suporte, informação e educação no que concerne à doença e sua evolução. Na esfera emocional, a pessoa poderá apresentar tristeza, depressão, ansiedade, medo, alterações da autoimagem, autoestima e sexualidade e sensação de incapacidade, pelo que é essencial o apoio nos processos de transição e a promoção de sentimentos de segurança e o reforço dos laços emocionais. A autonomia é afetada quer pela

incapacidade ou limitação de execução de AVD, AIVD e atividades de lazer, quer pela perda de controlo sobre a própria vida. Os custos dos tratamentos e outros gastos associados ao processo de doença, bem como as alterações nos papéis sociais e profissionais e na dinâmica familiar afetam as necessidades económicas da pessoa e família. No que concerne às necessidades, sociais e de suporte, as mesmas passam pela busca de informação sobre a doença e sua gestão, situação clínica e prognóstico, regresso a casa, adaptação ao papel de cuidador e alívio da carga a ele associada, recursos da comunidade e material de apoio e pela integração social e partilha de experiências semelhantes. Finalmente, as necessidades espirituais englobam aspetos relacionados com a dimensão humana e a sua finitude, como a reflexão acerca do significado e objetivo da vida, religião, reconciliação, importância de ser reconhecido como pessoa até ao fim de vida e dignidade. (Ribeiro, 2017, pp. 40-47, 100-105).

De acordo com as necessidades da pessoa, Müller-Busch (2004), citado por Gonçalves, Neto & Marques (2008), definiu quatro fases na prestação dos cuidados paliativos, que se encontram resumidas na seguinte tabela:

Tabela 1 – Fases de Prestação dos Cuidados Paliativos.

Fase	Duração	Mobilidade	Intenção do Tratamento Paliativo	Princípios
Reabilitativa	Meses/ Anos	Mantida	Restaurar autonomia; Controlo Sintomático	Possibilidade de Tratamentos Agressivos
Pré-Terminal	Semanas/ Meses	Limitada	Qualidade de vida possível; Controlo Sintomático	Apoio Social
Terminal	Dias/ Semanas	Maior parte do tempo acamado	Máximo Conforto	Expetativas realistas; reduzir impacto da dor.
Final	Horas/ Dias	Essencialmente acamado	Cuidados Ativos de Conforto	Valorizar, aceitar, aliviar.

Fonte: Adaptado de Müller-Busch (2004), citado por Gonçalves et al. (2008)

Estabelecendo um paralelismo entre estas fases e a intervenção do EEER, é possível assumir que a mesma será tanto mais relevante quanto mais precocemente for iniciada, nomeadamente nas fases reabilitativa e pré-terminal, pois incidirá na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, de acordo com as competências que lhe são atribuídas. Contudo, ainda que de forma mais discreta, a sua intervenção continuará a ser importante nas restantes fases, nomeadamente na promoção do conforto.

Na verdade, a Enfermagem de Reabilitação (ER) e os Cuidados Paliativos são conceitos que se interligam, uma vez que têm objetivos em comum e “uma intencionalidade profunda em reabilitar a pessoa” ainda que a possibilidade de cura não esteja presente (Hesbeen, 2010 citado por Santos & Pêla, 2017, p.606). Serôdio (2014, pp. 55-58) defende que a Reabilitação deve ser norteada por quatro princípios (aprendizagem; autonomia; desenvolvimento de aptidões e qualidade de vida), que se encontram incluídos de forma explícita (no caso da “autonomia e qualidade de vida”) e implícita (no caso da “aprendizagem e desenvolvimento de aptidões, por ter uma finalidade inerente à prestação de cuidados”) na lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

À pessoa em situação paliativa estão frequentemente associados, sintomas e alterações que se traduzem num aumento dependência nas AVD, perdas de mobilidade e funcionalidade e diminuição da participação social, com consequente alteração nas suas necessidades, dando ênfase à importância da reabilitação nestas pessoas. Como tal, o EEER utiliza as suas competências específicas em prol da pessoa em situação paliativa e família e “tem um papel ativo, eficaz e diferenciador, no controlo dos sintomas”, pela sua intervenção “específica, dirigida e controlada” (Santos & Pêla, 2017, p.606). Costa & Othero (2014, p. 19) salientam a importância da Reabilitação na área dos Cuidados Paliativos, ao promover a melhoria do estado funcional da pessoa e que a mesma se mantenha o mais ativa e confortável possível, dentro das suas limitações e do tempo de vida de que dispõe. A reabilitação encontra-se, assim, indicada em todos os estádios das doenças oncológicas e crónicas degenerativas incapacitantes (sejam elas cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas ou neurológicas), devendo ser, no entanto, tidas em conta na elaboração do programa a “expectativa de sobrevida e o mau prognóstico” (Jorge, 2014, p.64).

À semelhança de Müller-Busch, que definiu fases de prestação dos Cuidados Paliativos, também a Reabilitação em Cuidados Paliativos pode ser delimitada em quatro fases, de acordo com a tipologia, objetivo das intervenções e prognóstico da pessoa: intervenções preventivas (visam mitigar as incapacidades expectáveis e melhorar a funcionalidade, com destaque para a educação, e incluem, por exemplo, orientações para preservar a força e a flexibilidade, e identificação precoce de dificuldades nos processos de transição); restaurativas (procuram o regresso da pessoa com “bom prognóstico” ao estado funcional “físico, psicológico, social e vocacional” anterior à doença), de suporte (buscam a adaptação da pessoa às incapacidades, a maximização da autonomia e a minimização das alterações

debilitantes resultantes da progressão da doença) e paliativas propriamente ditas (implementadas quando há incapacidade crescente e doença avançada e cujo objetivo principal é minimizar ou eliminar complicações, reduzir a dependência nas AVD e promover o conforto e suporte emocional) (Jorge (2014. p.66-67).

Assim, o objetivo da Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos assenta em três eixos: controlo sintomático, minimização das manifestações da doença e promoção da autonomia da pessoa (Santos & Pêla, 2017, p.607), cujas potencialidades, conforme acrescentam Costa & Othero (2014, p. 27), devem ser estimuladas ativamente, “proporcionando dignidade e autoestima”.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (RPQCEEER) descreve

a Enfermagem de Reabilitação como a área de intervenção da Enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível **cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade** e as ajudem a criar «uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção» (Regulamento nº350/2015, 2015, p. 16656) .

Tendo por base os domínios de intervenção do EEER, elencadas pelo RPQCEEER e destacadas anteriormente, os conhecimentos adquiridos ao longo do CMER e, após revisão da literatura, foi compilado no quadro que se segue um conjunto de intervenções do EEER sobre o qual há evidência em relação ao seu contributo para a pessoa em situação paliativa.

Tabela 2 - Intervenções do EEER na pessoa em situação paliativa³.

Domínio de Intervenção do EEER	Foco	Objetivos	Intervenções do EEER
Sensorial	Dor	• Conforto; • Aliviar a dor; • Prevenir UPP; • Facilitar a ventilação.	• Posicionamento no leito.
		• Controlar e prevenir a dor; • Restaurar o movimento.	• Mobilizações articulares ativas, ativas assistidas e passivas nos vários planos; • Aconselhamento e treino de utilização de produtos de apoio e órteses (ex. lombostato).
		• Conforto; • Aliviar a dor; • Relaxamento; • Drenagem Linfática.	• Massagem e exercícios de relaxamento; • Termoterapia e Crioterapia.
Cognitivo	Alterações Cognitivas	• Otimizar a comunicação;	• Avaliação Cognitiva;

³ Elaborado a partir de: Afonso, Novo & Martins (2015, pp.66-101); Amorim, Colaço & Góis (2014, pp. 185-200); Cordeiro & Menoita (2012, p.61-225); Feio (2016, pp. 219-229); Ferreira (2014, pp. 229-237); Galvão & Pazes (2016); Jorge (2014, pp. 63-76); Machado (2019, p.23-32); Ribeiro (2017, p. 40-52); Santos & Pêla (2017, pp.608-616); Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, pp. 163-178).

		• Manter a vida de relação; • Manter a independência, funcionalidade e autonomia; • Melhorar a Qualidade de Vida.	• Estimulação verbal, visual e propriocetiva (recordação de experiências passadas, técnicas de associação); • Técnicas de orientação para a realidade; • Recursos mnemónicos; • Treino de AVD e AIVD.
	Sintomas Psicológicos	• Otimizar a comunicação; • Melhorar sintomas depressivos; • Melhorar a qualidade do sono; • Estimular a participação social; • Manter a independência, funcionalidade e autonomia; • Conforto; • Melhorar a Qualidade de vida.	• Incentivo à expressão de emoções; • Técnicas de relaxamento; • Consciencialização e controlo da respiração; • Posicionamentos de conforto e treino de eliminação com vista a melhorar a qualidade do sono; • Treino de exercício e atividade física; • Treino de AVD e AIVD; • Facilitação de atividades recreativas; • Informação sobre recursos da comunidade.
Motor	Mobilidade	• Conforto; • Aliviar a dor; • Restituir função; • Prevenir quedas e complicações da imobilidade; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia da pessoa e cuidador; • Estimular a participação familiar, social e laboral; • Capacitar o cuidador; • Melhorar a qualidade de vida; • Melhorar a autoestima.	• Atividades terapêuticas no leito; • Transferência; • Levante; • Treino de Equilíbrio estático e dinâmico; • Treino de Marcha; • Treino de AVD e AIVD; • Avaliação dos riscos de queda e úlcera por pressão; • Identificação de barreiras arquitetónicas e adaptação do domicílio; • Aconselhamento e treino de utilização de ortóteses, dispositivos de ajuda e material adaptativo ao autocuidado e transferências; • Treino do cuidador na assistência ao autocuidado e transferências; • Facilitação de recursos da comunidade.
Cardiorrespiratório	Astenia/ Fadiga	• Minimizar o impacto de incapacidades instaladas; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia; • Estimular a participação familiar, social e laboral; • Melhorar a qualidade de vida; • Prevenir e controlar situações de agudização e de quedas; • Melhorar a capacidade de gestão da doença.	• Avaliação do Status Funcional; • Exercícios de aumento da força e endurance; • Técnicas de relaxamento e conservação de energia; • Identificação de estratégias de adaptação da vida diária (listagem e priorização de atividades, delegação de tarefas e utilização de recursos da comunidade); • Identificação de barreiras arquitetónicas e adaptação do domicílio; • Aconselhamento e treino do pessoa e cuidador na utilização de dispositivos de apoio ao autocuidado; • Educação à pessoa e cuidador sobre gestão da doença.
	Acumulação de Secreções	• Mobilizar e remover secreções brônquicas, promovendo a limpeza da via aérea; • Conforto.	• Promover a hidratação; • Reeducação Funcional Respiratória; ➢ Mecanismos de Limpeza das vias aéreas ○ Ensino da Tosse; ○ Drenagem postural clássica e modificada; ○ Manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão); ○ Dispositivos de ajuda (<i>flutter</i>, <i>acapella</i>); ○ TEF; ○ CATR; ○ Aspiração de secreções.
	Dispneia	• Conforto; • Melhorar a expansão torácica e a ventilação; • Aliviar a dispneia; • Diminuir a ansiedade; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e da autonomia;	• Avaliação da dispneia e suas causas e estabelecimento de sua relação com a atividade (recorrendo, por exemplo, à escala de Borg Modificada) e impacto nas AVD; • Reeducação Funcional Respiratória ➢ Técnicas de conservação de energia, descanso e relaxamento; ➢ Consciencialização e controlo da respiração; ➢ Reeducação diafragmática e costal; ➢ Terapêutica de posição;

		• Otimizar terapêutica sintomática; • Prevenir e controlar situações de agudização; • Melhorar a capacidade de gestão da doença; • Melhorar a qualidade de vida.	➢ Exercícios Respiratórios específicos; ○ EDIC; ○ Técnica de respiração localizada a um hemitórax; ○ ETGOL; ➢ Espirometria de incentivo; ➢ Técnicas de correção postural; ➢ Exercícios de Mobilização torácica • Treino de exercício anaeróbio e aeróbio; • Otimização de inaloterapia/ oxigenoterapia e VNI; • Educação sobre gestão da doença e mudanças de comportamento (exemplo: cessação tabágica); • Facilitação de recursos da comunidade.
	Edema/ Linfedema	• Conforto • Aliviar a dor; • Prevenir ou minimizar o edema/ linfedema; • Manter ou aumentar a mobilidade; • Prevenir complicações (ex. alterações da sensibilidade e da amplitude do movimento e infeções).	• Técnicas de reeducação do edema/ linfedema (posicionamentos e posturas facilitadores do retorno linfático e venoso; mobilização articular passiva, ativa/assistida e ativa, pressoterapia e drenagem linfática); • Ensino sobre cuidados com o membro com linfedema e adaptação às AVD e AIVD.
Alimentação	Vómitos	• Conforto; • Aliviar os vômitos; • Prevenir complicações (pneumonias de aspiração, desnutrição e desidratação); • Melhorar a qualidade de vida;	• Técnicas de relaxamento; • Posicionamentos preventivos da aspiração e de alívio do refluxo gastro esofágico;
	Anorexia	• Conforto; • Prevenir ou minimizar o risco de desnutrição e desidratação.	• Treino de exercício e atividade física; • Despistar a relação da anorexia com alterações da deglutição.
	Disfagia	• Prevenir complicações (pneumonias de aspiração, desnutrição e desidratação); • Conforto; • Melhorar a qualidade de vida.	• Avaliação e reeducação da deglutição (deglutição supraglótica, exercícios de fortalecimento muscular da língua, lábios e mandíbula; correção postural; adequação da dieta e consistência dos alimentos); • Treino e educação do cuidador.
Eliminação	Obstipação	• Conforto; • Prevenir, aliviar e tratar a obstipação; • Promover um ambiente seguro.	• Aconselhamento sobre mudanças de posição frequentes; • Massagem abdominal; • Levante; • Treino de marcha; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários.
	Incontinência Fecal	• Conforto; • Promover a autoestima; • Melhorar a qualidade de vida; • Permitir a participação social.	• Identificação de situações de incontinência e suas causas; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários; • Treinos de esfínteres; • Treino do cuidador para assistir no processo de eliminação.
	Sintomas Urinários	• Conforto; • Promover a autoestima; • Melhorar a qualidade de vida; • Permitir a participação social.	• Identificação de situações de incontinência, sua tipologia e causas; • Ajuste da ingestão hídrica; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários; • Treino de esfínteres; • Realização e treino de esvaziamentos vesicais; • Adequar a intervenção às especificidades de cada tipo de incontinência; • Treino do cuidador para assistir no processo de eliminação.
Sexualidade	Adaptação da função sexual e da expressão da sexualidade	• Possibilitar um relacionamento sexual que a pessoa considere satisfatório; • Melhorar a qualidade de vida.	• Despistar a relação entre incontinência e alterações na expressão da sexualidade; • Exercícios de tolerância ao esforço; • Técnicas de conservação de energia; • Educação acerca de posições alternativas;

A prática profissional é condicionada pelos modelos teóricos adotados, pelo que se torna essencial enquadrar o presente relatório num desses modelos.

O conforto tem estado associado desde sempre à Enfermagem, acompanhando a sua ação ao longo de todo o ciclo vital, independentemente da existência de uma perspetiva curativa (Machado et al., 2020, p.9). A American Nurses Association (ANA) defende mesmo que o principal objetivo das intervenções de enfermagem à pessoa em final de vida deverá ser a maximização do conforto. Nestas pessoas em particular, as necessidades de conforto vão além da ausência de dor, incluindo o suporte social, o ambiente tranquilo, espiritualidade e resolução de conflitos. Também a família/cuidador tem necessidades de conforto, que incluem não só a satisfação das necessidades do próprio doente, mas também a necessidade de informação, encorajamento, reforço positivo, socialização, repouso e alimentação (Novak, Kolcaba, Steiner & Dowd, 2001, p.170).

No conforto da pessoa a reabilitação pode desempenhar uma função preponderante, pelo que a intervenção do EEER será fulcral junto da pessoa em situação paliativa (Machado et al., 2020, p.9). Tendo em conta a interligação entre a tríade constituída por pessoa em situação paliativa, reabilitação e conforto, justifica-se adotar como referencial teórico de enfermagem para este projeto a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que postula que os clientes experienciam necessidades de conforto em situações de stress relacionadas com o estado de saúde (Kolcaba, 1995, p.288). Esta teoria tem evoluído ao longo do tempo, de acordo com os estudos de Kolcaba, e fruto desta evolução, também o próprio conceito de conforto tem sido atualizado, pelo que se opta por utilizar uma perspetiva mais recente, em que o mesmo é definido como a experiência imediata de ser fortalecido por ter satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Conforto é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 1992 in Kolcaba, 2017, p. 198).

É, então, essencial compreender a taxonomia do conforto estabelecida pela autora. As necessidades de conforto são entendidas como desejos ou deficits, da pessoa ou família, em alívio, tranquilidade ou transcendência, a nível físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2017, p.196). Neste sentido, o alívio é a experiência vivenciada pelo cliente a quem foi satisfeita uma dada necessidade de conforto; a tranquilidade trata-se do estado de calma ou satisfação;

enquanto que a transcendência é o estado em que se ultrapassa um problema ou dor, sentindo a pessoa que tem capacidade de planeamento e controlo sobre o seu destino e de resolução de problemas (Kolcaba & Kolcaba, 1991 in Kolcaba, 2017, p.198; Apóstolo, 2009, p.66). As intervenções promotoras de conforto são as ações qualificadas da equipa de saúde intencionalmente desenvolvidas para aumentar o conforto da pessoa ou família. Os comportamentos que a pessoa, a família ou o enfermeiro buscam para melhorar o seu bem-estar são designados de comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2017, p.196).

A experiência holística do conforto desenvolvida através dos três estados acima referidos (alívio, tranquilidade e transcendência) deriva de quatro contextos: físico (relacionado com mecanismos de homeostasia e sensações corporais); psicoespiritual (relacionado com a consciência interna de si, incluindo estima, sexualidade e significado na vida de outrem ou com uma entidade superior); sociocultural (que compreende as relações e tradições interpessoais, familiares e sociais e financeiras) e ambiental (relacionado com o contexto externo da experiência humana, incluindo luminosidade, ruído, ambiente, temperatura e elementos naturais e sintéticos) (Kolcaba, 2017, p.198).

A estrutura taxonómica do conforto encontra-se reproduzida no diagrama abaixo apresentado, em que cada célula representa a interação holística entre cada estado e contexto, sendo de salientar que as intervenções dirigidas a um determinado componente afetarão concomitantemente os outros componentes, produzindo um aumento superior do conforto total (Kolcaba e Fisher, 1996, p.68).

Tabela 3- Estrutura Taxonómica do Conforto

Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Fonte: adaptado de Kolcaba (2017, p.199)

Face à pessoa em fim de vida, o EEER deve ter uma abordagem que promova o conforto e o alívio de sintomas, ajustando as suas intervenções ao cliente/família/cuidador, no sentido de promover a dignidade e qualidade de vida (Machado et al., 2020, p.7). Como tal, estes autores, no estudo exploratório descritivo efetuado com o intuito de analisar o conceito de cuidado confortador e as intervenções

do EEER implementadas em pessoas internadas em unidades de CP, construíram um quadro categorizador do cuidado confortador com base na Teoria do Conforto de Kolcaba. Da adaptação de uma das categorias desse quadro surge a seguinte tabela, da qual constam cinco tipos de intervenções promotoras de conforto.

Tabela 4 - Intervenções Promotoras de Conforto

Categoria	Unidades de Registo
Intervenções Promotoras de Conforto	Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar
	Intervenções para minimizar o impacto da doença na pessoa e família
	Intervenções que visam aumentar o conforto da pessoa
	Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde
	Intervenções não provocam dor física, psicológica e espiritual

Fonte: adaptado de Machado et al. (2020, p.33)

Com o objetivo de facilitar o enquadramento deste relatório na teoria de Kolcaba, optou-se por, a partir da síntese do conjunto de intervenções elencado na tabela que consta do subcapítulo anterior relativa à intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa (tabela 2), inserir essas mesmas intervenções nos diferentes contextos e estados do conforto na estrutura taxonómica apresentada por Kolcaba. Contudo, numa perspetiva dos três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) como um *continuum* em que a transcendência seria o estado ideal de conforto, optou-se por não estabelecer limites entre as células relativas a cada estado, considerando interação holística entre cada um deles.

Tabela 5- Intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa de acordo com a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Controlo e prevenção de sintomas; educação sobre gestão da doença e mudanças de comportamento; aumento da independência no autocuidado; prevenção de riscos e complicações.		
Psicoespiritual	Estimulação de potencialidades e treino de AVD e AIVD, proporcionando autonomia, dignidade e autoestima; controlo de ansiedade; apoio emocional nos processos de transição; adaptação às alterações na sexualidade; promoção da espiritualidade.		
Ambiental	Identificação de barreiras arquitetónicas e deficits ergonómicos e aconselhamento e treino da utilização de dispositivos de apoio; capacitação da família e cuidador; informação sobre recursos da comunidade.		
Sociocultural	Melhoria da funcionalidade e autocuidado; manutenção da vida de relação; estímulo e adaptação da participação social, familiar e laboral.		

Relativamente à implementação do projeto descrita neste relatório, a mesma é resultado do percurso desenvolvido em dois contextos de estágio selecionados de forma a permitir a concretização dos objetivos propostos, seleção essa que foi, inevitavelmente, condicionada pela conjuntura de pandemia por COVID-19, uma vez que haviam poucos locais de estágio e que se optou por efetuá-lo nos Açores pela logística de deslocações e pela situação epidemiológica mais favorável que em território continental. O estágio decorreu, inicialmente, num Serviço de Medicina Interna (SMI) de um Hospital da Região, durante um período de 12 semanas, seguindo-se uma Unidade de Cuidados Integrados (UCCI) durante um período de 7 semanas. A disparidade de duração entre ambos prendeu-se com necessidade de substituição do segundo contexto de ensino clínico por indisponibilidade do que havia sido previamente eleito, o que obrigou a que se prolongasse a permanência no primeiro.

O SMI é um serviço do único hospital da ilha e tem atividade abrangente nas áreas de diagnóstico, tratamento, prevenção, ensino, reabilitação e continuidade de cuidados. A sua missão é prestar cuidados de saúde diferenciados a pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com patologia do foro da Medicina Interna.

A capacidade máxima do serviço é de 30 clientes, que provêm maioritariamente do Serviço de Urgência ou outros serviços hospitalares. As patologias mais frequentes são as oncológicas, infeções e insuficiência respiratórias, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, sendo as pessoas com idade acima de 65 anos o grupo etário mais frequente. O tempo médio de internamento é de sete dias.

O espaço físico é constituído por 17 quartos (13 duplos e 4 individuais) com estrutura idêntica, que inclui uma casa de banho com chuveiro e um sanitário, ambos equipados com barras de apoio de mãos e chão antiderrapante.

A equipa multidisciplinar é constituída por 33 Enfermeiros (dos quais 1 chefe e 2 EEER), 11 Médicos, 13 Assistentes Operacionais, 1 Técnica de Serviço Social, 1 Farmacêutica, 1 Nutricionista e 1 Assistente técnica.

As 2 EEER exercem funções num horário conjugado entre as 08-16h00 de segunda-feira a domingo. Colaboram com a chefe na gestão do serviço e prestam cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, assistindo à passagem de turno relativa a todos os clientes e estabelecendo diagnósticos prioritários, direcionados sobretudo às áreas do treino de autocuidados, deglutição, reeducação funcional respiratória e reabilitação motora. Não existem fisioterapeutas afetos ao

serviço, pelo que, quando necessário, é o EEER a referenciar para fisioterapia. A referenciação de clientes à Equipa de Gestão de Altas para posterior encaminhamento à UCCI é outra das funções do EEER.

O plano de Cuidados Gerais de Enfermagem é estruturado segundo a teórica de enfermagem Nancy Roper e as 12 Atividades de Vida Diária e os Planos de Enfermagem de Reabilitação de acordo com o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, emanado pela Mesa do Colégio de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros.

Relativamente a projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, as EEER iniciaram em 2018 um projeto de Reabilitação cardíaca e em 2019 criaram um Protocolo de Reabilitação com foco na Deglutição

Devido à Covid-19, as visitas aconteciam apenas a cada 3 dias (sempre o mesmo familiar) e sujeitas a marcação telefónica. A realização presencial de ensinamentos e conferências familiares era permitida também mediante agendamento.

No que concerne à UCCI, a mesma integra a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) e é constituída por dezoito quartos duplos com casa de banho com chuveiro e um sanitário, também equipados com barras de apoio de mãos e chão antiderrapante e guarda roupa individual; dois banhos assistidos; ginásio e sala de refeições/convívio.

Trata-se de uma entidade prestadora de cuidados continuados e a sua missão é contribuir, numa perspetiva integrada, para o processo ativo e contínuo de recuperação e manutenção global dos seus clientes, prestando cuidados de saúde e de apoio social. Procura ainda prestar cuidados individualizados e humanizados; garantir a continuidade de cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação e equidade no acesso e mobilidade na RRCCI; trabalhar de forma multidisciplinar e interdisciplinar com vista a efetuar uma avaliação integral das necessidades dos clientes em situação de dependência e definir e rever periodicamente objetivos de funcionalidade e autonomia.

Funciona em regime de internamento e tem capacidade para 36 clientes: 10 na tipologia de Média Duração e Reabilitação, cujo objetivo é a estabilização clínica, avaliação e reabilitação da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (por um período de até 90 dias consecutivos); e 26 na tipologia de Longa Duração, que tem por objetivo proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo conforto e qualidade de vida

a pessoas com doenças ou processos crónicos (por um período superior a 90 dias consecutivos). Nesta tipologia incluem-se ainda situações decorrentes de dificuldade de apoio familiar e descanso do cuidador principal (até 90 dias por ano).

A admissão é processada sob referência da Equipa de Coordenação Local (de ilha) da RRCCI. Poderão ser admitidos clientes provenientes de toda a Região Autónoma dos Açores, contudo, a maioria provém do hospital dessa ilha ou da referência por parte da Unidade de Saúde de Ilha para descanso do cuidador.

São admitidas pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e careçam do tipo específico de resposta que proporciona, tendo maior prevalência os clientes com idade entre 70-80 anos, com grau de dependência severa a total e com síndrome de imobilidade; e *status* pós AVC e fratura do colo do fémur. O tempo médio de internamento é de 3 meses.

A equipa multidisciplinar é constituída por 11 Enfermeiros (1 deles EEER); 14 auxiliares de apoio ao idoso e serviços gerais; 1 encarregada de serviços gerais; 1 fisioterapeuta; 1 ajudante de fisioterapia; 1 terapeuta da fala; 1 terapeuta ocupacional; 1 psicóloga; 1 assistente social e 1 nutricionista.

O EEER tem horário laboral fixo em dias úteis, exercendo funções de Enfermeiro Diretor da instituição, que concilia com as funções inerentes às competências específicas do EEER, atuando sobretudo a nível da reabilitação respiratória e treino de autocuidados, articulando o restante programa de reabilitação com a fisioterapeuta. De forma a identificar as necessidades de intervenção, assiste diariamente à passagem de turno de todos os clientes, estabelecendo informalmente diagnósticos e definindo prioridades. Posteriormente, implementa o plano de cuidados e avalia resultados através de escalas, que inclui nas notas gerais de Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, os registos são em formato de papel. O plano de Cuidados de Enfermagem é estruturado também de acordo com a teórica Nancy Roper.

A UCCI encontra-se em processo de acreditação, pelo que se encontra ainda a desenvolver normas e protocolos, não existindo outros projetos para além destes.

A alta na UCCI pode acontecer a qualquer momento por decisão do cliente/família; por óbito; ou término do prazo de internamento em que foram atingidos os objetivos terapêuticos, regressando o cliente ao domicílio ou ingressando em instituição adequada às suas necessidades (ex. ERPI). Se esgotado o prazo de internamento previsto para a modalidade de média duração e reabilitação não tiverem

vido atingidos os objetivos terapêuticos, é revisto o plano individual de intervenção e encaminhamento à equipa de coordenação local, podendo este prorrogar-se.

Devido à COVID-19, as visitas encontram-se limitadas a 15 minutos semanais através de estrutura de proteção em acrílico e sujeitas a agendamento.

Após a presente introdução, em que se descreveram a natureza, âmbito, tema, objetivos e metodologia do projeto e se enquadrou conceptual e contextualmente o mesmo, o restante relatório será apresentado em três capítulos principais. O primeiro destina-se relatar, analisar e refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências enquanto EEER e foi dividido em dois subcapítulos, de acordo com as competências gerais e específicas do EEER, nas quais se incluíram as relacionadas com a sua intervenção na pessoa em situação paliativa. Seguir-se-á a avaliação deste percurso, através da referência aos aspetos positivos e limitadores surgidos ao longo do mesmo e do balanço da contribuição do projeto para a Enfermagem de Reabilitação. No último capítulo, serão tecidas algumas considerações finais e reflexões relativas a oportunidades de desenvolvimento futuro.

1. ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

O EEER é detentor de competências comuns e específicas e deve estar apto a planear, implementar e monitorizar planos de ER personalizados com base “em problemas reais e potenciais das pessoas”, pelo que deve ser dotado de elevada capacidade de julgamento clínico e decisão na sua área de especialidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13565).

Assim, o presente capítulo será dedicado a descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico. Numa perspetiva do geral para o particular, e de forma a simplificar a leitura, foram criados dois subcapítulos, relativos às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EEER, nas quais serão incluídas as competências relacionadas com o âmbito do projeto. Não obstante, há que reconhecer que algumas atividades contribuíram simultaneamente para o desenvolvimento de mais que uma competência e para a operacionalização dos objetivos propostos ao longo do projeto de formação. Dentro de cada subcapítulo, a apresentação será feita de acordo com os domínios das competências, numa narrativa organizada de modo a demonstrar a relação entre cada objetivo específico e a competência correspondente.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são as compartilhadas pelos enfermeiros especialistas em qualquer área de especialidade, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745) e englobam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A Enfermagem é a profissão cuja função é cuidar de pessoas, ao longo da vida, na saúde e na doença, procurando promover a sua qualidade de vida (OE, 2015, p.10). Como tal, as decisões de Enfermagem, assentam nos “padrões de excelência, nas *legis artis* e no juízo deontológico” (*ibidem*), respeitando o plasmado nos documentos legislativos e reguladores da profissão: Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. O EEER, regendo-se adicionalmente pelos Regulamentos dos Perfis de Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER, deve possuir um conhecimento mais aprofundado, que lhe permita responder adequadamente a questões e situações com maior complexidade que advêm da sua prática especializada.

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a organização e dinâmica dos serviços e instituições em que decorrerá o ensino clínico e integrar as respetivas equipas, desenvolvendo competências de gestão de cuidados de enfermagem e otimizando a resposta da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, que garanta o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Com vista a implementar um agir responsável, ético e legal, foi essencial rever os conteúdos destes documentos e começar por conhecer os locais de ensino clínico, uma vez que devido à situação pandémica não foi possível realizar entrevista prévia aos orientadores clínicos. Procurou-se inicialmente identificar a filosofia de cuidados, método de trabalho, recursos disponíveis e projetos em curso em cada um dos locais e observar e compreender a intervenção e dinâmica de articulação do EEER com a respetiva equipa multidisciplinar, integrando progressivamente a mesma, respeitando a sua organização e as particularidades de cada uma delas.

A apresentação do projeto de estágio aos orientadores clínicos permitiu definir objetivos, orientar o percurso formativo e maximizar o potencial educativo de cada contexto numa perspetiva do geral para o particular, de acordo com a crescente autonomia que advém do desenvolvimento de competências ao longo do tempo. Também a elaboração de estudos de caso (apêndices 2, 3 e 4), as reuniões com

orientadores clínicos e docente orientador, as passagens de turno e as reuniões com a equipa multidisciplinar se constituíram como momentos de reflexão e discussão acerca da prática clínica e de participação na tomada de decisão em equipa baseada no conhecimento e evidência e na observância da ética, deontologia profissional e enquadramento jurídico.

Foi, então, possível desenvolver o papel de líder e de consultor reservado ao Enfermeiro Especialista, não só na área da ER, mas também na área dos Cuidados Paliativos, uma vez que busquei uma atualização constante de conhecimentos sobre o estado de saúde da pessoa e sugeri intervenções baseadas na minha experiência clínica e na evidência científica mais recente, ajustando-as à realidade concreta de cada cliente, nomeadamente no que concerne ao planeamento de alta, continuidade de cuidados, inclusão da família, participação social e análise e gestão de situações complexas, como são as alterações da deglutição e a alimentação em fim de vida.

Ao longo do meu exercício profissional e, particularmente do EC, primei sempre pela observância ao Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), através da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; do respeito pelo papel assumido perante a sociedade, pelo direito à vida e pela igualdade, liberdade responsável, bem comum, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, direitos humanos, qualidade de vida e pela competência, aperfeiçoamento e excelência profissional e na relação com outros profissionais (OE, 2005, pp. 61-99).

Conforme explícito no artigo 79º do CDE (OE, 2005, p. 79), cumpri as normas e leis da profissão e assumi responsabilidade pelas decisões tomadas e atos praticados e delegados.

Respeitando o dever de sigilo, consagrado no artigo 85º do CDE (OE, 2005, p. 117), houve sempre preocupação da minha parte em preservar a confidencialidade das informações obtidas na prática clínica e todas as informações passíveis de permitir a identificação dos clientes ou instituições onde foram realizados os Ensinos Clínicos foram ocultadas do presente relatório. Também a privacidade e a intimidade da pessoa (artigo 86º do CDE, OE, 2005, p.123) foram salvaguardadas na prestação de cuidados, com enfoque nas pessoas com compromisso do autocuidado, funcionalidade, comunicação e alterações da imagem corporal, tendo procurado o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia e a integração da pessoa como um elemento ativo dos cuidados que lhe eram prestados.

De acordo com o artigo 84º do CDE (OE, 2005, p.111), procurei sempre respeitar o direito à informação, direito esse que foi, inevitavelmente, condicionado pela pandemia, uma vez que a correspondente limitação no contato entre os clientes e seus familiares, bem como entre estes últimos e os profissionais de saúde dificultou a transmissão em permanência de informações e que estas fossem ratificadas *in loco* pela família, incluindo-a nos cuidados prestados com a frequência desejada. Não obstante, procurei otimizar a comunicação com o doente e família, informando acerca dos cuidados de enfermagem e validando essas mesmas informações, de forma a obter consentimento livre e esclarecido para a implementação dos planos de cuidados e para a integração nos estudos de caso. Demonstrei também disponibilidade para todos os esclarecimentos julgados necessários pelo cliente e família, acompanhando-os tanto quanto possível nos processos de tomada de decisão. De igual modo, após assegurar que a informação foi transmitida e compreendida adequadamente, e abstenho-me de juízos de valor, respeitei o direito à autodeterminação e recusa de tratamento, conforme aconteceu com o cliente em situação paliativa abordado nos estudos de caso II e III (apêndices 3 e 4), adequando a minha intervenção aos objetivos estabelecidos pelo próprio em consonância com a família, priorizando a promoção da qualidade de vida.

A busca pela humanização dos cuidados referenciada no artigo 89º do CDE (OE, 2005, p.143) foi uma preocupação constante, pelo que procurei atender a cada pessoa de uma forma holística, reconhecendo-a como ser único e irrepetível, com necessidades, potencialidades e preferências individuais, que incluí, dentro daquilo que se encontrava ao meu alcance, na minha prática.

Com base no referido anteriormente, considero que foram atingidos os objetivos propostos para este domínio, uma vez que as atividades implementadas contribuíram para o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, que respeitou os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e me permitiu conhecer a organização e dinâmica dos serviços e instituições em que decorreu o ensino clínico e integrar as respetivas equipas.

1.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O RPQCEEER (Regulamento nº350/2015, 2015, p. 16656) salienta que a excelência da Enfermagem de Reabilitação se traduz em ganhos em saúde “em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação

das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia” e identifica como enunciados descritivos a “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem”.

Assim, para este domínio definiram-se os objetivos específicos:

- Colaborar com a equipa multidisciplinar na promoção da melhoria contínua da qualidade no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, integrando iniciativas institucionais;
- Contribuir para um ambiente de prestação de cuidados terapêutico e gerador de segurança e proteção nos diferentes contextos da prática clínica.

Para a criação de um ambiente seguro de prestação de cuidados foi essencial a consulta de documentos legislativos e reguladores da profissão, ao nível da qualidade dos cuidados, como o RPQCEEER, e a realização de entrevistas informais aos orientadores clínicos, que permitiu conhecer projetos em curso e identificar necessidades de formação, oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e selecionar as estratégias adequadas para responder às necessidades identificadas, bem como examinar os manuais, protocolos, normas e instrumentos de avaliação e registo (e correspondentes sistemas de informação em enfermagem) em vigor nos contextos de estágio.

A primeira semana em cada um deles destinou-se sobretudo à observação da sua dinâmica, da equipa multidisciplinar e da prestação de cuidados por parte de cada orientador clínico, também com o intuito de aferir sobre os recursos humanos e materiais ao alcance do EEER. No SMI e, uma vez que se tratava do primeiro contato com uma prática clínica especializada, observar a execução de técnicas aprendidas ao longo do CMER (nomeadamente a nível da RFR, mobilização articular, posicionamentos em padrão antiespástico e treino de marcha) foi de extrema importância ao contribuir para cimentar conhecimentos teóricos e para a estruturação mental dos planos de cuidados adequados a cada cliente.

A colheita de dados, aplicação de instrumentos de avaliação e registo da intervenção fazem parte do meu quotidiano enquanto enfermeira há largos anos. Não obstante, foi necessário adicionar-lhe o olhar do EEER, pelo que senti necessidade de criar uma folha de registo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (apêndice

5) que me permitisse fazer e automatizar progressivamente uma avaliação global minuciosa de cada cliente em suporte de papel e, simultaneamente, seguir uma linha de raciocínio na implementação do plano de cuidados elaborado e realizar registos pormenorizados após a intervenção. Este documento foi imprescindível ao longo de todo o estágio, sendo mesmo disponibilizado ao serviço de SMI para utilização por parte dos EEER, tendo em conta que foi por eles considerado uma mais-valia.

Sempre que possível, procurei recorrer a instrumentos de recolha de dados recomendados pela OE para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016), de forma a monitorizar a evolução do cliente e a avaliar as intervenções implementadas, redefinindo, sempre que justificado, estratégias e objetivos em função das necessidades do cliente e maximizando o meu potencial de desenvolvimento enquanto futura EEER. Esta avaliação sistemática dos cuidados implementados foi documentada nos estudos de caso realizados (apêndices 2, 3 e 4).

Ao longo do estágio, procurei sumarizar informal e diariamente as atividades implementadas, com o objetivo de tornar possível a posterior realização deste relatório através da sua descrição e análise reflexiva. Segundo a CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 13), “a disponibilidade de boa informação é um pré-requisito para cuidados eficazes de alta qualidade”. Como tal, procurei que os meus registos de enfermagem fossem o mais pormenorizados e rigorosos possível e que evidenciassem a importância do trabalho desempenhado pelo EEER, permitindo a continuidade de cuidados intra e interdisciplinar. Não obstante, a operacionalização dos registos aconteceu de maneira muito distinta de um contexto de estágio para outro, o que foi interessante e exigiu capacidade de adaptação da minha parte, pois permitiu-me conhecer realidades diferentes e adquirir conhecimentos que me permitem documentar cuidados em situações de falha dos sistemas informatizados, mas também ser capaz de utilizar os sistemas de informação mais recentes e que obedecem às orientações emitidas pela OE.

A Glintt®, disponível no SMI, permite a utilização de linguagem CIPE® (conforme preconizado pela OE) e o desenvolvimento de um plano de cuidados estruturado a partir da colheita de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação das respetivas intervenções e avaliação subsequente das mesmas, ou seja, seguindo a lógica do processo de enfermagem. Adicionalmente, no SMI este software encontra-se organizado de acordo com o

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação emanado pela Mesa do Colégio de Reabilitação da OE, o que além de ter contribuído para o desenvolvimento da minha capacidade de raciocínio enquanto futura EEER, possibilita o tratamento de dados e a produção de indicadores de resultados que permitem avaliar ganhos em saúde. O levantamento mensal desses indicadores era feito pela minha orientadora clínica, pelo que tive oportunidade de participar desse processo e compreender a sua importância e potencial para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Já na UCCI, os registos de ER eram realizados em suporte de papel, o que permitia adicionar alguns pormenores da intervenção do EEER e utilizar instrumentos de recolha de dados não disponíveis no SMI, alargando o espectro com que tive oportunidade de me familiarizar.

No que concerne à prevenção de complicações, e, num contexto pandémico, a prevenção e controlo de infeção assumem uma importância ainda maior, pelo que cumpri as medidas implementadas em cada um dos contextos, utilizando equipamento de proteção adequado, realizando os testes de despiste para SARS-COV2 exigidos e atendendo à etiqueta respiratória e distanciamento social recomendado. Aquando da prestação de cuidados a clientes com patologia do foro respiratório e realização de RFR, os cuidados foram redobrados (com a utilização de máscara FFP2, luvas e avental e a adoção de um posicionamento que evitasse a exposição direta ao perímetro de ventilação e tosse da pessoa), uma vez que estas são situações tendencialmente promotoras da produção e disseminação de secreções. Foi por diversas vezes necessário pesquisar informação e incorporar e divulgar os conhecimentos adquiridos junto da equipa de enfermagem.

Também no âmbito da inaloterapia, após confrontada com a existência de dúvidas recorrentes por parte dos colegas da UCCI em relação às técnicas corretas de administração dos diversos inaladores disponíveis na unidade, foi realizada a sessão de formação intitulada “Otimização da Inaloterapia” (apêndice 10), com o intuito colmatar essa necessidade formativa.

A segurança dos cuidados foi ainda assegurada aquando da prestação de cuidados e pela educação da equipa multidisciplinar através da atenção à prevenção de úlceras por pressão, lesões músculo-esqueléticas associadas à prática profissional e quedas. A sessão de formação “Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências” realizada na UCCI (apêndice 9) permitiu clarificar/demonstrar a

aplicação de princípios de ergonomia e tecnológicos para evitar danos e riscos para profissionais e/ou clientes e facilitar conhecimentos aos colaboradores da instituição sobre posicionamentos.

Implementei e incentivei a implementação de medidas de segurança como: uso do banco de higiene, barras de apoio e tapete antiderrapante na base do duche; travar a cadeira de rodas quando se encontra imobilizada, virar as rodas para a frente e remover o braço da mesma do lado para onde se realiza a transferência; utilização de calças, cintos e tábuas de transferência aquando do levantar e de sapatos fechados, com bom apoio e bem adaptados e com sola antiderrapante no treino de marcha, evitando o chão molhado; instrução, treino de uso, ajuste de auxiliares de marcha (verificação do ajuste das canadianas e andarilhos à altura do cliente, mantendo a altura do apoio da mão a nível dos trocânteres e garantindo a flexão do cotovelo a 30º) e avaliação do estado de conservação dos mesmos (nomeadamente se as borrachas se apresentavam intatas) (OE, 2013); eliminação de barreiras arquitetónicas (por exemplo, nos estudos de caso II e III alertou-se para a necessidade de substituição da banheira por polibã) e utilização de produtos de apoio, como o alteador de sanita em doentes submetidos a PTA e os talheres de cabo grosso em clientes com alteração da motricidade fina.

Foi também possível colaborar e participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em desenvolvimento no SMI, realizando a Sessão de Formação “Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição” (apêndice 8), que antecedeu a implementação do Protocolo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição no serviço (apêndice 6), contribuindo para a revisão desse mesmo protocolo e elaborando, com base no projeto de estágio previamente desenvolvido, o Protocolo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa em Situação Paliativa.

Assim, foram alcançados os objetivos propostos para este domínio, pois integrei iniciativas institucionais na promoção da melhoria contínua da qualidade no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e contribuí para um ambiente de prestação de cuidados seguro nos diferentes contextos de EC.

1.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Os enfermeiros desenvolvem a competência de gestão ao longo dos percursos formativos de graduação, pós-graduação e especialização em enfermagem

e através da prática clínica e de gestão de serviços de enfermagem. (Pontes & Santos, 2017, p. 89). Ao enfermeiro especialista são, pois, reconhecidas competências na “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, ajustando “os recursos às necessidades de cuidados” e “identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 (2019)). Além das competências atribuídas ao enfermeiro de cuidados gerais, O EEER possui competências específicas que lhe permitem desenvolver a sua atividade em sintonia com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e garantir ganhos em saúde (Pontes & Santos, 2017, p. 90).

Neste âmbito, defini como objetivo específico:

- Desenvolver competências de liderança e colaborar com a equipa multidisciplinar na gestão otimizada de recursos humanos e materiais em função das situações e contextos.

Tendo em conta que durante o estágio transitei da condição de profissional há mais de uma década para a de estudante e de novo elemento no seio de cada uma das equipas multidisciplinares, na fase inicial em cada contexto, o desenvolvimento das competências neste domínio acabou por ser protelado até me sentir suficientemente confortável e integrada nas equipas. Ainda assim, as entrevistas informais aos orientadores clínicos e a observação e compreensão da intervenção e dinâmica de articulação do EEER com a equipa multidisciplinar permitiram identificar desde muito cedo a filosofia de cuidados, método de trabalho e recursos humanos, físicos e materiais dos contextos de estágio, passíveis de utilização e mobiliação na prestação de cuidados gerais de enfermagem e especializados em ER.

Relativamente aos recursos materiais, verificou-se grande disparidade entre aquilo que se encontrava ao dispor no SMI e na UCCI: no primeiro o material de reabilitação disponível era francamente limitado, enquanto no segundo havia uma grande diversidade. Contudo, considero que isto foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER, pois se na UCCI tive o privilégio de dominar e rentabilizar esse material, adquirindo conhecimento acerca dele e integrando-o nos planos de cuidados, no SMI compreendi que a qualidade da intervenção do EEER não é necessariamente limitada pelo material disponível, sendo proporcional à vontade e criatividade deste profissional, pois valendo-se dos seus conhecimentos e experiência, a orientadora clínica possibilitou-me descobrir estratégias de intervenção

cuja eficácia e rigor eram as mesmas e utilizavam recursos materiais comuns disponíveis no serviço e até mesmo em casa do cliente, o que permitiu personalizar objetivos e cuidados em função das condições socioeconómicas e necessidades do cliente/família/cuidador. Exemplos disso foram a substituição dos pesos e halteres por balões de soro ou garrafas de água e do bastão por uma canadiana ou um suporte de soro para cama; a adaptação de uma ligadura a um talher comum de forma a engrossar o cabo e o treino de motricidade fina utilizando molas da roupa.

À semelhança dos recursos materiais, também os humanos eram limitados: no SMI havia uma média de 15 clientes por EEER, valor esse que duplicava nos dias em que um dos EEER folgava; já na UCCI existiam 36 clientes para apenas 1 EEER. Como tal, em ambos os contextos foi indispensável adquirir competências de organização e gestão do tempo disponível para os cuidados de ER, pelo que após a passagem de turno, em conjunto com os orientadores clínicos, se estabeleciam prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades dos clientes e privilegiando o treino de autocuidados no início de cada turno (de forma a coordenar os cuidados de ER com os cuidados gerais), prosseguindo para o levante, passando pelo treino motor e, por fim, para a RFR e para os cuidados a clientes em isolamento, de forma a minimizar o risco de infeção cruzada. Neste sentido, na pessoa com AVC foi, por exemplo, importante associar o treino do autocuidado: higiene e arranjo pessoal ao ensino de técnicas de conservação de energia, já que à imobilidade se associa frequentemente a intolerância à atividade; tirar proveito do efeito da atmosfera húmida existente na casa de banho para fluidificar secreções e favorecer a limpeza das vias aéreas; utilizar oxigénio durante o treino de reeducação ao esforço de doentes com DPOC e insuficiência cardíaca; e realizar colheitas de expetoração após sessões de reeducação funcional respiratória com ênfase na limpeza das vias aéreas.

A integração nas equipas de enfermagem e multidisciplinares nos contextos de estágio decorreu de forma tranquila e natural, havendo grande abertura por parte dos seus elementos à minha inclusão e aprendizagem. Para tal, foi importante assumir uma postura proactiva, mas humilde, e demonstrar conhecimento e espírito de equipa, estabelecendo uma relação de cordialidade e confiança, reconhecendo as características individuais e a importância de todos os membros da equipa multidisciplinar, utilizando estratégias de motivação e envolvimento da equipa na prestação de cuidados e colaboração em objetivos comuns. A entreaajuda e complementaridade estiveram presentes ao longo de todo o estágio, por exemplo,

através da articulação com a fisioterapeuta da UCCI, em que o treino de autocuidados e de força muscular por mim realizado era por ela complementado com outras técnicas e exercícios; ou aquando da deteção de broncospasmo durante auscultação efetuada na RFR, em que procurava saber qual a inaloterapia prescrita ao cliente e se já havia sido administrada, se se encontrava em SOS e a poderia administrar antes de dar continuidade ao plano de RFR, ou se havia necessidade de contactar a equipa médica para reavaliação ou ajuste terapêutico. Procedi à avaliação da deglutição, instruindo os colegas sobre o uso de espessante e tipo de consistência a utilizar e orientei-os no sentido de: estimularem os clientes a manter o treino com o espirómetro de incentivo no turno da tarde; promoverem o treino de autocuidados na minha ausência, educando sobre as técnicas de transferência de clientes com hemiparesia; e promoverem o reforço hídrico de forma a melhorar a fluidificação das secreções. Ou seja, envolvi os enfermeiros generalistas na continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Constatei ainda que à medida que fui desenvolvendo os meus conhecimentos e competências enquanto futura EEER, a confiança em mim depositada pela equipa de enfermagem e multidisciplinar também foi aumentando, expressando-se através da solicitação para emitir pareceres sobre os cuidados a implementar e do esclarecimento de dúvidas sobre temáticas, como posicionamentos, mobilizações e transferências, inaloterapia (motivo pelo qual realizei as sessões de formação disponíveis nos apêndices 10 e 11), alterações da deglutição e mecanismos de limpeza das vias aéreas. Este emergir do EEER como perito e elemento de referência no seio da equipa constituiu motivo de orgulho e de compreensão da importância que poderei assumir no futuro com vista a uma prática de cuidados de excelência.

Ao longo do estágio existiram diversas oportunidades de colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar, de entre as quais destaco uma reunião em que participei no SMI, e em que o parecer do EEER em relação à capacidade de deglutição, emitido com recurso à Escala de GUSS, foi crucial na decisão de manter um cliente entubado nos primeiros dias após um AVC isquémico, de forma a permitir realizar treino de técnicas de deglutição e a proteger a via aérea.

Em sentido oposto, as oportunidades de envolver a família/cuidador no plano de cuidados foram muito limitadas pelo contexto pandémico e restrições impostas. Ainda assim, participei no SMI, aquando da preparação da alta de um cliente com doença muscular degenerativa, numa conferência familiar, em que verifiquei que a

presença de profissionais de diferentes áreas contribui para uma abordagem holística do cliente, suportada por conhecimentos sólidos (nomeadamente em termos de alimentação, posicionamentos, apoio social e terapêutica instituída) que permitem ajustar os cuidados às necessidades formativas e informativas que a família possui, contribuindo para a facilitação dos processos de transição. Procurei também colmatar este distanciamento imposto das famílias estabelecendo contato telefónico com as mesmas sempre que justificado.

No âmbito da gestão de cuidados, o EEER assume também papel de relevo na educação do cliente, papel esse que tive oportunidade de treinar, por exemplo através do ensino sobre a prevenção de quedas, otimização e gestão de inaloterapia, utilização de VNI e importância do exercício físico.

Da avaliação das necessidades do cliente/família/cuidador e da complexidade da situação, surgiu frequentemente o reconhecimento da necessidade de negociação ou referenciação a outros profissionais de saúde, pelo que procurei adquirir conhecimento dos processos de articulação entre serviços, instituições e com a comunidade, procedendo também à referenciação para a Rede Regional de Cuidados Continuados e para os Cuidados de Saúde Primários.

Assim, considero que foi alcançado o objetivo estabelecido para este domínio e desenvolvidas as respetivas competências, através da liderança e articulação com a equipa multidisciplinar na gestão otimizada de recursos e situações.

1.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A importância da otimização de resultados e a evolução das necessidades dos clientes exigem ao enfermeiro, em particular ao especialista, um processo contínuo de aprendizagem e uma atualização constante dos conhecimentos que lhe permita desenvolver mecanismos e estratégias inovadoras e criativas que acompanhem estas demandas (Barata, 2017, p. 123).

Como objetivo específico neste domínio defini:

- Estimular as aprendizagens nos contextos de trabalho, desenvolvendo uma prática baseada na evidência e no core de conhecimentos específicos da profissão e da especialidade, assente no autoconhecimento, assertividade e capacidade de decisão.

Ao longo do estágio, o questionamento constituiu-se como um importante estímulo ao desenvolvimento de competências, sendo recorrente refletir sobre a minha forma de pensar e atuar e desafiar-me a fazer mais e melhor, aperfeiçoando práticas clínicas e formativas. Como tal, sempre que necessário procurei expor as dificuldades sentidas e esclarecer dúvidas junto dos orientadores clínicos e do docente orientador, solicitando também feedback juntos dos mesmos e fundamentando opiniões divergentes. A realização de estudos de caso (apêndices 2, 3 e 4) relativos à intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa, permitiu, ela própria, refletir sobre possíveis melhorias a introduzir nos cuidados.

De forma a estruturar o pensamento reflexivo, baseei-me nos princípios do Ciclo de Gibbs, procurando adquirir conhecimentos científicos que permitissem melhorar o meu desempenho e fundamentá-lo adequadamente, pelo que recorri com frequência à pesquisa através da plataforma EBSCO® nas bases de dados científicas CINAHL® e MEDLINE®, no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal e em livros de Enfermagem de Reabilitação adquiridos ao longo do CMER e conteúdos fornecidos durante as suas unidades curriculares. Foi também essencial mobilizar documentos obtidos na revisão da literatura realizada aquando da elaboração do projeto de estágio e conhecer os manuais, protocolos, normas, instrumentos de avaliação e sistemas de informação em saúde nos diferentes contextos de estágio. Contudo, sendo a prática baseada na evidência “o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência científica, combinada com os valores do cliente e com a experiência clínica do profissional” (Sackett et al., 2000, p.1), à evidência científica mais recente adicionei a experiência profissional adquirida e consolidada ao longo dos 11 anos de prática clínica que possuo e os saberes e competências partilhados pelos orientadores clínicos, docente orientador e elementos das equipas multidisciplinares com as quais tive o privilégio de trabalhar, bem como o conhecimento que possuía sobre o cliente/família/cuidador, os recursos existentes e o meio envolvente.

O crescimento pessoal e profissional acontece, assim, de forma natural pela socialização entre profissionais, num constructo de partilha de reflexões, valores, conhecimentos, experiências e opiniões, sendo condicionado pelo ambiente envolvente e respetiva organização. Como tal, considero que a escolha do SMI como primeiro contexto de estágio foi muito pertinente, uma vez que permitiu uma diversidade de experiências e aprendizagens das quais extraí grande significado para a aquisição das competências do EEER. Possibilitou-me construir uma base sólida a

partir da qual consegui desenvolver especificamente as competências no âmbito do projeto previamente desenvolvido e aperfeiçoar a minha prática ao longo da permanência na UCCI, altura em que me encontrava já muito mais autónoma e capaz de tomar iniciativa na análise e sugestão de intervenções e programas terapêuticos.

No SMI, além de conseguir colmatar as minhas necessidades formativas nas vertentes respiratória, cardíaca, sensoriomotora, da eliminação e do treino de autocuidados (por exemplo através da prática da auscultação pulmonar, avaliação inicial de ER e elaboração e avaliação de planos de cuidados). Foi-me dada a possibilidade de realizar dois dias de observação participante nos serviços de Ortopedia e Hospital de Dia de Pneumologia, o que ampliou significativamente o conjunto de situações clínicas com as quais contatei, dando-me uma visão mais específica da preparação da alta e do contacto com a comunidade. Permitiu-me ainda conhecer e utilizar outros recursos materiais essenciais à ER, como o artromotor e diferentes inaladores, que foram de extrema utilidade na UCCI.

O estágio possibilitou-me também a reflexão e discussão sobre casos clínicos com as equipas multidisciplinares, demonstrar conhecimentos especializados, segurança e competência na fundamentação da avaliação e plano de intervenção à luz da evidência científica, como aconteceu numa reunião da equipa da UCCI em que foi discutida a pertinência de entubação nasogástrica de uma cliente com demência avançada e disfagia. Após avaliar a deglutição recorrendo à Escala de GUSS, concluí que a colocação da SNG seria a opção mais segura, contudo, a revisão da literatura por mim realizada não recomendou o uso de sonda em doentes com demência avançada, pelo que após apresentadas todas as evidências, se optou em equipa por realizar alimentação de conforto, adaptando a consistência dos alimentos às necessidades da cliente. Portanto, compreendi que a avaliação do EEER pode ser preponderante na tomada de decisão em equipa, não se devendo a limitar à utilização cega de instrumentos de avaliação, mas atendendo ao cliente de forma holística.

Ainda neste domínio, e conforme referido anteriormente neste relatório, a identificação de necessidades formativas e informativas junto da equipa, despoletou a necessidade de realizar formação com base na melhor evidência científica (apêndices 2, 3 e 4), sendo também relevante a colaboração dada no SMI na revisão e implementação do Protocolo de ER no foco: deglutição (apêndice 6). Neste serviço foi igualmente detetada a necessidade de alargar os cuidados de ER à pessoa em

situação paliativa, pelo que surgiu oportunidade de criar um protocolo de ER nesse âmbito (apêndice 7).

A formação contínua é fulcral no processo de atualização de conhecimentos, pelo que ao longo do estágio foi possível a participação online em diversos eventos, tais como os Webinars intitulados “Projetos de Reabilitação Cardíaca” e “Bandas Neuromusculares e Técnicas Miofasciais” (certificados nos anexos 1 e 2).

Em síntese, demonstrei capacidade de autoconhecimento, reconhecendo o meu papel no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais e baseei os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, pelo que considero que atingi o objetivo proposto e desenvolvi as competências preconizadas para este domínio.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). A ER engloba “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, pelo que o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565). O desenvolvimento das competências específicas ao longo do estágio será analisado em seguida.

1.2.1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

O Processo de Enfermagem trata-se de um instrumento ou modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem que permite definir e ajustar os cuidados de Enfermagem à evolução das necessidades da pessoa (Garcia e Nóbrega, 2009, p. 188) e envolve a avaliação inicial (colheita de dados e análise de

informação), definição de diagnósticos de enfermagem (identificação de problemas de saúde no domínio da enfermagem), planeamento (estabelecimento de objetivos, resultados e respetivas intervenções), implementação (execução das ações de enfermagem planeadas) e avaliação (validar se os objetivos foram atingidos) (Potter e Perry, 2009). Assim, ao longo do estágio o mesmo foi aplicado aos cuidados de ER.

Assim, para este domínio, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a funcionalidade e detetar alterações limitadoras da atividade e incapacidades, promovendo e maximizando a autonomia e independência e intervindo nos processos de transição a nível da pessoa em situação paliativa e cuidador;
- Conceber, implementar e avaliar planos de otimização e/ou reeducação das funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da eliminação e da sexualidade na pessoa em situação paliativa.

A avaliação inicial da pessoa/cuidador funciona como ponto de partida para qualquer intervenção, devendo ser realizada de modo rigoroso, sistemático e lógico, de forma a maximizar a qualidade dos dados colhidos, a permitir a identificação de necessidades e expectativas e a definir intervenções e metas realistas, ajustadas ao longo do tempo às alterações na situação clínica da pessoa.

A passagem de turno constituiu a fonte primária de informação em ambos os contextos de estágio, ao fornecer uma perspetiva geral da pessoa e dos seus antecedentes e situação atual de doença, bem como principais intercorrências e estabilidade hemodinâmica. A consulta do processo clínico e a entrevista informal do cliente/cuidador permitiram complementar estes dados com os antecedentes familiares e sociodemográficos, sinais vitais, exames complementares de diagnóstico e respetivos relatórios, medicação habitual, condições habitacionais, hábitos de vida, suporte comunitário - informações essenciais a uma compreensão global das necessidades do cliente em termos de reabilitação.

A avaliação deve integrar o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção. Com o intuito de registar de forma rigorosa as avaliações e intervenções de ER e permitir a comparação entre as sessões de reabilitação, senti a necessidade de criar um documento que sistematizasse esses conteúdos (apêndice 5).

Os sinais vitais “são indicadores clínicos da condição fisiológica da pessoa” (OE, 2018, p. 55), pelo que se procedeu à sua avaliação antes, durante e após a implementação de intervenções de ER, de forma a garantir a segurança das mesmas.

O recurso a instrumentos de colheita de dados padronizados baseados em evidência científica permite quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção do EEER (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016, p.5), pelo que para descrever as capacidades e limitações do cliente (no autocuidado, realização de AVD, na mobilidade, funções respiratória, cognitiva, emocional e social e em termos de controlo sintomático e funcionalidade), planear e implementar intervenções e avaliar resultados recorri a diversas escalas, tais como: Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Barthel, Palliative Performance Scale (PPS); Escala de Borg Modificada, Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia (mMRC); Escala London Chest Activity of Daily Living; Escala de AVC do National Institutes of Health; Escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council; Escala de Ashworth modificada; Escala de GUSS; Índice de Tinetti e Escala de Berg; Escala de Morse; Escala de Braden; Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; Escala Visual Analógica ou Escala Numérica da dor.

A avaliação da pessoa com necessidade de cuidados de reabilitação respiratória foi realizada de acordo com o preconizado pela OE (2018) e Cordeiro e Menoita (2012). Assim, após recolha da história clínica da pessoa, procedeu-se à análise dos relatórios de exames complementares de diagnóstico (radiografia do tórax, gasometria arterial e/ou provas de função respiratória). Foi possível rever e treinar a interpretação de radiografias torácicas, que constituem a avaliação imagiológica mais frequente nas pessoas com sintomas respiratórios e permitem obter informação sobre estruturas como componentes ósseas, parênquima pulmonar, mediastino e partes moles (OE, 2018, p.70), para posterior avaliação da evolução da doença e resposta às intervenções terapêuticas. A análise de gasometrias arteriais foi relevante no controlo da evolução clínica de alguns clientes, nomeadamente com DPOC e em situações de insuficiência respiratória com necessidade de VNI. Trata-se de um exame “importante na avaliação da adequação da função respiratória uma vez que determina a necessidade de oxigénio suplementar, monitoriza o suporte ventilatório e documenta a gravidade da progressão da doença respiratória conhecida” (OE, 2018, p.59). Aquando do estágio na SMI, foi possível a realização de um período de observação no Hospital de Dia de Pneumologia que gerou a oportunidade de melhorar a compreensão da interpretação de provas de função respiratória, como a espirometria e a pletismografia, fundamentais na identificação e quantificação da gravidade das alterações respiratórias (OE, 2018, p.64).

Efetuuou-se a pesquisa de sinais e sintomas mais frequentes na patologia respiratória – toracalgia, dispneia (fatores desencadeantes e de melhoria ou agravamento, início, modo de instalação, duração, sintomas associados, intensidade e periodicidade), tosse (características, tempo de duração, associação a outras queixas, horário e sazonalidade) e expectoração (características, volume, consistência, aspeto e odor) (Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2018) - e ao exame físico, que compreende a inspeção, palpação, percussão e auscultação.

Na inspeção pesquisaram-se aspetos como a coloração da pele, presença de edemas e hipocratismo digital, postura corporal e avaliação estática e dinâmica do tórax (simetria, alterações na morfologia do tórax, desvio da traqueia, frequência respiratória, amplitude de movimentos, padrão ventilatório, sinais de tiragem e uso de musculatura acessória). A palpação permitiu avaliar a simetria da expansibilidade torácica e do frémito toraco-vocale a percussão “detetar alterações da densidade dos campos pulmonares, examinando a sua ressonância”, auxiliando na formulação de um diagnóstico diferencial (OE, 2018, p. 50). A auscultação pulmonar constituiu um dos maiores desafios do início do estágio, uma vez que requer treino para deteção de alterações no murmúrio vesicular e presença de ruídos adventícios, bem como para a respetiva interpretação e associação à patologia do cliente. Com o decorrer do estágio fui adquirindo maior sensibilidade auditiva, domínio da técnica e confiança na sua realização através da validação feita pela orientadora clínica. O recurso a esta técnica no início da sessão de RFR auxiliou o planeamento da minha intervenção e no despiste de complicações (como o broncospasmo das vias aéreas, cuja deteção possibilita intervir através da administração de broncodilatadores prescritos e utilização de técnicas de descanso e relaxamento com vista à sua melhoria e a que se possa ser dada continuidade ao plano de cuidados de ER), enquanto no final da mesma permitiu avaliar o resultado das intervenções realizadas.

A avaliação da capacidade funcional é utilizada para determinar a gravidade da doença e respetivo prognóstico, sendo utilizada como critério de avaliação da eficácia da intervenção na pessoa com patologia respiratória e feita com recurso a diversas escalas (OE, 2018, p. 73), como a Escala de Borg Modificada e Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire, Escala London Chest Activity of Daily Living e o Teste de Marcha dos 6 minutos, que tive oportunidade de aplicar em ambos os contextos de estágio, verificando melhorias consistentes entre as avaliações ao longo dos períodos de intervenção.

No que concerne à avaliação da pessoa com alterações da função sensoriomotora, e uma vez que o exame neurológico é extenso e complexo, este foi incluído no documento elaborado para registo dos cuidados de ER (apêndice 5), o que também permitiu comparar resultados da avaliação aquando da admissão e da alta, dar visibilidade à evolução do cliente e orientar o planeamento dos cuidados, segmentando objetivos concretizáveis. Do exame neurológico faz então parte a avaliação de diversas componentes com recurso a escalas validadas pela comunidade científica: estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), estado mental, atenção, memória, linguagem, capacidades práticas e negligência hemiespacial unilateral, pares cranianos, força muscular (Escala de Força Medical Research Council - MRC), tônus muscular (Escala de Ashworth Modificada), coordenação motora e sensibilidade superficial (dolorosa, térmica e tátil) e profunda ou proprioceptiva (de pressão, vibratória, postural e estereognosia), equilíbrio estático e dinâmico e marcha.

Concluída a fase de avaliação, é necessário estabelecer Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação e as intervenções mais adequadas para cada cliente e respetivos objetivos, o que numa fase inicial do estágio foi um exercício mental desafiador até porque implicou aliar a linguagem CIPE ao olhar do EEER, o que para mim era uma novidade. Contudo, com o recurso à pesquisa bibliográfica e à mobilização de conhecimentos das aulas e o auxílio dos orientadores clínicos e do professor orientador, fui sendo capaz de dar resposta positiva e fundamentar as intervenções selecionadas e os resultados esperados dos planos de cuidados de ER. Constatei que a maioria dos diagnósticos de ER diziam respeito a alterações no autocuidado (higiene, vestir/despir, transferências, andar, alimentação e eliminação), diminuição do conhecimento sobre a patologia/cuidados, plano terapêutico (inaloterapia) e otimização das funções respiratória e motora.

Importa referir que ao longo do estágio tive diversas oportunidades de prestar cuidados de ER a pessoas em situação paliativa, tendencialmente entre os 55-90 anos e com patologias como demência, cancro, DPOC, doença cardíaca, neuromuscular e sequelas de AVC, procurando promover o seu conforto em todos os contextos preconizados pelo Modelo Teórico de Kolcaba. O desenvolvimento da competência específica do EEER à qual este subcapítulo se dedica incide sobretudo na promoção do conforto no contexto físico, em que as intervenções procuraram promover o controlo sintomático (nomeadamente através de posicionamentos no leito,

mobilizações articulares; levante, transferências; RFR; exercícios de aumento da força e endurance; identificação de estratégias de adaptação da vida diária; otimização de inaloterapia/ oxigenoterapia), educação sobre gestão da doença, aumento da independência no autocuidado (através do treino de AVD e aconselhamento e treino de utilização de produtos de apoio) e de intervenções com o objetivo de prevenir complicações como quedas, úlceras por pressão, pneumonias de aspiração e descontrolo sintomático.

Procurando simplificar a leitura, será apresentada em primeiro lugar a intervenção relativa à componente respiratória e em seguida à sensoriomotora.

A RFR é implementada com o intuito restabelecer “o padrão funcional da respiração” através da mobilização e eliminação de secreções brônquicas; melhoria da ventilação pulmonar, oxigenação e trocas gasosas; promoção da reexpansão pulmonar e da independência respiratória funcional; diminuição do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio; aumento da mobilidade torácica, força muscular respiratória e endurance; prevenção e correção de defeitos ventilatórios e complicações e reeducação ao esforço (Cordeiro e Menoita, 2012, p.61). As sessões de RFR compreendem uma combinação de técnicas selecionadas de acordo com os objetivos para cada cliente, que serão genericamente descritas, com apresentação das particularidades relativas a alguns casos clínicos.

Para assegurar o conforto do cliente, procurei promover um ambiente calmo e estabelecer uma relação empática e de confiança, explicando os objetivos das intervenções e obtendo consentimento para as mesmas. Cordeiro e Menoita (2012, p.63) salientam que para reduzir a tensão psíquica e muscular e diminuir a sobrecarga muscular é importante que se utilizem técnicas de descanso e relaxamento e se trabalhe a consciencialização e controlo da respiração. Estes são também passos importantes para o controlo da fadiga e da dispneia, sintomas frequentes na pessoa em situação palitava, pelo que se enfatizou esta componente nesses doentes, associando a estratégias de conservação de energia e a utilização de produtos de apoio disponíveis no domicílio, como o banco de higiene.

As mesmas autoras (2021. pp.63-84), defendem que para prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição e ventilação alveolar, se utilizem a expiração com os lábios semicerrados; respiração diafragmática (estas duas particularmente úteis na pessoa com DPOC, uma vez que auxiliam no controlo da dispneia e aumentam a tolerância ao esforço, ao melhorar a eficiência da ventilação,

favorecendo um padrão respiratório fisiológico); exercícios respiratórios de reeducação diafragmática anterior e posterior com e sem resistência e da hemicúpula afetada, e de reeducação costal global e seletiva; e espirometria de incentivo.

A reeducação diafragmática permite reduzir o trabalho respiratório e pode ser feita com a pessoa em diversas posições (decúbito dorsal, ventral, lateral, posição de sentada e posição ortostática) consoante a porção do diafragma a reeducar e a tolerância da pessoa, com recurso a estímulo visual, auditivo, tátil, a dispositivos como sacos de areia e à adoção da posição de Trendelenburg. Assim, foi utilizada a pressão exercida sobre o diafragma na fase expiratória de forma a melhorar a excursão diafragmática e fortalecer musculatura abdominal da pessoa com DPOC e melhorar a sua ventilação e tolerância à fadiga (*ibidem*).

Cordeiro e Menoita (2012, pp. 76-84) referem que a reeducação costal permite melhorar o padrão ventilatório podendo ser global ou seletiva, quando se privilegiam determinadas áreas pulmonares em detrimento de outras de acordo com as necessidades do cliente: por exemplo, em doentes com rigidez da grelha torácica inferior, como os que têm bronquite crónica, asma ou enfisema, foi privilegiada a reeducação costal inferior enquanto nos doentes com pneumonia ou derrame pleural unilaterais a reeducação costal seletiva do lado afetado permitiu promover a expansão pulmonar desse lado.

A espirometria de incentivo visa o fortalecimento da musculatura respiratória, manutenção da permeabilidade das vias aéreas e a reexpansão pulmonar, sendo particularmente importante em pessoas com atelectasia ou patologia restritiva como pneumonia e derrame pleural (Cordeiro e Menoita, 2012, p.92). Ao longo do estágio, esta estava apenas disponível sob a forma de espirómetro fluxo-dependente e foi utilizada, por exemplo, numa cliente com atelectasia, verificando-se um aumento consistente dos fluxos inspiratórios gerados, redução da sintomatologia (dispneia e toracalgia), aumento da saturação periférica de oxigénio e melhoria da auscultação pulmonar e da radiografia de tórax. Destaco a vantagem adicional de que após instrução e treino a mesma foi capaz de dar continuidade aos exercícios durante o período da tarde.

Visando assegurar a permeabilidade das vias aéreas, Cordeiro e Menoita (2012, p.63) destacam as seguintes estratégias: ensino da tosse assistida e dirigida; drenagem postural clássica e modificada; manobras acessórias (vibração, compressão, percussão e vibrocompressão); uso do *flutter*, *acapella* e pressão

positiva expiratória (PEP); expiração lenta total com a glote aberta em decúbito lateral (ETGOL) e ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR). As suas principais indicações são a DPOC, doenças neuromusculares, atelectasias, supurações broncopulmonares (fibrose quística, bronquiectasias), idosos com diminuição dos mecanismos da tosse e pré e pós-operatório de pessoas broncorreicas. Ao longo do estágio, as mesmas foram utilizadas sobretudo em pessoas idosas e totalmente dependentes nas AVD, procurando favorecer o desprendimento das secreções desde os segmentos broncopulmonares distais e respetiva mobilização para os grandes brônquios para uma melhor expulsão ou facilitando a sua aspiração e consequente limpeza das vias aéreas e melhoria das trocas gasosas. Na pessoa em situação paliativa, tive oportunidade de aplicar estas técnicas em doentes com doença neuromuscular, demências avançadas, estados vegetativos permanentes e doentes com importantes sequelas pós-AVC, constatando francas melhorias na auscultação pulmonar após as sessões. Na UCCI verificou-se uma relação entre a sua utilização e a diminuição dos internamentos por infeções respiratórias de repetição.

Em nenhum dos contextos de estágio se encontravam disponíveis dispositivos coadjuvantes na remoção de secreções brônquicas como o insuflador-exsuflador mecânico CoughAssist®, *flutter*, *acapella* e PEP, pelo que o único contato que tive com os mesmos foi durante o período de observação realizado no Hospital de Dia de Pneumologia. Ainda assim, foi uma mais-valia, pude manuseá-los pela primeira vez e receber algumas instruções da EEER desse serviço sobre a sua utilização.

Para impedir a formação de aderências pleurais e manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática, utilizam-se a terapêutica de posição e a abertura costal seletiva (Cordeiro e Menoita, 2012, p.63). Durante o estágio apliquei estas técnicas a clientes com derrame pleural, colocando-os em decúbito lateral sobre o lado sã, de forma a que, como referido pela OE (2018, pp. 125 e 133) se previna a formação das aderências e/ou limite a sua formação numa posição mais baixa, causando menos repercussões no processo ventilatório e a que se favoreça a reexpansão pulmonar.

As técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado pretendem corrigir defeitos posturais responsáveis por alterações na ventilação (Cordeiro e Menoita, 2012, p.63 e 112) e, a título de exemplo, foram utilizadas no estágio em clientes idosos com alterações posturais antigas ou posições antiálgicas provocadas por derrames pleurais e das quais poderiam resultar em sequelas.

Outro dos objetivos importantes da RFR é a reeducação ao esforço através de exercícios de mobilização torácica e osteoarticular, treino de exercício aeróbio e treino das AVD (Cordeiro e Menoita, 2012, p.63). Esta foi uma das componentes mais trabalhadas ao longo do estágio, com ganhos significativos, nomeadamente para a pessoa em situação paliativa no que concerne ao aumento da tolerância à atividade.

Destaco ainda a ida ao Hospital de Dia de Pneumologia, que me permitiu conhecer melhor os diversos tipos de ventiladores e modalidades de VNI, as indicações e contraindicações do tratamento e interfaces utilizadas (e confirmar a importância do EEER na adesão à VNI e sua otimização), assistir a sessões de RFR e reabilitação cardíaca a clientes em ambulatório, consultas médicas de Pneumologia e ter contato com dispositivos inexistentes no SMI e UCCL, como o *flutter*, *acapella* e *peak-flow meter*.

Para concluir a descrição das atividades relacionadas com este domínio de competências específicas no âmbito da componente respiratória, importa fazer referência particular ao trabalho desenvolvido junto da pessoa em situação paliativa.

Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, p. 176) salientam que os sintomas respiratórios são dos mais significativos e ameaçadores da autonomia, afetando sobremaneira a qualidade de vida, pelo que devem merecer atenção especial do EEER, priorizando “a expressão da dispneia no doente e não os achados objetivos”, quer através de medidas farmacológicas, como a oxigenoterapia, quer não farmacológicas, como a RFR.

Reportando-me ao caso da Sra. X, documentado no Estudo de Caso I (apêndice 2) e que apresentava neoplasia do pulmão cuja abordagem foi paliativa, aquando da avaliação inicial, esta apresentava derrame pleural bilateral, submetido a toracocentese evacuadora à esquerda com posterior pneumotórax iatrogénico de grande dimensão à direita, sujeito a drenagem e mantendo dreno torácico clampado há dois dias. O murmúrio vesicular encontrava-se abolido nas bases, com crepitações no 1/3 médio do pulmão esquerdo e a expansibilidade das regiões inferiores do tórax estava diminuída. Cumpria aporte de O₂ a 2l/min por óculos nasais e, recorrendo à Escala de Borg Modificada para avaliação da dispneia, apontava o 0 (zero) como valor em repouso e o 5 (cinco) como a intensidade da dispneia aquando da transferência para o cadeirão, pelo que se identificou dispneia a médios esforços e intolerância à atividade. Recorrendo à Escala ESAS, obteve-se um Score 20, com maior descontrolo sintomático a nível de cansaço, apetite e bem-estar.

De acordo com Braga (2009, p. 70), a pessoa em situação paliativa que realiza RFR melhora significativamente a dispneia. Ribeiro (2017, p. 85) acrescenta que com vista à otimização da ventilação, estes clientes beneficiam de exercícios de expansão pulmonar e amplitude torácica, RFR, treino de exercício anaeróbio e aeróbio e estratégias de poupança de energia. Assim, com o intuito de aliviar a dispneia, aumentar a tolerância à atividade, promover a independência e melhorar a qualidade de vida da Sra. X, aplicou-se um programa de RFR.

Conforme defendido por Braga (2009), citado por Santos e Pêla (2017, p. 613), começou-se pelo ensino de técnicas e posições de descanso e relaxamento e correção postural. Instruíram-se e treinaram-se em seguida a dissociação dos tempos respiratórios, promovendo expiração com lábios semicerrados e a respiração abdomino-diafragmática, uma vez que tal como mencionado por Santos e Pêla (*ibidem*) esta última minimiza o trabalho respiratório e auxilia no alívio da dispneia, promovendo a ventilação das bases pulmonares. De forma a melhorar o padrão ventilatório, fortalecer a musculatura respiratória, evitar a formação de aderências pleurais e promover a reexpansão pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012) realizaram-se exercícios de abertura costal global com bastão e com automobilizações, de abertura costal seletiva bilateral sem resistência e de rotação da escapulo-umeral; reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda; terapêutica de posição e técnica de respiração localizada a um hemitórax. Foi ainda otimizada a inaloterapia, recorrendo a câmara expansora, uma vez que apresentava fraca coordenação mão-pulmão.

No controlo da fadiga, é importante associar à gestão da atividade do cliente a promoção atividade/exercício funcional e adequado ao mesmo, com ênfase no progressivo condicionamento cardiovascular através de exercícios de baixa a moderada intensidade (Afonso, Novo & Martins, 2015, pp.74-75). Como tal, às estratégias de conservação de energia, foram aliadas estratégias de adaptação da vida diária (listagem e priorização de atividades, delegação de tarefas e utilização de recursos da comunidade), exercícios de endurance (ponte e rolar na cama), treino de marcha com andarilho e da utilização de produtos de apoio (banco de higiene), conforme preconizado por Galvão & Pazes (2016, p.216).

Assim, no final das intervenções acima descritas constataram-se francos progressos: a Sra. X mantinha o mesmo aporte de O₂, mas encontrava-se sem dreno torácico, com diminuição do derrame pleural comprovada radiologicamente, melhoria

da auscultação pulmonar (murmúrio vesicular diminuído nas bases, sem ruídos adventícios), aumento da SpO2 em relação ao início de cada uma das sessões de RFR, melhoria da dispneia e tolerância à atividade (utilizava corretamente técnicas de conservação de energia deambulava 10 metros com andador, apresentando Escala de Borg Modificada de 0 em repouso e 4 após treino de marcha e Escala ESAS com score 12, com melhoria ligeira nível de cansaço e apetite e significativa no bem-estar) e sendo capaz de realizar os cuidados de higiene e conforto no duche, sentada no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial apenas para lavar e enxugar as costas.

Quanto à reabilitação sensoriomotora, o estágio foi rico em oportunidades, intervindo em clientes com sequelas de AVC, patologias neuro degenerativas, síndrome de imobilidade, limitações funcionais relativas ao processo de doença, envelhecimento e comorbilidades e submetidos a cirurgia ortopédica (da anca, joelho e ombro), obrigando a um planeamento de cuidados a curto, médio e longo prazo, conforme se encontrasse no SMI, na UCCI ou a planear o regresso a casa.

Segundo Parada e Pereira (2003) a inatividade crónica, mais associada ao sedentarismo, ou a aguda, resultante de uma intercorrência que implicou repouso prolongado, provocam alterações da mobilidade que alteram a capacidade funcional do sistema músculo-esquelético e que se se mantiverem poderão atingir os restantes sistemas orgânicos implicando uma continuidade da inatividade, gerando um ciclo. No SMI prestei cuidados a uma cliente anteriormente independente, que desenvolveu síndrome de imobilidade após internamento prolongado por sucessivas complicações decorrentes de colonoscopia. A intervenção passou pela realização de mobilizações ativas e ativas-resistidas associadas a RFR enquanto mantinha repouso no leito e pelo treino de AVD após início do levantar, treino da força muscular, treino de marcha e treino de equilíbrio estático e dinâmico, de forma a restabelecer a autonomia total, o que foi atingido. Foi fulcral a compreensão dos seus objetivos e determinar o grau de dependência funcional, ambiente, dispositivos de apoio e equipamento necessários ao desempenho das AVD, bem como a avaliação da execução das mesmas (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011).

Mundialmente, o AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade (Menoita, 2012), sendo o EEER fulcral no acompanhamento do cliente e família e respetivos processos de transição, o que se traduz em melhores níveis de funcionalidade, *coping* e qualidade de vida. Durante o estágio, foi possível

acompanhar o Sr. Y (cliente referente aos estudos de caso II e III - apêndices 3 e 4), em duas fases distintas: o internamento no SMI por AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda (acompanhado do diagnóstico de estenose aórtica severa, em que recusou cirurgia e optou por tratamento paliativo) e a sua permanência posterior na UCCI para reabilitação. Contudo, de forma a sintetizar a intervenção junto do mesmo e os resultados obtidos e, uma vez que o estudo de caso III passa essencialmente pela continuidade do trabalho realizado no estudo de caso II, nesta fase serão apenas descritos dados relativos a este último.

À avaliação inicial no SMI, o Sr. Y apresentava hemiparesia à direita de predomínio crural (objetivada através da aplicação Escala Medical Research Council disponível no apêndice 3), acompanhada de espasticidade da mão ipsilateral (escala de Ashworth Modificada: 1+ à flexão, extensão, abdução e adução dos dedos da mão direita e 1 à circundação e oponência do polegar da mão direita e no desvio radial e cubital do punho direito), paresia facial central à direita, disfagia e necessitava de ajuda total no autocuidado: higiene, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, alimentar-se, vestir/despir, apresentando um Índice de Barthel = 15 e uma PPS = 30%.

Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, pp. 171-173), afirmam que a limitação do movimento afeta diretamente a qualidade de vida, causando dependência, diminuição da autoestima e limitação da autonomia, pelo que destacam que na pessoa em situação paliativa, mais do que restabelecer a função, importa manter a qualidade de vida e a autonomia.

A reabilitação favorece a reaprendizagem motora, um processo dependente do treino. Assim, começou-se por realizar e instruir posicionamentos em padrão antiespástico no leito, com o intuito de proporcionar conforto, prevenir lesões músculo-esqueléticas, manter a integridade da pele e tecido subjacentes, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal (Menoita, 2012, pp. 60-111). As mobilizações procuram conservar a integridade das estruturas articulares, a amplitude de movimentos e a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno venoso e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa, pelo que se realizaram mobilizações passivas em séries de 10 repetições em cada segmento corporal, respeitando as amplitudes articulares e o limiar de dor, do distal para o proximal, bilateralmente e estimulando o cliente a visualizar o movimento realizado, de forma a facilitar a neuroplasticidade (*ibidem*). À medida que recuperou a força muscular, as mobilizações passaram a ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas.

As atividades terapêuticas no leito (facilitação cruzada, rolar na cama, ponte, flexão e extensão controlada da coxofemoral, automobilizações e carga no cotovelo), entre outras vantagens, encontram-se relacionadas com o desempenho de AVD, a reaquisição do controlo postural e posterior facilitação do levantar e marcha (*ibidem*). Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, p. 172) acrescentam que as mesmas são fundamentais para a independência física e funcional, pelo que foram instituídas desde o início, permitindo, por exemplo, prevenir UPP, facilitando o uso da arrastadeira em detrimento da fralda e a participação no vestir/despir no leito.

O levantar da cama é essencial na prevenção de complicações da imobilidade, incentivo ao autocuidado e treino de equilíbrio, fundamentais na preparação para o treino de marcha (OE, 2013). Pelos benefícios que traz, sempre que as condições da pessoa em situação paliativa o permitam, o EEER deve proporcioná-lo (Santos, Pêla, Ferreira & Trindade, 2014, p. 172). Assim, de forma a capacitar o cliente para o levantar, avaliou-se em seguida o equilíbrio sentado estático e dinâmico (que se encontrava mantido), e, posteriormente, treinou-se a transferência para a cadeira de banho com ajuda parcial com saída da cama pelo lado afetado. Após o levantar, treinou-se o autocuidado (higiene, arranjo pessoal, vestir/despir e alimentação), com recurso a produtos de apoio como banco de higiene, e talheres de cabo grosso (devido à alteração na motricidade grossa e fina).

Relativamente às alterações da deglutição, o EEER deve adequar a dieta, consistência e preferências alimentares, atendendo a que na pessoa em situação paliativa o objetivo da intervenção poderá não ser o restabelecimento total da função, mas a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida (Santos & Pêla, 2017, pp.613 e 614). Neste sentido, no Sr. Y após avaliação dos pares cranianos (V, VII, IX, X, XI e XII), utilizou-se a Escala de GUSS para avaliar o compromisso da deglutição e garantir a segurança do processo. De salientar que a vontade do cliente deve ser respeitada, pelo que embora o resultado na investigação preliminar recomendasse que fosse alimentado por SNG, o cliente recusou esta opção e demonstrou vontade de manter alimentação por via oral, pelo que perante a deteção de sinais de disfagia, foram implementadas compensações que lhe permitissem comer oralmente sem aspirar alimentos e exercícios para melhorar a força e coordenação. (Braga, 2017, p.263). Assim, procedeu-se à avaliação direta da deglutição e adotaram-se estratégias compensatórias como fazer as refeições no cadeirão ou com a cama em Fowler, rodar a cabeça para o lado afetado, executar

manobras de deglutição (deglutições múltiplas) para eliminar eventuais resíduos, adaptar a consistência da dieta progressivamente de acordo com as avaliações efetuadas, realizar exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar), manobras compensatórias da via aérea (Menoita, 2012. pp.151-154) e RFR de forma a fortalecer a musculatura respiratória, melhorar o padrão ventilatório e limpar as vias aéreas, o que permitiu alcançar os resultados pretendidos.

Fazendo um balanço da intervenção junto do Sr. Y no SMI, constata-se melhoria da força muscular no hemicorpo direito e da espasticidade da mão ipsilateral (objetiváveis pela aplicação das escalas Medical Research Council e de Ashworth Modificada, respetivamente, disponíveis no apêndice 3); aumento da funcionalidade comprovado pela subida do score do Índice de Barthel para 70 e da PPS para 60% e melhoria da capacidade de deglutição (monitorizada pela Escala de GUSS, cujo resultado da investigação preliminar foi de 5, pelo que se avançou para o teste direto de deglutição, aferindo que se adequa uma dieta cremosa e hidratação com água espessada, consistência tipo mel).

Mantendo o foco na reabilitação após AVC, mas saindo da intervenção na pessoa em situação paliativa com o intuito de promover sobretudo a restituição da função prévia ao evento patológico, na UCCI tive oportunidade de trabalhar com uma cliente de 43 anos com hemiplegia à direita e obesidade mórbida, que se encontrava acamada e totalmente dependente nas AVD. Após realização de mobilizações e atividades terapêuticas no leito (que seguiram os princípios anteriormente elencados), passou-se ao treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico e da transferência para a cadeira de banho com ajuda parcial com saída da cama pelo lado afetado. Neste caso, houve a particularidade de terem sido instruídos os colegas de cuidados gerais acerca destas transferências (de maneira que ao fim-de-semana a cliente mantivesse a possibilidade de se deslocar ao duche em cadeira) e se ter envolvido também o marido, pedindo que trouxesse calçado fechado e fácil de colocar, maximizando a autonomia da cliente. No ginásio da UCCI foi ainda realizado treino de força muscular nos membros inferiores com recurso a pedaleira elétrica - uma vez que a força que possuía no membro inferior direito (grau 2 na escala MRC) não era ainda suficiente para utilizar a manual – treino de equilíbrio em pé estático (inicialmente com auxílio do posicionador vertical estático e posteriormente com apoio de andarilho) e treino de motricidade fina com recurso a molas da roupa, alimentos, jogos e modelos de treino

de motricidade (por exemplo, abotoar botões). No que concerne à eliminação, a cliente apresentava incontinência urinária funcional (perda de urina causada pela incapacidade para utilizar a casa de banho por problemas exteriores ao trato urinário, como a alteração de mobilidade (Hoeman, 2011) e utilizava numa fase inicial exclusivamente a fralda, o que lhe causava desconforto e se traduzia em obstipação. A realização da ponte, permitiu que a Sra. fosse capaz de suprimir o uso de fralda e passasse a utilizar a arrastadeira e a possibilidade de se transferir para a cadeira sanitária tornou-a capaz de utilizar a casa de banho, obtendo maior privacidade e conforto, que debelaram esse problema.

Finalizando a descrição da intervenção neste domínio de competências no âmbito da reabilitação sensoriomotora, foi possível praticar os cuidados à pessoa submetida a PTA, PTJ e PTO (embora apenas no pós-operatório). Além do treino de autocuidado, mobilizações, recomendações sobre cuidados para evitar a luxação das próteses, prevenção de quedas e uso de produtos de apoio, foi também possível realizar treino de marcha livre e com apoio de andarilho e de canadianas, de forma gradual, estabelecendo objetivos realistas, criando condições de segurança, eliminando obstáculos e definindo pontos de descanso (OE, 2013, p.62). As intervenções foram avaliadas através de instrumentos como a MIF, Escalas de Morse e de Barthel, Índice de Tinetti e TUGT, com ganhos de saúde comprovados.

Assim sendo, e tendo em conta o acima descrito, considero que atingi os objetivos propostos, avaliando as funções respiratória, motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, da alimentação e eliminação, recorrendo a escalas objetivas, definindo diagnósticos de enfermagem e implementando intervenções em todos os contextos de estágio com vista à maximização da funcionalidade e qualidade de vida de cada um dos clientes alvo dos cuidados. Foram também monitorizados os resultados e o impacto dos planos de ER, com ênfase na pessoa em situação paliativa.

1.2.2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA

O EEER, pelas competências que possui, é o profissional melhor qualificado para ensinar, instruir e treinar o cliente nas AVD e orientar família/cuidador no processo de reabilitação, executando técnicas específicas de reeducação de funções orgânicas afetadas, participando nos programas de reabilitação/ prevenção e de

reintegração socioprofissional, minimizando o impacto da dependência instalada (Ferreira, 2011). Partindo do conhecimento que tem da pessoa e da avaliação do seu status funcional, o EEER identifica o potencial da mesma em cada domínio do autocuidado e as suas limitações, ajustando expectativas, incentivando a autonomia e a participação ativa e fomentando o *empowerment*, que se baseia na procura por conferir maior controlo sobre a própria saúde.

Neste âmbito defini o objetivo específico:

- Produzir e implementar programas de treino de autocuidado, que busquem a adaptação às limitações da mobilidade, a maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e a sua participação social.

Independência e autonomia são conceitos distintos: a independência traduz “o desempenho de funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem”, enquanto a autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências (OMS, 2002). Assim, face a uma alteração da saúde que inviabiliza a realização do autocuidado de forma autónoma estamos perante uma dependência, contudo, este decréscimo de funcionalidade não implica forçosamente uma restrição da participação ou do exercício de cidadania.

Uma das ferramentas do EEER que permite alcançar este objetivo é a educação, que foi utilizada durante o estágio não só com o cliente e família/cuidador, mas também junto da equipa multidisciplinar, de forma a melhorar os resultados atingidos. Na pessoa em situação paliativa, foi fulcral um breve ensino da fisiopatologia da doença e dos sinais e sintomas previsíveis, de forma a prevenir e tratá-los precocemente, evitando o descontrolo sintomático.

Spruit et al. (2013) e a DGS (2009) afirmam que a componente educacional de um programa de reabilitação respiratória deve incluir a adesão e administração correta da medicação, como a inaloterapia, cujos benefícios passam pela redução do trabalho respiratório, diminuição da obstrução do fluxo aéreo e da inflamação das vias aéreas, alívio de sintomas respiratórios e dispneia e tratamento precoce de exacerbações com uma menor quantidade de fármaco do que as vias oral ou parentérica (Cordeiro e Menoita, 2012). Assim, perante a panóplia de dispositivos inalatórios disponíveis na UCCI e as dúvidas colocadas pelos colegas, considerei

pertinente aprofundar o tema e realizar a sessão de formação “Otimização da Inaloterapia” (apêndice 10), que ficou disponível para consulta e foi importante na sua capacitação como prestadores de cuidados. Neste âmbito, junto dos clientes foram ainda detetados alguns erros no uso dos inaladores pressurizados doseáveis, como não agitar antes da administração, não efetuar pausa entre fármacos ou não os utilizar na ordem correta, pelo que aquando da administração desta terapêutica se aproveitou para treinar a técnica, e reforçar ensinamentos, enfatizando a necessidade de realizar expiração prolongada antes da inalação e pausa inspiratória após, de forma a realizar uma adequada difusão das partículas a nível pulmonar; selagem da boca em redor do bucal para evitar fugas (ou em alternativa o uso de câmara expansora); da colocação do dispositivo na posição vertical e da agitação e aquecimento antes da utilização (Cordeiro e Menoita, 2012).

Em clientes com patologia do foro respiratório, nomeadamente DPOC, instruiu-se a realização e ensino de técnicas de RFR (como respiração com lábios semicerrados, respiração diafragmática, posições de descanso e relaxamento e CATR), uma vez que, de acordo com OE (2018), têm influência positiva no prognóstico da doença, com menor número de exacerbações e menor mortalidade, e no recurso aos serviços de saúde. Nestes clientes foi também reforçada a importância da oxigenoterapia e do seu cumprimento no débito e duração prescritos e instruída e demonstrada a utilização dos equipamentos. De salientar que a intervenção junto da pessoa em situação paliativa deve ser ajustada à patologia e condições específicas de cada cliente, pelo que foi tido em conta e se educaram cliente/ cuidador/ equipa multidisciplinar para o facto de que o recurso à oxigenoterapia deve ser ponderado com base na análise “da relação custo-benefício” e do *feedback* fornecido pela pessoa acerca do seu impacto no alívio sintomático, uma vez que a maioria dos clientes com dispneia não apresenta hipoxemia e que a sua utilização tende a não aliviar este sintoma, podendo ainda causar “secura das mucosas, dificuldade na comunicação e alimentação” Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, p. 176).

Ao longo do estágio, trabalhei com clientes com diferentes padrões de desempenho no autocuidado, treinando a sua capacitação para a realização das AIVD e AVD: higiene, arranjo pessoal, vestir/despir, alimentar-se, transferir-se, promovendo a sua independência e autonomia. Procurei estimular a adaptação às limitações, planejar o regresso a casa e manter as capacidades funcionais, otimizando, melhorando ou mantendo a qualidade de vida, socialização, inserção social e

dignidade da pessoa em situação paliativa. Neste sentido, a maioria dos planos começou pelo treino da força muscular, endurance, controlo postural, equilíbrio e treino de marcha, com posterior treino de autocuidados.

Voltando ao exemplo da cliente de 43 anos com status pós AVC do subcapítulo anterior, o fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores foi importante ao facilitar a mobilização no leito e diminuir a carga sobre os profissionais da UCCI, pelo que se realizaram mobilizações passivas nos diferentes segmentos corporais, que progrediram para ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas. As atividades terapêuticas no leito, como rodar na cama, ponte e carga no cotovelo foram importantes para a troca de fralda, cuidados de higiene, vestir/despir, uso de arrastadeira e para a reaquisição do controlo postural e posterior facilitação do levante. O treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico e transferência para a cadeira de banho e de rodas possibilitou que se comesse a deslocar ao ginásio e ao refeitório, permitindo a participação nas atividades lúdicas e o convívio com os restantes clientes. No ginásio treinou-se o controlo de movimentos do membro superior afetado, com recurso a exercícios de coordenação (pegar em alimentos e levá-los à boca) e motricidade fina (como treino de escrita com contorno de tracejado de letras e imagens), de forma a preparar o regresso à vida laboral. O treino deste membro teve impacto positivo na capacidade de se alimentar, segurar nos utensílios durante o banho e abotoar botões, o que foi muito importante para a cliente pois reduziu significativamente a sua dependência. De salientar que quando iniciou treino de alimentação ficava muito constrangida por verter comida e se sujar, pelo que lhe foi proposto trocar de lugar no refeitório, para junto de clientes com as mesmas dificuldades, o que permitiu que se incentivassem mutuamente.

Na pessoa em situação paliativa o objetivo das intervenções a nível sensoriomotor é capacitá-la para controlar as atividades funcionais, permitindo-lhe “participar na vida”, pelo que o EEER define um plano de cuidados que envolve aspetos tão diversos como o treino de AVD, de marcha e atividades ocupacionais (Santos, Pêla, Ferreira & Trindade, 2014, p. 171).

O treino de autocuidado com recurso a técnicas de conservação de energia foi utilizado como estratégia para a pessoa com intolerância à atividade, como a cliente com neoplasia do pulmão em abordagem paliativa do estudo de caso I (apêndice 2). Instruiu-se e treinou-se o tomar banho e o arranjo pessoal com recurso ao banco de higiene, preparação prévia do material e respetiva organização pela ordem de

utilização; aconselhou-se o uso de produtos de apoio (como a escova de cabo longo para lavagem das costas e pés) e a vestir a metade inferior do corpo sentada e calçar as meias e sapatos sentada com o pé apoiado na perna oposta; uma vez que para a senhora era importante manter o seu papel familiar e realizar algumas atividades domésticas dentro das suas possibilidades, explicou-se que as tarefas consumidoras de mais energia deveriam ser realizadas no período da manhã e que poderia colaborar na preparação das refeições cortando os alimentos sentada; para andar reforçou-se a importância do controlo da respiração, inspirando antes de iniciar a marcha e expirando lentamente enquanto dava alguns passos. No que concerne à seleção do auxiliar de marcha, Santos, Pêla, Ferreira & Trindade (2014, p. 173) defendem que além de obedecer a critérios técnicos, em CP esta deve ser ajustada a aspetos psicológicos (como o seu impacto na autoimagem e "assunção de *handicap* ou da deficiência"), sendo essencial enaltecer ganhos em mobilidade e qualidade de vida que a sua utilização pode proporcionar. Assim, optou-se pelo andarilho, pelo seu contributo para o equilíbrio e por permitir manter a verticalidade, o que fomenta a autoestima e a participação social. Tudo isto contribuiu para a subida da PPS de 50% para 60% e diminuição do score da ESAS de 20 para 12, o que se refletiu no aumento da sua autonomia e participação no seio familiar e, como tal, para do conforto em todas as vertentes.

Vieira e Caldas (2017) referem que o andar é uma resposta humana merecedora de especial atenção pelo EEER pelo significado de independência que lhe é atribuído e pela capacidade que confere para a realização autónoma das AVD. Como tal, o treino de marcha e de equilíbrio constituíram algumas das atividades mais realizadas ao longo do estágio, sobretudo na UCCI, pois como afirmam Silva et al (2008), um programa de exercícios de treino de força melhora o equilíbrio, a força e diminui a probabilidade de queda.

Assim, nomeadamente na senhora em recuperação da síndrome de imobilidade, com o intuito de recuperar a capacidade de marcha e a independência e funcionalidade e a reinserir na vida familiar e social, começou-se pelo treino de fortalecimento muscular da bacia (através da ponte), membros superiores (com flexão e extensão da escápulo umeral com recurso a halteres de 0,5kg e posteriormente 1kg) e inferiores (com mobilizações resistidas com perneiras de 1kg) de forma a facilitar a introdução do treino de marcha com recurso a andarilho, uma vez que este permite a redução da carga nos membros inferiores, melhorando o equilíbrio, beneficiando de

maior estabilidade na marcha (OE, 2013). Para aumentar o equilíbrio, instruiu-se e treinou-se a transferência de posição de sentada para de pé com as mãos cruzadas ao peito, colocando os calcanhares atrás da linha dos joelhos e contraindo a musculatura abdominal e das nádegas; corrigiu-se a postura corporal; em pé, utilizando uma cadeira com o intuito de prevenir quedas, realizaram-se exercícios de flexão da coxofemoral com regresso à posição ortostática alternando o membro, extensão e flexão do joelho em pé e sentada e transferência do peso corporal para a região anterior dos pés com elevação dos calcanhares. De salientar que se aconselhou o uso de calçado fechado que permitisse um apoio adequado do pé no solo. Desta forma, a cliente apresentou melhoria do equilíbrio estático e dinâmico em pé ao fim de duas semanas, com capacidade de rodar sobre si própria na íntegra sem desequilíbrio ou tontura, levantar-se e realizar marcha sem apoio.

Em clientes com PTA e PTJ foi também realizado treino de marcha com andariço ou canadianas, de acordo com as respetivas capacidades. A título de exemplo destaco a cliente que se encontrava em pós-operatório de PTA no serviço de Ortopedia, que foi ensinada a avançar em primeiro lugar as canadianas, deslocando em seguida até elas o membro inferior operado e posteriormente o não operado. Tendo havido adaptação adequada, e uma vez que vivia num primeiro andar, no dia seguinte iniciou-se o treino de escadas, com subida com o membro inferior não operado primeiro e descida com o operado.

A nível do treino de autocuidado, foram executados treinos e adaptações com recurso a produtos de apoio, no sentido promover a independência da pessoa, nomeadamente através do uso da tábua de transferência, esponja de banho e calçadeira de cabo longo, pratos com fita antiderrapante e talheres de cabo grosso.

As alterações da deglutição são um problema complexo para cliente e família e que se reflete não só a nível físico, mas também a nível psicológico, gerando ansiedade e condicionando a participação social e qualidade de vida. Logo, os programas de reabilitação devem ser definidos em equipa multidisciplinar e envolver cliente e família tendo em vista a maximização do “potencial funcional ou compensatório dentro das limitações da doença ou incapacidades” que dela advêm, abordando questões físicas e emocionais com o intuito de melhorar a qualidade de vida (Costa & Othero, 2014, pp.154-174). Foi nesta ótica que foi abordado o caso do Sr. Y. Assim, numa fase inicial, perante o seu desejo de manter alimentação por via oral e embora o resultado da investigação preliminar utilizando a escala de GUSS

recomendasse que fosse alimentado por SNG, foi respeitada a sua vontade e foi implementado um plano de treino de deglutição que lhe permitisse comer oralmente com segurança. A continuidade e progressão deste treino ao longo do estágio no SMI e posteriormente na UCCI permitiu que no final o Sr. Y se alimentasse sem ajuda e sem sinais de disfagia de dieta geral partida, utilizando o refeitório desta última instituição e convivendo durante as refeições, o que representou um reforço positivo para a sua autoestima.

O planeamento da alta e do regresso ao domicílio é um processo complexo, que se inicia aquando da admissão, envolvendo o EEER na identificação das necessidades de saúde e apoio social da pessoa/família/cuidador, e que continua através do planeamento e implementação de intervenções personalizadas, com o intuito de dar continuidade a esses cuidados logo que a pessoa reintegre o seu contexto familiar (Martins, Araújo, Peixoto e Machado 2016). Em contexto de pandemia, envolver a família/cuidador foi tarefa difícil, uma vez que as visitas se encontravam limitadas em ambos os contextos de ensino clínico e as visitas domiciliárias fortemente desaconselhadas. Ainda assim, procurou-se estabelecer contato telefónico regular com os familiares no sentido de conhecer as suas preocupações e necessidades e o contexto domiciliário de realização das AVD, aferindo sobre as condições habitacionais e barreiras arquitetónicas (substituindo por exemplo a banheira por polibã). Em casos mais complexos foram mesmo agendadas conferências familiares com ensinamentos e treino de AVD dirigidos ao cuidador. Foram também exploradas as respostas sociais disponíveis, a capacidade de recorrer aos serviços de saúde e de adquirir ajudas técnicas e produtos de apoio como auxiliares de marcha ou camas articuladas.

Enquadrando na Teoria do Conforto de Kolcaba, a promoção do conforto físico fez-se, por exemplo, através da identificação de estratégias de adaptação da vida diária e otimização de inaloterapia/ oxigenoterapia; o conforto psicoespiritual foi promovido pela estimulação da manutenção e recuperação de potencialidades, proporcionando dignidade, autonomia e autoestima; apoio emocional nos processos de transição e no controlo de ansiedade, transmitindo e validando informação sobre o estado de saúde e contribuindo para a tomada de decisões de fim-de-vida, discutindo aspetos fundamentais antes das perdas; e promoção da espiritualidade. No contexto ambiental, procurou-se promover um ambiente tranquilo e de confiança e identificar barreiras arquitetónicas, deficits ergonómicos e necessidades no regresso a casa,

nomeadamente em termos de dispositivos de apoio, de forma a prevenir acidentes; capacitação da família e cuidador e informação sobre recursos da comunidade. O conforto sociocultural foi tido em conta através da melhoria da funcionalidade e autocuidado; manutenção da vida de relação; estímulo e adaptação da participação social, familiar e laboral.

Em suma, considero ter atingido esta competência, uma vez que avaliei e identifiquei alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação e capacitei para a reinserção e exercício da cidadania, nomeadamente através do aconselhamento, ensino, treino e supervisão do cliente/ família/ cuidador na utilização de técnicas, produtos de apoio e tecnologias específicas do autocuidado, com vista à manutenção da funcionalidade e promoção do conforto; da identificação de necessidades de ensino à pessoa em situação paliativa /família/ cuidador e de barreiras arquitetónicas, ergonómicas; e da sugestão e implementação de alterações no contexto de vida da pessoa e planeamento precoce da alta.

1.2.3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA

A funcionalidade consiste na “capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (DGS, 2017, p. 43). A pessoa em situação paliativa experiencia elevadas perdas de funcionalidade causadas por uma multiplicidade de fatores como a fadiga, complicações decorrentes dos tratamentos, problemas neurológicos e musculoesqueléticos, sendo comum que deseje manter a sua independência funcional pelo máximo de tempo possível, pelo que a reabilitação pode contribuir para reduzir a sobrecarga do cuidador, aumentar a qualidade de vida e dos cuidados prestados e a funcionalidade e diminuir a ansiedade e a dor (Santos & Pêla, 2017, p.606). Assim, com o intuito de maximizar a funcionalidade da pessoa com incapacidade, o EEER intervém através de ensinamentos, exercícios e técnicas que lhe possibilitam restaurar a performance de autossatisfação das necessidades (restabelecendo a independência) e a qualidade de vida (Hoeman, 2000).

Neste sentido, defini como objetivo específico:

- Conceber, implementar, avaliar e adaptar programas de treino motor e cardiorrespiratório na pessoa em situação paliativa.

De acordo com a DGS (2009), o exercício físico contribui para a melhoria do desempenho nas AVD e maximização da funcionalidade, exercendo efeito sistémico no organismo a nível metabólico e fisiológico. Como tal, ao longo do estágio foram elaborados e implementados planos de treino motor e cardiorrespiratório com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, reabilitação, capacitação e autogestão, tendo em conta os níveis de funcionalidade e segurança em relação à situação da pessoa. Neste âmbito utilizaram-se instrumentos de avaliação cientificamente validados - como o Índice de Barthel, a MIF e a PPS, sendo esta última especificamente utilizada em CP para descrever o estado funcional da pessoa e podendo ser utilizada como instrumento de prognóstico (Santos & Pêla, 2017, p.608) - de forma a fundamentar e monitorizar as intervenções de ER, enquadrando-as no projeto de saúde de cada cliente. Serão, então, em seguida descritos alguns exemplos relativos ao estágio que foram particularmente relevantes para a aquisição desta competência.

A Sra. X, cliente do estudo de caso I (apêndice 2), apresentava neoplasia do pulmão em abordagem paliativa, que se traduzia em ventilação comprometida e intolerância à atividade, sendo esta última definida pela CIPE (2015) como a “falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades”. Com o objetivo de maximizar a funcionalidade da mesma, conferindo-lhe qualidade de vida, implementou-se um programa de RFR. Antes de cada sessão e ao longo desta eram avaliados os sinais vitais, saturação periférica de oxigénio (SpO2) e o grau de dispneia através da Escala de Borg Modificada: se apresentasse taquipneia ou valor igual ou superior a 4 na escala de Borg Modificada, aguardava-se até que os valores regressassem à normalidade, associando técnicas de controlo da respiração, correção postural e posições de descanso e relaxamento; se apresentasse SpO2 igual ou inferior a 90% era comunicado ao médico para aferir a necessidade de ajuste do débito da oxigenoterapia. Posteriormente, instituíam-se uma posição de relaxamento, a consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios e realizava-se reeducação diafragmática (da hemicúpula esquerda) e costal (através de abertura costal global com bastão e automobilizações e abertura costal seletiva sem resistência), com o intuito de corrigir a postura, aumentar a tolerância ao esforço e executar depois treino de exercício de aumento da endurance, através da realização de exercícios de rolar na cama e da ponte e de treino de marcha com andarilho, com aumento progressivo da distância percorrida. A cliente foi ainda instruída e treinada

sobre técnicas de conservação de energia, que se revelaram uma mais-valia com vista à rentabilização do consumo energético durante a realização de AVD e que associadas ao ensino sobre a utilização de produtos de apoio (exemplo do banco de higiene), tal como salientam Cordeiro & Menoita (2012), permitiram que a cliente reduzisse o cansaço e dispneia durante e após a atividade e se tornasse capaz de realizar a higiene, arranjo pessoal e de se vestir e despir de forma autónoma, ou seja, que maximizasse a sua funcionalidade (verificou-se uma subida da PPS de 50% para 60%), aumentasse o bem-estar (com diminuição do score da ESAS de 20 para 12) e satisfação pessoal e reduzisse a sobrecarga familiar.

No SMI tive também oportunidade de trabalhar com um cliente com DPOC não estratificada, que se encontrava internado por agudização da doença. De acordo com a GOLD (2021), é recomendado o treino de exercício pelo menos duas vezes por semana, compreendendo treino de endurance e resistência e incluindo os membros superiores e inferiores, o treino de marcha, de flexibilidade e dos músculos respiratórios. Assim, após a avaliação inicial, o cliente foi instruído a realizar exercícios de alongamento dos grupos musculares a recrutar, uma vez que, tal como referido por Cordeiro e Menoita (2012), auxiliam no equilíbrio dos comprimentos do músculo, previnem lesões, melhoram a flexibilidade e a postura e corrigem o alinhamento corporal e quando sincronizados com movimentos respiratórios estimulam o relaxamento e redução do stress. Em seguida, treinaram-se os músculos dos membros superiores (com recurso a halteres de 0,5kg, progredindo para 1kg, em duas séries de 10 repetições bilaterais de flexão/extensão do cotovelo e do ombro e de adução/abdução do ombro) e inferiores (utilizando perneiras de 0,5kg, progredindo 1kg, também em duas séries de repetições bilaterais de flexão/extensão da coxofemoral e do joelho, abdução/adução da coxofemoral e flexão plantar e dorsiflexão). Tendo em conta que a DPOC, devido às limitações fisiopatológicas de intolerância ao exercício, pode originar um ciclo de inatividade e isolamento social, em algumas sessões realizou-se treino aeróbio através do treino de marcha ou com cicloergómetro, inicialmente com a duração de 5 minutos, progressivamente aumentados até aos 15 minutos, de acordo com a sua perceção de esforço (medida pela escala de Borg modificada) ou pela frequência cardíaca. Mais uma vez o cliente foi instruído sobre as posições de descanso e técnicas de conservação de energia e, sempre que necessário, durante a sessão, executavam-se técnicas de limpeza das vias aéreas, como a tosse dirigida e assistida, de forma a promover a libertação

secreções dos segmentos broncopulmonares distais para os proximais e melhorar as trocas gasosas, minorando a probabilidade de complicações da doença (Cordeiro e Menoita, 2012). No final do treino realizaram-se exercícios de alongamento dos grupos musculares recrutados. Procurando melhorar a qualidade de vida e maximizar a autonomia na gestão da doença, é essencial apostar na educação sobre a cessação tabágica, inaloterapia, e reconhecimento de fatores e sintomas de exacerbação da patologia (GOLD, 2021), pelo que o cliente foi também reencaminhado para a consulta de cessação tabágica, e instruído sobre a fisiopatologia da doença e técnica de uso da terapêutica inalatória, que melhorou consideravelmente, contribuindo para diminuir a probabilidade de ocorrência de exacerbações.

No que concerne ao treino motor, a intervenção junto do Sr. Y (cliente em situação de pós AVC e com abordagem paliativa de estenose aórtica grave, relativo aos estudos de caso II e III - apêndices 3 e 4), resultou num aumento da funcionalidade, conseguido faseadamente através da prevenção e redução da espasticidade, aumento da força muscular, estímulo da sensibilidade e do movimento do lado mais afetado e reeducação do mecanismo reflexo-postural (Menoita, 2012). Para tal, começou-se por realizar mobilizações passivas, que progrediram para ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas; posicionamentos em padrão antiespástico e atividades terapêuticas no leito, que permitiram que se iniciasse o levante progressivo e o treino de autocuidados com recurso a produtos de apoio (como o banco de higiene e talheres de cabo grosso). Estes resultados traduziram-se num aumento da independência e na maximização da sua capacidade funcional e obtiveram visibilidade pelo registo das intervenções implementadas, sendo monitorizados através de instrumentos validados, como as escalas de Ashworth Modificada e de força MRC, PPS (PPS= 30% no primeiro contato no SMI e PPS= 90% no último contato na UCCI) e índice de Barthel (cujo score aumentou de 15 para 100 do primeiro contato no SMI para o último na UCCI).

Estabelecendo um paralelismo com a Teoria do Conforto de Kolcaba: a promoção do conforto físico passou pelo controlo e prevenção de sintomas, educação sobre gestão da doença e mudanças comportamentais (como a cessação tabágica), aumento da independência no autocuidado e identificação de estratégias de adaptação da vida diária; promoveu-se o conforto espiritual através da melhoria da funcionalidade e estímulo da autonomia, autoestima e dignidade; o conforto sociocultural foi obtido também pela melhoria da capacidade funcional, que se traduz

na possibilidade de manter a participação familiar e social; e conforto ambiental foi promovido através do uso de dispositivos de apoio, de forma a prevenir acidentes.

Face ao exposto ao longo deste subcapítulo, considero que atingi esta competência, pois concebi e implementei programas de reabilitação baseados na melhor evidência científica disponível, tendo em conta situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade e a segurança de cada um dos clientes, com o intuito de maximizar o desempenho motor e cardiorrespiratório.

2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Tudo o que possa ser incluído no presente relatório será sempre limitado face à riqueza das aprendizagens e experiências vividas ao longo do EC.

Embora não se tenha cingido a ele, todo o meu percurso foi orientado pelo Projeto de Estágio intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em Situação Paliativa”, previamente elaborado com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas para a obtenção do grau de Mestre e à atribuição por parte da OE do título profissional de EEER. A redação deste relatório, representa a última etapa de um trajeto e o culminar de um investimento pessoal e profissional intenso e permite identificar e refletir sobre aprendizagens e resultados obtidos e sobre dificuldades e aspetos passíveis de serem melhorados, constituindo a base de avaliação do trabalho realizado por comparação com os objetivos traçados inicialmente.

A enfermagem é uma arte complexa que se faz pela interação entre teoria e prática e se encontra em constante evolução, pelo que ao analisar o caminho percorrido considero que assumi progressivamente a identidade de EEER, adquirindo julgamento clínico e capacidade de decisão e sendo capaz de planear, implementar e monitorizar planos de ER personalizados com base “em problemas reais e potenciais” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13565). Como tal, considero que atingi os objetivos a que me propus em termos de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER.

De acordo com o que foi já explanado ao longo do relatório, alcancei capacidade de prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática clínica, capacitando a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, desenvolvendo as suas capacidades e maximizando a sua funcionalidade. Ao fazê-lo tive em atenção o respeito pelos direitos humanos, princípios éticos e deontológicos da profissão e as preferências individuais, com base num corpo sólido de conhecimentos e promovendo um ambiente seguro, a melhoria contínua da qualidade, a gestão eficaz dos cuidados e o contínuo desenvolvimento das aprendizagens pessoais e profissionais.

Importa, então, centrar a restante análise na aplicação do projeto de estágio, que teve fatores facilitadores, mas enfrentou também constrangimentos, que uma vez

ultrapassados contribuíram igualmente para enriquecer a prática individual de cuidados e a aquisição de competências.

Conforme previsto inicialmente, o interesse pelos CP e o facto de possuir formação avançada nesta área facilitaram a minha intervenção, pois como já me encontrava à vontade como enfermeira generalista para prestar cuidados à pessoa em situação paliativa, pude direccionar a minha atenção para o desenvolvimento de competências no âmbito do projeto desta vez como EEER.

O contexto pandémico condicionou sobremaneira a disponibilidade e seleção dos locais de EC, uma vez que inicialmente se tinha previsto a realização da segunda parte do mesmo numa equipa de suporte comunitário em CP, mas que a indisponibilidade da orientadora clínica por motivos de saúde e a escassez de recursos humanos na outra equipa posteriormente ponderada a e necessidade da sua realocação para o combate à COVID-19 o impossibilitaram. Como tal, optou-se por uma UCCI, o que obrigou a um reajuste do cronograma e tornou o âmbito de intervenção menos específico que o pretendido.

A realização do estágio em dois contextos tão distintos (hospitalar e comunitário) permitiu ampliar o espectro de experiências adquiridas, partindo do geral para o particular, procurando primeiramente praticar o maior número de técnicas possível de acordo com as necessidades específicas de cada cliente em termos de conforto, partilhando conhecimentos com mais elementos das equipas multidisciplinares e prestando cuidados a diferentes tipologias de doentes, que se encontravam em fases distintas de prestação de CP. Foi possível verificar que a nível hospitalar predominam pessoas em fase terminal e final, enquanto que na UCCI em fase reabilitativa/ pré-terminal, contudo, nem sempre os profissionais têm facilidade em fazer esta identificação, reconhecendo mais facilmente necessidades paliativas em pessoas com doença oncológica do que em pessoas com demência, síndrome de fragilidade ou falência de órgão, o que, segundo Siouta et al (2018), se deve à crença de que os CP se destinam apenas a pessoas em fim de vida e ao desconhecimento dos benefícios e conforto que proporcionam.

De forma estabelecer um fio condutor para o estágio, foi essencial dar a conhecer desde o início aos orientadores clínicos o projeto elaborado para o mesmo, tendo estes demonstrado prontamente disponibilidade para o integrar e com ele colaborar. No SMI, houve mesmo possibilidade de, partindo dele, criar o Protocolo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa em Situação Paliativa (Apêndice

7), que seria posteriormente aprovado para utilização pelos EEER de todo o hospital, dando não só visibilidade ao projeto e permitindo que lhe seja futuramente dada continuidade, mas sobretudo contribuindo para a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

A Teoria do Conforto de Kolcaba orientou todo o processo de identificação de necessidades, elaboração de diagnósticos de ER, planeamento de intervenções e avaliação de resultados, sendo fulcral reconhecer a pessoa em situação paliativa como um ser holístico e singular, indo ao encontro dos seus desejos e necessidades. É importante referir que a promoção do conforto físico constitui a base para que posteriormente se possam trabalhar os outros contextos do conforto, pois, como afirma Arantes (2019, p. 59) “se qualquer desconforto físico intenso passar, haverá tempo e espaço para a vida se manifestar. Muitas vezes, diante do alívio do sofrimento físico, o que aparece em seguida é a expressão de outros sentimentos, como o emocional e o espiritual”.

Assim, foi possível intervir na pessoa em situação paliativa em vários domínios, tais como:

- controlo da dor (através de posicionamentos, mobilizações articulares, massagens e exercícios de relaxamento e crioterapia);
- melhoria da mobilidade (recorrendo a atividades terapêuticas no leito, treino de transferência, levantar, equilíbrio, marcha, AVD e AIVD, avaliação dos riscos de queda e úlcera por pressão, identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas e adaptação do domicílio, aconselhamento e treino de utilização de ortóteses, dispositivos de ajuda e material adaptativo ao autocuidado e transferências e facilitação de recursos da comunidade);
- redução da fadiga/astenia, dispneia e acumulação de secreções (utilizando técnicas e instrumentos de RFR, exercícios de aumento da força e endurance; técnicas de relaxamento e conservação de energia; identificação de estratégias de adaptação da vida diária; educação à pessoa e cuidador sobre gestão da doença);
- disfagia (avaliando e reeducando a deglutição);
- alterações da eliminação vesical e intestinal (aconselhando sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários e treino de esfíncteres).

A intervenção nestes domínios traduziu-se numa melhoria da sintomatologia, otimização de terapêutica, prevenção e controlo de situações de agudização e de complicações (como pneumonias de aspiração, desnutrição e desidratação), maximização da sua independência, melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida.

Relativamente ao conforto psicoespiritual, a minimização do impacto das incapacidades instaladas, manutenção ou promoção da independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia, o incentivo à expressão de emoções, uso de técnicas de relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, facilitação de atividades recreativas, informação sobre recursos da comunidade e facilitação dos processos de transição, foram estratégias que asseguraram um aumento do bem-estar, da autoestima e da qualidade de vida (conforme referido pelos próprios clientes e objetivado pela redução de complicações decorrentes da doença, da necessidade de internamento e pelos resultados na aplicação de escalas como a ESAS).

A promoção do conforto ambiental passou pela criação de um ambiente seguro, identificando barreiras arquitetónicas e deficits ergonómicos e aconselhando e treinando a utilização de dispositivos de apoio, conhecendo e articulando com os recursos disponíveis na comunidade e obtendo respostas adequadas às necessidades individuais, nomeadamente em termos de estruturas de apoio e referenciações para cuidados continuados ou cuidados de saúde primários.

Na pessoa em situação paliativa, a perda de mobilidade tem como consequência a diminuição da participação social e familiar, pelo que a promoção do conforto sociocultural se fez através da melhoria da funcionalidade e autocuidado, manutenção da vida de relação, adaptação às mudanças na condição de saúde e garantia da continuidade dos cuidados após o regresso ao domicílio, com o intuito de permitir um maior controlo sobre a evolução da sua própria doença/condição de saúde e participação na vida familiar, social e laboral.

Em relação às limitações identificadas, considero que devido às restrições impostas pela pandemia, poucas foram as oportunidades para trabalhar *in loco* com a família/cuidador, pelo que o investimento na capacitação do cuidador e estimulação da participação familiar e social terá ser explorado no futuro, nomeadamente através de sessões de esclarecimento e programas de treino básicos ao cuidador, estabelecendo parcerias com os gabinetes de apoio ao cuidador informal, cujo

trabalho aquando da aplicação do projeto se encontrava fortemente condicionado pelo contexto pandémico.

Por outro lado, não surgiram de todo oportunidades para intervir nos seguintes domínios de intervenção do EEER elencados pelo RPQCEEER e que haviam sido definidos previamente no projeto de estágio como passíveis de trazer benefício à pessoa em situação paliativa: edema/linfedema, vômitos, anorexia ou com necessidade de adaptação da função sexual e da expressão da sexualidade. Assim, esta constitui outra das lacunas que poderia ser alvo de atuação futura, através da intervenção, por exemplo, em instituições que trabalhem particularmente com pessoas em situação paliativa com cancro da mama ou patologias do foro reprodutivo, urinário e intestinal.

Em suma, considero que, pelo acima exposto, fica claro o contributo da implementação deste projeto para a ER, sendo expectável que o investimento nesta área continue no futuro. Não posso deixar de sugerir que, pela riqueza e especificidade que permitem alcançar, se procure desenvolver projetos nesta área, em unidades de cuidados paliativos e, mais especificamente, explorando a intervenção do EEER na criança em situação paliativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o capítulo final de um longo e árduo percurso. A realização do presente relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação permitiu refletir e analisar criticamente as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas ao longo do estágio, naquele que constituiu o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura EEER e, em particular, na prestação de cuidados de ER à pessoa em situação paliativa. Nesta aprendizagem foi essencial assumir uma prática baseada na evidência, cimentada no melhor conhecimento disponível e integrada em evidência empírica, respeitando os valores dos clientes, de acordo os recursos disponíveis.

O espaçamento temporal entre a componente teórica do Mestrado e o estágio e todas as incertezas em torno dos locais onde este iria decorrer e associadas à pandemia dificultaram a fluidez da integração entre a teoria e a prática (nomeadamente no que concerne à impossibilidade de realizar aulas práticas e ao adiamento do início do estágio por isolamento profilático da orientadora clínica), o que associado à necessidade de compatibilizar o meu emprego com as deslocações para estágio fora da ilha foi, por vezes, um desafio que pareceu demasiado ambicioso. Contudo, agora em perspetiva, considero que valeu a pena, que foi um trajeto bem-sucedido e que superou as expetativas. Não só alcancei os objetivos definidos para o projeto de estágio, como também desenvolvi um novo olhar sobre as situações de cuidados, adquirindo progressivamente segurança na avaliação, execução técnica e tomada de decisão, desenvolvendo competências específicas do EEER e específicas do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com vista à síntese dos aspetos mais relevantes, ao longo deste relatório, optei por não limitar a apresentação das atividades à sua descrição, procurando associá-la à reflexão, fundamentação teórica e sustentação com exemplos da prática ao longo do estágio, pelo que me apraz reforçar que os diferentes contextos corresponderam às expetativas, pois permitiram cumprir os objetivos previamente delineados e desenvolver uma conceção mais ampla da reabilitação, interiorizando a importância da multidisciplinaridade para o sucesso da mesma. Também os orientadores clínicos e docente orientador suportaram o meu desenvolvimento como EEER, criando bases para conceber, implementar e monitorizar planos de

enfermagem de reabilitação individualizados, adaptados aos problemas reais e potenciais da pessoa, cuja execução garantiu resultados em saúde revelados pela melhoria da funcionalidade e qualidade de vida.

O exercício de uma prática avançada, assente numa abordagem holística, permite uma resposta mais dirigida às reais necessidades das pessoas, pelo que o EEER intervém como “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/ facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa” (Hoeman, 2000; p.17).

A necessidade de cuidados paliativos existe desde o surgimento de uma doença ameaçadora da vida e, embora estes cuidados cheguem a cada vez mais pessoas, o número de indivíduos que deles necessita está também em franca expansão, pelo que cobrem ainda apenas 12% dessa população (WPHCA, 2020, p.10). Este documento (2020, p.33) aponta ainda como uma das barreiras à implementação dos Cuidados Paliativos a falta de formação dos profissionais de saúde nesta área, pelo que é necessário que se invista amplamente na mesma.

À pessoa em situação paliativa associa-se, frequentemente, um conjunto de alterações e sintomas que se traduzem num aumento da dependência nas AVD e na diminuição da mobilidade, funcionalidade e participação social, eixos em torno dos quais a intervenção da Reabilitação se desenvolve, com vista à maximização da qualidade de vida. Assim, há uma forte ligação entre os Cuidados Paliativos e a Reabilitação, nomeadamente pela resposta que oferecem perante as necessidades da pessoa.

Mais concretamente, e, conforme demonstrado ao longo deste relatório, há francas evidências da importância da intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa. O seu benefício advém da sua atuação dinamizadora na promoção do conforto em todas as suas vertentes, maximização da funcionalidade, autonomia e independência no autocuidado e, minimização do impacto das incapacidades instaladas e capacitação para a gestão de terapêutica e dos processos de doença, contribuindo para a diminuição da ocorrência de agudizações, necessidade de internamento e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. De salientar ainda a relevância do EEER como elemento de ligação entre o contexto hospitalar e a comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados de reabilitação.

Em síntese, considero ter atingido os objetivos e adquirido as competências gerais do enfermeiro especialista e as específicas do EEER, concluindo com sucesso

este ciclo de estudos, cujas implicações para a prática profissional futura são evidentes, uma vez o meu olhar sobre o que é cuidar em enfermagem se alterou por completo: sinto que tenho uma responsabilidade acrescida não só pelos cuidados que irei prestar, mas também pelo grupo profissional que irei representar e a forma como poderei dar a conhecer aquilo que faço à sociedade e lhe dou visibilidade. Possuo agora uma abordagem mais ampla, profunda e diferenciada das necessidades do cliente, não procurando substituí-lo na satisfação das mesmas, mas sendo parceira de cuidados, auxiliando-o na busca pela sua independência.

Contudo, ser EEER é mais que concluir um percurso académico: implica prática e continuidade. Como tal, este percurso académico será apenas e só o primeiro passo na construção da minha identidade enquanto EEER. A prática profissional será essencial para cimentar as competências adquiridas e implicará o contacto com novas experiências e aprendizagens com o intuito de aperfeiçoar essas aptidões e atingir o nível de perita. A formação contínua será também aposta no sentido de prestar constantemente cuidados baseados na melhor evidência científica disponível.

Desde o início da minha vida profissional que compreendi que a minha área de interesse é a dos Cuidados Paliativos, tendo vindo a investir em formação no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa com doença avançada e progressiva, apesar de não existir nenhuma resposta diferenciada na ilha onde vivo e trabalho. A escolha da Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação deveu-se a contactar diariamente com clientes com graus elevados de dependência, em processo de recuperação de eventos agudos ou em situação paliativa, potenciais beneficiários de intervenções de reabilitação. Assim, inicialmente os meus objetivos passam por conseguir exercer funções de EEER no serviço onde trabalho, visto que nele apenas existe mais um EEER e que nunca teve oportunidade de o fazer devido à escassez de recursos humanos. Ainda que informalmente, desde o final do estágio, e sempre que tenho disponibilidade no serviço, tenho procurado promover a independência no autocuidado, o treino de posicionamentos e transferências, mobilizações articulares e RFR, tendo já despertado a equipa multidisciplinar para os ganhos em saúde possibilitados pela intervenção do EEER, pelo que pretendo envidar esforços para conseguir exercer exclusivamente como EEER.

Pretendo criar e integrar como responsável o projeto de uma equipa de suporte comunitário em Cuidados Paliativos, de forma a exercer cuidados de EEER

na minha área de eleição e cujos contributos positivos da ER comprovei ao longo do estágio e procurei agora evidenciar através do presente relatório.

Ao terminar, espero ter tornado clara a importância da intervenção do EEER na pessoa em situação paliativa. A sua conclusão representa, sem dúvida, um momento de satisfação e orgulho pessoal e profissional imenso pela superação de dificuldades naquele que foi um percurso longo e desafiante, mas do qual saio com um sentimento de dever cumprido e grata pelo que aprendi e cresci enquanto pessoa e enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos - Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- Amorim, A., Colaço, D., & Góis, L. (2014). Reabilitação no Hospital da Luz. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 185-200). Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II série - nº9, 61-67.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2019). *Tradução oficial Portuguesa da definição de Cuidados Paliativos publicada pela International Association for Hospice and Palliative Care*. Disponível em: [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20\(European\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(European).pdf)
- Arantes, A. C. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Alfragide: Oficina do Livro
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional – A importância da formação contínua. In Vieira, C. M. & Sousa, L. (Coords). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123- 137). Loures: Lusociência
- Barbosa, A., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Braga, R. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2420>

- Braga, R. (2017). Reeducação da deglutição. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (263-270). Loures: Lusodidacta
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2019-2020. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-verso-final-10.02.2019.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 61-225). Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Decreto Lei nº 65/2018 (2018). Atualiza as regras sobre graus académicos e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08- 2018), 4147 - 4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- DGS. (2009). *Orientações sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Circular Normativa Nº40 A/DSPCD de 27/10/09. DGS.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Despacho n.º 12427/2016. DGS.

- Feio, M. (2016). Disfagia. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 121-130). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 219-229). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, A. (2011). Independência Funcional em Idosos Domiciliados. Viseu: Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu.
- Ferreira, M. (2014). Cuidar em Reabilitação: uma Experiência de Enfermagem na Comunidade. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 229-237). Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C. & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 211-217). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1), 188-193. Doi:10.1590/S1414-81452009000100026
- Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2021 Report)*. Disponível em https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf
- Gonçalves, E., Neto, I. & Marques, L. (2008, março). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Comissão Parlamentar da Saúde. Disponível em www.apcp.com.pt/uploads/comissao_parlamentar_de_saude_2008.03pdf
- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República, I Série (N.º 172 de 05 de setembro de 2012)*, 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Javier, N. S. & Montagnini, M. L. (2011). Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of palliative medicine*, 14(5), 638–648. Doi:10.1089/jpm.2010.0125

- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. Doi:/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. Doi:10.1097/00002727-199602000-00009
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In SJ Peterson & TS Bredow (Eds.) *Middle Range Theories. Application to nursing research and practice* (pp.196-211), 4ª edição. China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Machado, P. (2019). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Controlo Sintomático em Cuidados Paliativos* (Relatório de Estágio). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32154>
- Machado, M., Machado, M., & Petronilho, F. (2020). *O Cuidado Confortador dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação- Intervenção especializada em cuidados paliativos*. Norderstedt: Novas Edições Acadêmicas.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Martins, T., Araújo, F., Peixoto, M. & Machado, P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos

Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Minosso, J., Souza, L., & Oliveira, M. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos- Revisão da literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3). Doi: 10.1590/0104-07072016001470015

Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18(3), 170–180. Doi: 10.1177/104990910101800308

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Osswald, W. (2013). *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Parada, F., & Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço. *Geriatrics*, 15(153), pp. 36-45.

Pontes, M. & e Santos, A. (2017). Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.

Potter, P. & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª Série, nº119– 22 de junho de 2015, 16655 - 16660.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26– 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.
- Regulamento n.º 392/2019 (2019) - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª Série - n.º 85 - 3 de maio de 2019, 13565–13568.
- Ribeiro, C. D. (2017). *Necessidades da Pessoa em Situação Paliativa: Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18190>
- Sackett, D. et al. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2ª edição). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M., & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 163-178). Loures: Lusodidacta.
- Santos, A., & Pêla, J. (2017). Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 605-616). Loures: Lusodidacta.
- Saunders, C. (2013). *Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Serôdio, J. (2014). Conceitos Principais de Reabilitação – Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta.
- Siouta, N et al (2018). *Professionals' perceptions and current practices of integrated palliative care in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in Belgium*. BMC Palliative Care- Vol. 17, 1–9. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0356-7> RESEARCH.
- Silva, A. et al (2008). *Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol.14, n.2, pp.88-93. Doi:10.1590/S1517-86922008000200001.
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., et al. (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, pp.
Doi:10.1164/rccm.201309-1634ST.

Teixeira, F. (2011). *Cuidados paliativos no domicílio: poupança ou desperdício?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/17075>

Vendlinski, S., & Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271–276. Doi:10.1177/104990919701400602

Vieira, A. M. & Caldas, A. (2017). A Relevância do Andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (547-557). Loures: Lusociência.

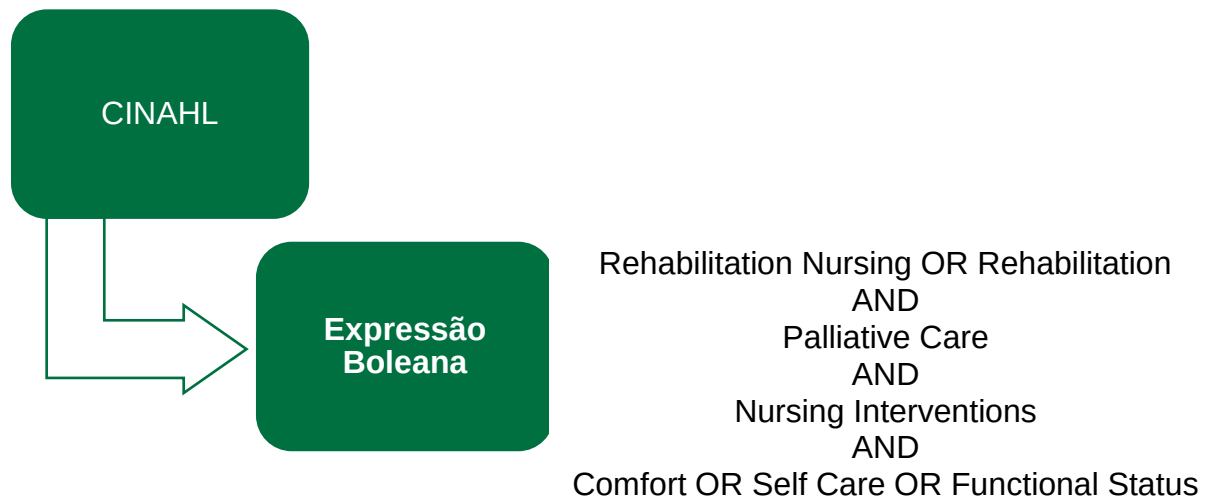
WHO – World Health Organization. (2002). *A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid.

WHPCA. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2nd Edition*. Londres.
Disponível em <http://www.thewhpc.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life>

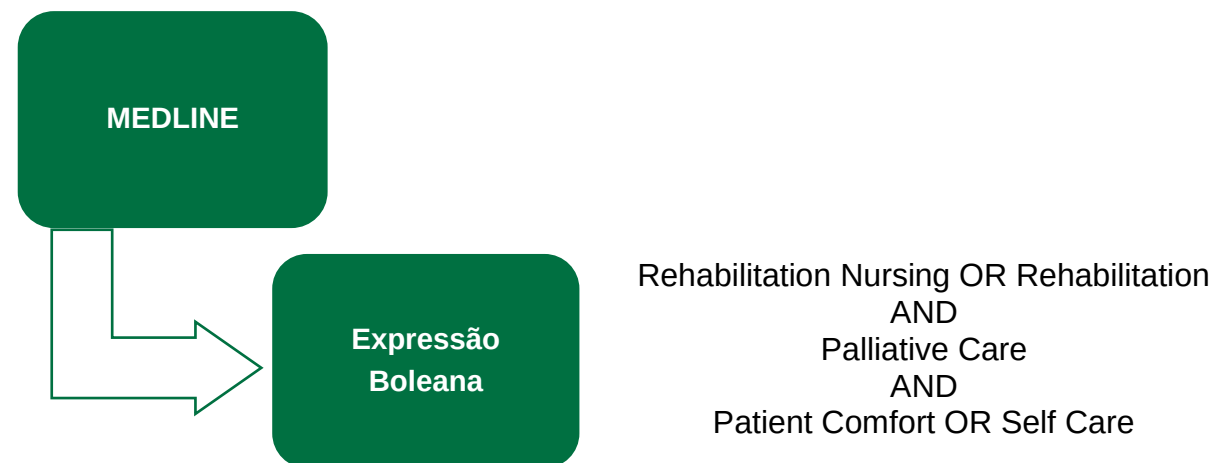
APÊNDICES

Apêndice 1 – Termos indexados de pesquisa nas bases de dados

Fluxograma 1. Termos indexados utilizados na base CINAHL



Fluxograma 2. Termos indexados utilizados na base MEDLINE



Apêndice 2 – Estudo de Caso I



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso I

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em
Situação Paliativa em contexto hospitalar

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso I

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em
Situação Paliativa em contexto hospitalar

Nádia Garcia Soares N°9571

Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães

Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EV	Endovenoso
Ex.	Exemplo
INA	Inalatório
IMC	Índice de Massa Corporal
MID	Membro Inferior Direito
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
ON	Óculos Nasais
PO	<i>Per Os</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
ProBNP	Peptídeo Natriurético do tipo B
SC	Subcutâneo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE.....	3
2. HISTÓRIA DE SAÚDE.....	4
2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA).....	4
2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP).....	6
2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA	6
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	7
3.1. CONTEXTO FÍSICO	7
3.1.1. Exame Físico Geral	7
3.1.2. Avaliação da Função Respiratória	8
3.1.3. Avaliação da Função Neurológica	8
3.1.4. Avaliação da Funcionalidade	10
3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	15
3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL	16
3.4. CONTEXTO AMBIENTAL	16
4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES.....	2
Apêndice I - Apresentação em Power Point do Estudo de Caso I	
ANEXOS	11
Anexo I - Escala de Borg Modificada	
Anexo II - Aplicação da Escala de Glasgow	
Anexo III - Aplicação da Escala de Graffar	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração de um estudo de caso e enquadra-se na unidade curricular de Estágio com Relatório, integrada no 3º semestre do curso do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Através do mesmo pretende-se dar continuidade ao Projeto desenvolvido para o Ensino Clínico, que tem como tema a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em Situação Paliativa”, efetuando a apresentação do caso de uma cliente em situação paliativa em contexto hospitalar, demonstrando a avaliação efetuada por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), bem como a construção e implementação de um plano de cuidados especializado e respetiva análise dos resultados da intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação.

O referencial teórico utilizado será, à semelhança do que aconteceu no projeto desenvolvido, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que postula que os clientes experienciam necessidades de conforto em situações de stress relacionadas com o estado de saúde (Kolcaba, 1995, p.288). O conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido por ter satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) e é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 1992 in Kolcaba, 2017, p. 198). A experiência holística do conforto é desenvolvida através de três estados: alívio (experiência vivenciada pelo cliente a quem foi satisfeita uma dada necessidade de conforto); tranquilidade (estado de calma ou satisfação) e transcendência (estado em que se ultrapassa um problema ou dor, sentindo a pessoa que tem capacidade de planeamento e controlo sobre o seu destino e de resolução de problemas) (Kolcaba & Kolcaba, 1991 in Kolcaba, 2017, p.198; Apóstolo, 2009, p.66) e deriva de quatro contextos: físico (relacionado com mecanismos de homeostasia e sensações corporais); psicoespiritual (relacionado com a consciência interna de si, incluindo estima, sexualidade e significado na vida de

outrem ou com uma entidade superior); sociocultural (que compreende as relações e tradições interpessoais, familiares e sociais e financeiras) e ambiental (relacionado com o contexto externo da experiência humana, incluindo luminosidade, ruído, ambiente, temperatura e elementos naturais e sintéticos) (Kolcaba, 2017, p.198).

Finalmente, importa ainda salientar que o Ensino clínico se encontra a decorrer num serviço de Internamento de Medicina Interna, sob orientação clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Rita Sousa. A cliente em estudo será a Sra. X (assim tratada de forma assegurar a proteção de dados), de 75 anos, viúva, anteriormente autónoma nas Atividades de Vida Diária (AVD), a residir com uma filha, seis netos e uma bisneta, admitida neste serviço a 23 de dezembro de 2020 (após recorrer ao Serviço de Urgência no dia anterior por queixas dispneia progressiva com 15 dias de evolução, acompanhadas de edemas dos membros inferiores) com os diagnósticos médicos de Pneumonia Adquirida na Comunidade e Derrames Pleural e Pericárdico para estudo, sendo diagnosticada ao longo do internamento neoplasia do pulmão cuja abordagem será, em conformidade com a decisão da própria, paliativa.

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

DADOS GERAIS	
NOME	X
IDADE	75 anos
GÉNERO	Feminino
ESTADO CIVIL	Viúva há 23 anos
PROFISSÃO	Reformada. Anteriormente era bordadeira
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Freguesia A do concelho 1
RESIDÊNCIA HABITUAL	Freguesia A do concelho 1
AGREGADO FAMILIAR	Filha (50 anos), seis netos (entre os 15 e os 28 anos) e uma bisneta (de 9 anos)
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA)

Recurso a cuidados de saúde: sem história prévia de internamentos ou de acompanhamento pelos cuidados de saúde primários.

Motivo de internamento: admitida no Serviço de Medicina Interna do Hospital a 23 de dezembro de 2020 após recorrer ao Serviço de Urgência no dia anterior por queixas dispneia progressiva com 15 dias de evolução, acompanhadas de edemas dos membros inferiores.

Diagnósticos Médicos que motivaram o Internamento: Pneumonia Adquirida na Comunidade, Derrames Pleural e Pericárdico para estudo e Diabetes Mellitus inaugural.

Evolução durante o internamento:

- **23/12/2020:** Fez toracocentese evacuadora, com drenagem de 1500cc de líquido pleural, que seguiu para anatomia patológica. Iniciou 7 dias de ceftriaxona e claritromicina.
- **24/12/2020:** pré-edema agudo do pulmão, que reverteu após perfusão de 6 dias de furosemida.
- **29/12/2020:** Melhoria clínica e radiológica, com diminuição progressiva de ProBNP, iniciando Reabilitação Cardíaca e Respiratória com a Enfermeira de Reabilitação. Eco cardíaca: mantém derrame pericárdico circunferencial moderado sem compromisso hemodinâmico.
- **31/12/2020:** Citologia de derrame pleural com resultado compatível com neoplasia primária do pulmão.
- **06/01/2021:** TAC tóraco-abdominal com contraste intravenoso, que revela derrame pleural bilateral de grande volume à esquerda e pequeno volume à direita (novo derrame) e atelectasias dos lobos superior esquerdo e inferiores; grandes vasos mediastínicos com calibre e topografia normais.
- **08/01/2021:** Toracocentese evacuadora à esquerda.

- **09/01/2021:** Pneumotórax iatrogénico de grande dimensão à direita, que foi drenado, mantendo dreno torácico em drenagem.
- **10 a 15/01/2021:** Agravamento do quadro clínico, derrame pleural bilateral, com períodos de dessaturação, dificuldade respiratória e toracalgia, com necessidade de analgesia e aumento do aporte de O₂ até 4l/min por ON. Aumento do ProBNP de 425 pg/ml para 596 pg/ml. Mantém drenagem torácica no hemitórax direito funcionante e com volumes entre 100-800cc nas 24h.
- **16/01/2021:** Melhoria clínica. Pneumotórax resolvido. Clampado dreno torácico à direita.
- **18/01/2021:** Retoma plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

○ **Terapêutica prescrita:**

- Furosemida 20 mg EV, 12/12h
- Pantoprazol 20 mg PO às 07h00
- Brometo de Ipatrópio 20 µg/dose INA, 4 Puffs de 6/6h
- Ceterolac 30 mg EV, 12/12h
- Metamizol Magnésico 2 g EV, 8/8h
- Paracetamol 1g EV, 8/8h em SOS, se dor
- Senosido A+ Senosido B12 PO, às 22h00
- Diazepam 5 mg PO, às 22h00
- Lantus 6 ui SC, às 07h00

○ **Análises Laboratoriais:**

Parâmetros	Hb	Plaquetas	ProBNP	Ureia	Creatinina	PCR
Resultados	13,5 g/dL	250 10 ³ /µL	420 pg/mL	35 mg/dL	1,16 mg/dL	7,1 mg/L

○ **Radiografia do Tórax:**

- A radiografia do tórax em Pósterio-Anterior apresenta imagem de hipotransparência homogénea dos terços médio e inferior do pulmão esquerdo, com concavidade superior sugestiva de derrame pleural à esquerda.



- Observa-se apagamento dos seios cardio e costo-frénico à esquerda com apagamento da hemicúpula ipsilateral. Visível também hipotransparência heterogénea do 1/3 inferior do pulmão direito e apagamento do seio cardiofrénico desse mesmo pulmão.
- **19/01/2021:** Retira dreno torácico à direita. Mantém derrame pleural bilateral, mais acentuado à esquerda, mas com volumes mantidos em relação a 18/01/2021.
- **22/01/2021:** Alta médica para o domicílio com OLD a 2l/min por ON. Gasometria com aporte de O₂ a 2l/min por ON: Ph 7,14; paCO₂ 45,5 mmHg; paO₂ 52,4mmHg; HCO₃ 28,5 mEq/l;

Tipo de encaminhamento: tem regresso para consulta médica a 25/01/2021. Encaminhada à equipa do Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários do Centro de Saúde do Concelho 1.

2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP)

Antecedentes pessoais: à data do internamento sem quaisquer problemas de saúde ou antecedentes familiares conhecidos. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Hábitos / Estilos de Vida: nega hábitos tabágicos ou alcoólicos.

2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA

Sem medicação crónica.

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em seguida descrever-se-á a avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação realizada junto da Sra. X no dia 18/01/2021 (dia do primeiro contato estabelecido com a mesma), dividida em quatro categorias, de acordo com os quatro contextos de conforto definidos pelo Modelo de Kolcaba: físico; psicoespiritual; sociocultural e ambiental.

3.1. CONTEXTO FÍSICO

3.1.1. Exame Físico Geral

A Sra. X aparenta idade semelhante à real. Pele e mucosas descoradas e de aspeto seco, contudo com turgor normal, sem evidência de prega cutânea. Edema de grau I nos membros inferiores e petéquias dispersas pelos mesmos. Sem alterações da integridade cutânea à exceção do dreno no hemitórax direito.

Encontrava-se deitada na cama com a cabeceira em Fowler e com bom controle postural aparente. Vígil, comunicativa e tranquila à abordagem, sorriso fácil.

Apresenta todos os segmentos corporais. Não utiliza próteses dentárias ou oculares. Abdómen mole e depressível, não doloroso. Sem massas palpáveis.

Encontra-se emagrecida, mas nega perda ponderal. Refere apetite diminuído já habitual. Tem um peso atual de 48 Kg, altura de 1,55m, sendo o IMC = 19.98, o que significa que tem um peso normal.

SINAIS VITAIS	Temperatura (°C)	35,3
	Frequência Cardíaca (b/min)	77
	Freq. Respiratória (c/min)	20
	SpO2 (% e condições de medição)	95% com aporte de O2 a 2L/min por ON
	Tensão Arterial (mmHg)	117/68
	Dor (Escala Numérica)	0

3.1.2. Avaliação da Função Respiratória

A Sra. X apresenta tórax do tipo chato, ventilação espontânea, simétrica, com padrão predominantemente mista, regular, com amplitude diminuída, sem tiragem, hipocratismo digital ou sinais de cianose periférica. Cumpre aporte de O₂ a 2l/min por ON, não tendo efetuado gasometria nos últimos 6 dias.

Mantém dreno no hemitórax direito clampado há 2 dias.

Tem história de ortopneia, mas refere melhoria, salientando que há quatro noites que já consegue dormir na cama ao invés de ter de o fazer no cadeirão.

Recorrendo à Escala de Borg Modificada (anexo I) para avaliação da dispneia, aponta o 0 (zero) como valor em repouso e o 5 (cinco) como a intensidade da dispneia aquando da transferência para o cadeirão, pelo que se identifica dispneia a médios esforços.

Refere tosse produtiva com expectoração mucopurulenta em abundante quantidade que expele sem dificuldade, mas que não foi objetivada. Nega toracalgia.

Expansibilidade das regiões superiores mantida, mas diminuída nas regiões inferiores, encontrando-se o frémito toraco-vocal diminuído à direita. Apresenta macicez à percussão das faces anterior e posterior do quadrante inferior esquerdo. Som ressonante nos restantes pontos percutidos do tórax.

À auscultação pulmonar salienta-se murmúrio vesicular abolido nas bases, com crepitações no 1/3 médio do pulmão esquerdo.

3.1.3. Avaliação da Função Neurológica

A Sra. X encontra-se calma, colaborante e comunica espontaneamente.

No que concerne ao estado mental, encontra-se vígil, orientada auto e alopsíquicamente, com tenacidade, concentração e memória sensorial, imediata, recente e remota mantidas.

Aplicada Escala de Glasgow com valor obtido de 15 (anexo II).

Não apresenta alterações da linguagem, mantendo um discurso espontâneo, voz audível e clara, sem disartria. Linguagem falada elaborada, com

compreensão, nomeação e repetição íntegras. Mantém capacidades de escrita e leitura.

Relativamente às capacidades práxicas, gestos simbólicos e icónicos transitivos e intransitivos sem alterações.

Não foram avaliados os pares cranianos, uma vez que não apresenta patologia que se coadune com alterações nos mesmos, nem défices neurológicos aparentes.

A nível da motricidade, a força muscular foi avaliada com recurso à Escala Medical Research Council:

Escala Medical Research Council	
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Avaliação a 18/01/2021	
MSE	5/5
MSD	5/5
MIE	5/5
MID	5/5

Não foi avaliada a espasticidade, uma vez que não apresenta alterações a nível da força, nem evidência de existência da mesma.

Sem deficits de coordenação, com provas indéx-nariz, de indicação de Barany, de movimentos alternados e calcanhar Joelho sem alterações.

Sem alterações também a nível da sensibilidade superficial e profunda.

Equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico mantidos.

No que concerne à Marcha, só deambula com o apoio de terceiros, pois apresenta cansaço a médios esforços e possui o dreno torácico. A largura do passo do pé direito ultrapassa a do pé esquerdo em apoio e eleva-se totalmente do solo. O mesmo acontece com o outro membro. Ou seja, tem um padrão de marcha normal, sem alterações nas fases de apoio ou balanço.

Apresenta continência de esfíncteres vesical e intestinal, mas utiliza a cadeira sanitária devido ao cansaço a médios esforços.

3.1.4. Avaliação da Funcionalidade

Para a avaliação da funcionalidade utilizaram-se a Escala de Barthel, que permite atribuir à Sra. X uma dependência severa, e a Palliative Performance Scale, que a situa numa PPS de 50%.

Escala de Barthel	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	10
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	10
TOILETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	5
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	0
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda	0

0 = Dependente	
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	5
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	10
TOTAL	50

Adaptado de: Norma da Direção Geral da Saúde Nº 054/2011, de 27/12/2011, ASSUNTO: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, página 13. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Escala de Barthel	
0-20	Dependência total
21-60	Dependência Severa
61-90	Dependência Moderada
91-99	Dependência muito leve
100 I	Independência

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE					
PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa

PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Adaptado de: Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2). ©Victoria Hospice Society, 2009. Disponível em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf

Uma vez que a funcionalidade é condicionada pela presença de sintomas, estes foram avaliados com recurso à Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Adaptado de: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.
Traduzido e adaptado ao português por Neto. IG. 2006

A Sra. X apresenta um Score de 55 na Escala de Morse, pelo que tem Alto Risco de Queda.

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
SCORE	55

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).

Adaptado de: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>.

Avaliado ainda o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão por parte da Sra. X através da Escala de Braden, sendo obtido um Score de 17, que corresponde a um baixo risco.

ESCALA DE BRADEN					
Perceção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	3
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	2
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	2
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		2
SCORE					17

Alto Risco: ≤ 16 ; Baixo Risco ≥ 17 ;

Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde Nº 017/2011, de 19/05/2011. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceras-pdf-pdf.aspx

3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

A Sra. X encontrava-se tendencialmente tranquila, mas apresentava períodos de labilidade emocional, referindo saudade de casa e da família.

Apesar do surgimento do diagnóstico de Neoplasia do Pulmão, a sra. refere aceitação do seu estado de saúde e do aumento do grau de dependência, recusando qualquer tipo de tratamento oncológico, sendo o seu único objetivo regressar o mais precocemente ao domicílio, para junto dos seus, para que possa “cuidar e ser cuidada” (sic). Assim, refere o desejo de melhorar a sua independência no autocuidado, encontrando-se muito colaborante e empenhada no processo de reabilitação.

É cristã, mas não tem por hábito frequentar a igreja, quer no presente, quer no passado.

3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

A Sra. X. ficou viúva precocemente, há 23 anos, assumindo sozinha a responsabilidade de cuidar do resto da família. Tem cinco filhos, 15 netos e 1 bisneta. Vive com uma filha de 50 anos, divorciada, seis netos entre os 15 e 28 anos e uma bisneta de 9 anos. Até à data de internamento continuava a ser ela a gestora de todas as atividades domésticas e a principal responsável pela educação da bisneta. Recebia com muita frequência ao longo do turno telefonemas destes familiares, com quem tem uma relação de grande proximidade e afeto. Devido às restrições impostas pelo hospital relativas à COVID-19, apenas era permitida a visita de um familiar a cada três dias (sempre o mesmo familiar, neste caso um dos netos, após o horário laboral) pelo que não foi possível observar nem explorar a interação presencial com a mesma. Ainda assim, a senhora refere que toda a família está disposta a cuidar dela e que a responsabilidade primordial por essa tarefa será assumida pela filha com quem vive, que se encontra desempregada.

A Sra. X concluiu apenas o ensino primário. Trabalhou até há alguns anos atrás como doméstica e como bordadeira para assegurar sustento financeiro da família.

Refere habitar numa zona com recursos comunitários adequados, tais como pequeno comércio, instituições públicas de saúde e boa rede de transportes, que raramente utiliza, uma vez que tende a permanecer em casa. Não tem por hábito utilizar recursos da comunidade para fins recreativos, preferindo passar tempo com a família, bordar e ver televisão.

A família tem dificuldades económicas, sendo as fontes de rendimentos a reforma da cliente, o ordenado de três dos netos e os apoios sociais.

De forma a efetuar a classificação da família da Sra. X, recorreu-se à Escala de Graffar (anexo III), sendo possível concluir que a família da Sra. X se enquadra na classe social média baixa.

3.4. CONTEXTO AMBIENTAL

Segundo descreve, reside num bairro da freguesia A do concelho 1, em casa própria, térrea e em bom estado de conservação apesar de modesta,

situada em zona residencial com saneamento básico e boas condições de habitabilidade.

A casa é pequena, sendo composta por cozinha, casa de banho (com polibã), sala de estar e três quartos, partilhando quarto com a filha. Não possui quintal, nem degraus interiores ou exteriores. Quando questionada, nega a existência de barreiras arquitetónicas e considera que será capaz de, apesar de mais dependente, deambular com o auxílio do andarilho ou da filha sem dificuldades no interior da casa.

4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Tendo por base a avaliação efetuada e descrita anteriormente, foram estabelecidos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, traçados objetivos e delineado um plano de cuidados a implementar, que posteriormente foi sujeito a avaliação.

Embora por constrangimentos associados ao estado da cliente, prioridades exigidas pelo serviço e cronograma de estágio só tenha sido possível realizar três dias de contacto e trabalho com a cliente, procurou-se estabelecer um plano de cuidados que fosse ao encontro das necessidades e expectativas da Sra. X, através da promoção e manutenção da independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia, minimizando o impacto de incapacidades instaladas, prevenindo e controlando situações de agudização e de quedas e melhorando a capacidade de gestão da doença e a qualidade de vida, ou seja, maximizando o conforto nas suas diversas vertentes.

O plano de cuidados foi elaborado com base na linguagem CIPE, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De salientar que no início de cada sessão foi obtido o consentimento do cliente para as intervenções planeadas.

De seguida proceder-se-á à apresentação dos problemas e diagnósticos estabelecidos e, posteriormente, do Plano de Cuidados de Enfermagem.

Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem (Segundo a CIPE, versão 2015)
- Necessidade de aporte de O2 suplementar - Murmúrio vesicular abolido nas bases - Expansibilidade das regiões inferiores do tórax diminuída, encontrando-se o frémito toraco-vocal diminuído à direita.	Ventilação Comprometida
Dispneia a médios esforços, necessitando de utilizar a cadeira sanitária e do apoio de terceiros para deambulação.	Intolerância à Atividade
- Necessita de alguma ajuda no autocuidado: banho, arranjar-se e vestir-se. - Índice de Barthel = 50	Autocuidado: higiene dependente

• Dispneia a médios esforços, necessitando de utilizar a cadeira sanitária e do apoio de terceiros para deambulação.	Autocuidado: arranjar-se dependente
• Score 55 da Escala de Morse	Alto Risco de Queda
• De acordo com a Teoria de Kolcaba, apresenta alterações nos seguintes contextos do conforto: físico (pela presença de sintomas como dispneia e cansaço a esforços e pela dependência no autocuidado); psicoespiritual (pela necessidade de aumentar a sua independência e promover o regresso em breve a casa); e sociocultural (pela necessidade de melhoria da funcionalidade e autocuidado, de forma a retomar o seu papel como matriarca da família).	Conforto Comprometido

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AValiação
Ventilação comprometida	Ventilação melhorada (promover expansão torácica, melhorar tolerância ao esforço, prevenir e aliviar a dispneia, melhorar a qualidade de vida)	• Observar Exames Complementares de Diagnóstico (radiografia torácica). • Realizar exame físico. • Monitorizar sinais vitais e SpO₂ (antes e após a realização da sessão); • Avaliar respiração; • Avaliar ventilação; • Avaliar dispneia através da Escala de Borg Modificada; • Auscultar tórax (antes e após a realização da sessão); • Gerir oxigenoterapia; • Otimizar oxigenoterapia; • Executar Técnica de posicionamento - Posição de descanso e relaxamento - Correção Postural • Assistir e treinar cliente a	18/01: Respiração espontânea, simétrica, com padrão predominantemente misto, regular, com amplitude diminuída, sem tiragem ou sinais de cianose periférica. Cumpre aporte de O₂ a 2l/min por ON. Aumento da SpO₂ de 95% no início da sessão para 98% no final. Mantém dreno no hemitórax direito clampado há 2 dias. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 5 após. Expansibilidade das regiões superiores

		otimizar a ventilação através de técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, promovendo expiração com lábios semicerrados; respiração abdomino-diafragmática); • Incentivar o uso de técnicas respiratórias; • Executar Cinesiterapia Respiratória - Abertura costal global com bastão e com automobilizações; - Abertura costal seletiva à esquerda sem resistência; - Abertura costal seletiva à direita sem resistência; - Exercícios de rotação da escapulo-umeral; - Reeducação da hemicúpula esquerda; - Terapêutica de posição; - Técnica de Respiração localizada a um hemitórax; • Executar inaloterapia; • Otimizar inaloterapia; • Elogiar participação;	mantida, mas diminuída nas regiões inferiores, encontrando-se o frémito toraco-vocal diminuído à direita. Apresenta macicez à percussão das faces anterior e posterior do quadrante inferior esquerdo. Som ressonante nos restantes pontos percutidos do tórax. À auscultação pulmonar salienta-se murmúrio vesicular abolido nas bases, com crepitações no 1/3 médio do pulmão esquerdo. 19/01: Exame físico sobreponível. Retirou Dreno torácico antes da realização da sessão. Mantém aporte de O₂ a 2l/min por ON. Aumento da SpO₂ de 90% no início da sessão para 94% no final. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 5 após. À auscultação pulmonar murmúrio vesicular abolido nas bases, antes da sessão e diminuído
--	--	---	---

			no final. Sem ruídos adventícios. 20/01: Exame físico sobreponível. Mantém aporte de O₂ a 2l/min por ON. Aumento da SpO₂ de 90% no início da sessão para 94% no final. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 4 após. À auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído nas bases, sem ruídos adventícios.
Intolerância à Atividade	Melhorar a tolerância à atividade (nomeadamente às AVD)	• Avaliar intolerância à atividade através da Escala de Borg Modificada; • Gerir atividade física; • Negociar atividade física; • Planear atividade física; • Informar sobre dispositivo auxiliar (exemplo banco de higiene e andarilho); • Providenciar dispositivo auxiliar (banco de higiene e andarilho); • Treinar utilização de dispositivo auxiliar (banco de higiene e andarilho); • Planear repouso;	18/01: Cuidados de higiene e conforto prestados sentada no leito, com ajuda parcial. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes dos mesmos e 5 após. 19/01: Cuidados de higiene e conforto prestados em pé, ao lado do leito, com ajuda parcial. Utiliza corretamente técnicas de conservação de energia. Realiza 10 exercícios de rolar na cama.

		• Ensinar, instrui e treinar sobre técnica de conservação de energia; • Assistir na Identificação de estratégias de adaptação da vida diária (listagem e priorização de atividades, delegação de tarefas e utilização de recursos da comunidade); • Instruir e treinar sobre técnica exercício de aumento da endurance; - Treino de marcha com andarilho; • Supervisionar resposta ao exercício; • Elogiar participação;	Deambula 5 metros com andarilho. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 5 após. 20/01: Cuidados de higiene e conforto no duche, sentada no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial apenas para lavar e enxugar as costas. Utiliza corretamente técnicas de conservação de energia. Realiza 10 exercícios de ponte. Deambula 10 metros com andarilho. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 4 após.
Autocuidado: higiene dependente Autocuidado: arranjar-se dependente	Aumentar a independência no autocuidado: higiene e arranjar-se;	• Avaliar autocuidado através de Escala de Barthel; • Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar (banho de higiene); • Ensinar, instruir e treinar técnica de autocuidado com conservação de energia; • Assistir e treinar o autocuidado: higiene e arranjar-se;	18/01: Cuidados de higiene e conforto prestados sentada no leito, com ajuda parcial. Realiza higiene oral com ajuda parcial e necessita de ajuda total para pentear o cabelo. Índice de Barthel = 55

		Elogiar participação;	19/01: Cuidados de higiene e conforto prestados em pé, ao lado do leito, com ajuda parcial. Realiza higiene oral sem ajuda, mas necessita de ajuda parcial para pentear o cabelo. 20/01: Cuidados de higiene e conforto no duche, sentada no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial apenas para lavar e enxugar as costas. Realiza higiene oral e penteia o cabelo sem ajuda. Índice de Barthel = 85
Alto Risco De Queda	Prevenir a ocorrência de quedas;	- Avaliar Risco de Queda através da Escala de Morse; - Ensinar sobre prevenção de quedas no hospital e no domicílio; - Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixar a cama, manter ao alcance da cliente campainha e objetos pessoais); - Elevar grades da cama durante a noite; - Supervisionar atividade do cliente; - Otimizar ambiente físico;	18/01: Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 55 (alto risco); realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar (incentivada a pedir ajuda, baixar a cama e utilizar calçado antiderrapante); mantém objetos pessoais e campainha ao seu alcance;

			19/01: realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas no domicílio (incentivada a pedir ajuda, utilizar calçado antiderrapante, retirar tapetes, utilizar o andarilho para se deslocar à casa de banho e manter objetos pessoais ao seu alcance); 20/01: Validados ensinamentos.
Conforto Comprometido	Melhorar o Conforto	• Avaliar conforto (nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba, nomeadamente através das escalas ESAS e PPS); • Incentivar apoio da família; • Promover apoio da família; • Gerir alta; • Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba) • Promover independência no autocuidado; • Otimizar conforto • Promover esperança; • Apoiar crença espiritual; • Demonstrar disponibilidade;	18/01: Aplicada Escala ESAS (Score 20, com maior descontrolo sintomático a nível de cansaço, apetite e bem-estar) e Funcionalidade através da PPS= 50%. Recebeu diversos telefonemas dos netos e da filha ao longo do turno. Agendada visita do neto para o dia seguinte. Disponibilizado apoio espiritual, que recusa. 19/01: Recebeu diversos telefonemas dos

			netos e da filha ao longo do turno. 20/01: refere estar feliz pela visita do neto no dia anterior. Mostra-se ansiosa por ir para casa. Afirma sentir-se melhor (sic); Aplicada Escala ESAS (Score 12, com melhoria ligeira nível de cansaço e apetite e significativa no bem-estar) e Funcionalidade através da PPS= 60%.
--	--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos - Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II série - nº9, 61-67.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 61-225). Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C. & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 211-217). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. Doi:/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. Doi:10.1097/00002727-199602000-00009
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In SJ Peterson & TS Bredow (Eds.) *Middle Range Theories. Application to nursing research and practice* (pp.196-211), 4ª edição. China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

- Machado, P. (2019). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Controlo Sintomático em Cuidados Paliativos* (Relatório de Estágio). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32154>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Apêndice I – Apresentação em Power Point do Estudo de Caso I

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação paliativa em contexto hospitalar

Estudo de Caso I

11º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Discente: Nádia Garcia Soares Nº 9571

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Magalhães
Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação



Lisboa, fevereiro de 2021

SUMÁRIO

1. Modelo Teórico de Cuidados
2. Apresentação da Cliente em Estudo
3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação
4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação
5. Referências Bibliográficas

2



1. Modelo Teórico de Cuidados

Teoria do Conforto de Kolcaba

Estados	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos			
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Estrutura Taxonómica do Conforto, adaptado de Kolcaba, K. (2017, p.198)

3



2. Apresentação da Cliente em Estudo

DADOS GERAIS	
NOME	X
IDADE	75 anos
GÉNERO	Feminino
ESTADO CIVIL	Viúva há 23 anos
PROFISSÃO	Reformada. Anteriormente era bordadeira
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Freguesia A do concelho 1
RESIDÊNCIA HABITUAL	Freguesia A do concelho 1
AGREGADO FAMILIAR	Filha (50 anos), seis netos (entre os 15 e os 28 anos) e uma bisneta (de 9 anos)
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

4



2. Apresentação da Cliente em Estudo

HISTÓRIA DE SAÚDE

História de Doença Atual (HDA)

Recurso a cuidados de saúde: sem história de internamentos ou acompanhamento pelos cuidados de saúde primários.

Motivo de internamento: admitida no serviço a 23 de dezembro de 2020 após recorrer ao SU no dia anterior por queixas dispneia progressiva com 15 dias de evolução, acompanhadas de edemas dos membros inferiores.

Diagnósticos Médicos que motivaram o internamento: Pneumonia Adquirida na Comunidade, Derrames Pleural e Pericárdico para estudo e Diabetes Mellitus inaugural.

5



2. Apresentação da Cliente em Estudo

HISTÓRIA DE SAÚDE

História de Doença Atual (HDA)

Evolução do Internamento



6



2. Apresentação da Cliente em Estudo

HISTÓRIA DE SAÚDE

História de Doença Atual (HDA)

Evolução do Internamento (cont.)



7

2. Apresentação da Cliente em Estudo

HISTÓRIA DE SAÚDE

História de Doença Atual (HDA)

Evolução do Internamento (cont.)



8

2. Apresentação da Cliente em Estudo

• 18/01/2021:

Terapêutica prescrita:

- Furosemida 20 mg EV, 12/12h
- Pantoprazol 20 mg PO às 07h00
- Brometo de Ipratrópio 20 µg/dose INA, 4 Puffs de 6/6h
- Ceterolac 30 mg EV, 12/12h
- Metamizol Magnésico 2 g EV, 8/8h
- Paracetamol 1g EV, 8/8h em SOS, se dor
- Senosido A+ Senosido B12 PO, às 22h00
- Diazepam 5 mg PO, às 22h00
- Lantus 6 ui SC, às 07h00

9

2. Apresentação da Cliente em Estudo

• 18/01/2021:

Análises Laboratoriais:

Parâmetros	Hb	Plaquetas	ProBNP	Ureia	Creatinina	PCR
Resultados	13,5 g/dL	250 10 ³ /µL	420 pg/mL	35 mg/dL	1,16 mg/dL	7,1 mg/L

Radiografia do Tórax:



10

2. Apresentação da Cliente em Estudo

HISTÓRIA DE SAÚDE

História de Doença Progressiva (HDP)

Antecedentes Pessoais: à data do internamento sem quaisquer problemas de saúde ou antecedentes familiares conhecidos. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Hábitos / Estilos de Vida: nega hábitos tabágicos ou alcoólicos.

História Terapêutica

Sem medicação crónica.

11

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Exame Físico Geral

- Aparente idade semelhante à real;
- Pele e mucosas descoradas, secas, turgor normal, sem prega cutânea;
- Edema de grau I MI's + petéquias;
- Sem alterações da integridade cutânea, exceto dreno no hemitórax direito;
- Bom controle postural aparente;
- Apresenta todos os segmentos corporais;
- Não utiliza próteses dentárias ou oculares;
- Abdómen mole e depressível, não doloroso. Sem massas palpáveis.
- Emagrecida, nega perda ponderal. Appetite diminuído já habitual.
- Peso= 48 Kg; Altura= 1,55m → IMC = 19.98 → peso normal

12

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Exame Físico Geral

SINAIS VITAIS	Temperatura (°C)	35,3
	Frequência Cardíaca (b/min)	77
	Freq. Respiratória (c/min)	20
	SpO2 (% e condições de medição)	95% com aporte de O2 a 2L/min por ON
	Tensão Arterial (mmHg)	117/68
	Dor (Escala Numérica)	0

13

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Respiratória

- Tórax do tipo chato;
- Ventilação espontânea, simétrica, padrão predominantemente misto, regular, com amplitude diminuída, sem tiragem, hipocratismo digital ou cianose periférica;
- Aporte de O2 a 2L/min por ON, sem GSA nos últimos 6 dias.
- Dreno no hemitórax direito clamped há 2 dias.
- História de ortopneia, melhorada

14

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Respiratória

Escala de Borg Modificada	
0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Em repouso
↓
dispneia a
médios
esforços
Transferência
para o cadeirão

Adaptado de: Borg G. (1990). Borg's Perceived Exertion and Pain Scales. Champaign: Human Kinetics.

15

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Respiratória

- Tosse produtiva com expectoração mucopurulenta abundante que expele (não objetivada);
- Nega toracalgia.
- Expansibilidade das regiões superiores mantida, mas diminuída nas regiões inferiores
- Frémito toraco-vocal diminuído à direita.
- Macicez à percussão das faces anterior e posterior do quadrante inferior esquerdo. Som ressonante nos restantes pontos percudidos do tórax.
- **Auscultação pulmonar:** murmúrio vesicular abolido nas bases + crepitações no 1/3 médio do pulmão esquerdo.

16

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Neurológica

- Calma, colaborante, comunica espontaneamente.
- **Estado mental:** vigil, orientada auto e alopsiquicamente, com tenacidade, concentração e memória sensorial, imediata, recente e remota mantidas;
- **Escala de Glasgow:** Score 15;
- Sem alterações da **linguagem**, discurso espontâneo, voz audível e clara, sem disartria. Linguagem falada elaborada, com compreensão, nomeação e repetição íntegras. Mantém capacidades de escrita e leitura.
- **Capacidades práticas:** gestos simbólicos e icónicos transitivos e intransitivos sem alterações.

17

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Neurológica

- **Coordenação:** Sem déficits, com provas índex-nariz, de indicação de Barany, de movimentos alternados e calcanhar-joeelho sem alterações.
- **Equilíbrio:** sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico mantidos.
- **Marcha:** só deambula com o apoio de terceiros (cansaço a médios esforços + dreno torácico). Largura do passo do pé direito ultrapassa a do pé esquerdo em apoio e eleva-se totalmente do solo. O mesmo acontece com o outro membro → padrão de marcha normal, sem alterações nas fases de apoio ou balanço.

18

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Função Neurológica

- Continência de esfíncteres vesical e intestinal (cadeira sanitária pelo cansaço a médios esforços);

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Funcionalidade

[illegible][illegible]

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Funcionalidade

[illegible]

Adaptado de: Nunnally, J. *Methodological Scale, Manual and Grade Theory*. de Cavallini, São Paulo, Brasil: Editora Universidade São Paulo, 1978. Disponível em: <http://www.biblioteca.org.br/arquivos/13376/13376.pdf>.

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Funcionalidade

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom agente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior agente possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Queda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Funcionalidade

ESCALA DE MORSE		
	Pontuação	Possibilidade
1. História de quedas: neste internamento/urgência/ou nos últimos três meses		
Não	0	
Sim	25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)		
Não	0	
Sim	15	
3. Ajuda para caminhar		
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	
Móveis/cadeiras/bengalia/andador	15	
Apoio no mobiliário para andar	30	
4. Terapia intravenosa		
Não	0	
Sim	20	
5. Postura no andar e na transferência		
Nenhum/acamado/imóvil	0	
Deficiente	10	
Dependente de ajuda	20	
6. Estado mental		
Consiente das suas capacidades	0	
Esquece-se das suas limitações	15	

Adaptado de: Costa-Dias, S.B.; Pereira, P.; Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Qualidade de Vida. *Revista de Enfermagem Referência*, 2014, V. Série 12, pp.7-17. Disponível em: <https://www.digi.pt/revista-onde-digi/normal-e-circularem-normalidade-normal-04-2014-09-09-02-00-00.pdf.aspx>.

Alto Risco de Queda

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO FÍSICO

Avaliação da Funcionalidade

ESCALA DE BRADEN					
Percepção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeramente limitada	4. Nenhuma limitação	5
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	5
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Andar ocasionalmente	4. Andar frequentemente	5
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeramente limitado	4. Nenhuma limitação	5
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	5
Forças de Deslize	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema	4. Nenhum problema	5

Baixo Risco de UPP

©Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro. Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução não autorizada desta obra, sob qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico ou mecânico, sem autorização por escrito da Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro.

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

- Tendencialmente tranquila, com períodos de labilidade emocional, referindo saudade de casa e da família.
- Apesar do surgimento do diagnóstico de Neoplasia do Pulmão, a sra. refere aceitação do seu estado de saúde e do aumento do grau de dependência, recusando qualquer tipo de tratamento oncológico, sendo o seu único objetivo regressar o mais precocemente ao domicílio, para junto dos seus, para que possa "cuidar e ser cuidada" (sic).

26

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

- Deseja melhorar a independência no autocuidado, encontrando-se muito colaborante e empenhada no processo de reabilitação.
- É cristã, mas não tem por hábito frequentar a igreja, quer no presente, quer no passado.

27

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

- Viúva há 23 anos, assumindo a responsabilidade de cuidar da família;
- 5 filhos, 15 netos e 1 bisneta;
- Vive com uma filha de 50 anos, divorciada, seis netos (15 a 28 anos) e 1 bisneta de 9 anos;
- Até à data de internamento era a gestora de todas as atividades domésticas e a principal responsável pela educação da bisneta;
- Telefonemas frequentes dos familiares (grande proximidade e afeto);
- Visita do neto a cada três dias;
- Família disposta a cuidar dela (principal responsável: filha);

28

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

- Ensino primário;
- Doméstica e bordadeira;
- **Zona onde habita:** recursos comunitários adequados (pequeno comércio, instituições públicas de saúde e boa rede de transportes, que raramente utiliza, uma vez que tende a permanecer em casa).
- Não utiliza recursos da comunidade para fins recreativos, prefere estar com a família, bordar e ver televisão;
- Família com dificuldades económicas (fontes de rendimentos: reforma da cliente, o ordenado de três dos netos e os apoios sociais);
- Escala de Graffar → classe social média baixa.

29

3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

CONTEXTO AMBIENTAL

- Reside num bairro da freguesia A do concelho 1
- **Casa própria:** térrea, bom estado de conservação apesar de modesta, situada em zona residencial com saneamento básico e boas condições de habitabilidade.
- **Casa pequena:** cozinha, casa de banho (com polibã), sala de estar e 3 quartos, partilhando quarto com a filha. Sem quintal, nem degraus interiores ou exteriores.
- Nega a existência de barreiras arquitetónicas
- Considera-se capaz de, apesar de mais dependente, deambular com o auxílio do andariho ou da filha sem dificuldades no interior da casa.

30

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação

Problemas Identificados	Diagnósticos de Enfermagem (Segundo a CIFE, versão 2015)
• Necessidade de aporte de O2 suplementar • Murmúrio vesicular abolido nas bases • Expansibilidade das regiões inferiores do tórax diminuída, encontrando-se o frémito toraco-vocal diminuído a direita.	Ventilação Comprometida
• Dispneia a médios esforços, necessitando de utilizar a cadeira sanitária e do apoio de terceiros para deambulação.	Intolerância à Atividade
• Necessita de alguma ajuda no autocuidado: banho, arranjá-lo e vestir-se. • Índice de Barthel = 30 • Dispneia a médios esforços, necessitando de utilizar a cadeira sanitária e do apoio de terceiros para deambulação.	Autocuidado: higiene dependente Autocuidado: arranjá-lo dependente
• Score 55 da Escala de Morse	Alto Risco de Queda
• De acordo com a Teoria de Kolcaba, apresenta alterações nos seguintes contextos do conforto: físico (pela presença de sintomas como dispneia e cansaço a esforços e pela dependência no autocuidado); psicoespiritual (pela necessidade de aumentar a sua independência e promover o regresso em breve a casa); e sociocultural (pela necessidade de melhoria da funcionalidade e autocuidado, de forma a retomar o seu papel como matriarca da família).	Conforto Comprometido

31

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação (cont.)

Diagnósticos de Enfermagem	Ventilação comprometida
Objetivos	Intervenções
• Realizar exame físico; • Monitorar sinais vitais e SpO₂ (antes e após a realização da sessão); • Avaliar respiração; • Avaliar ventilação; • Avaliar dispnéia através da Escala de Borg Modificada; • Auscultar tórax (antes e após a realização da sessão); • Gerir oxigenoterapia; • Otimizar higiene bucal; • Executar Técnica de posicionamento; • Posição de decúbito e relaxamento; • Correção Postural; • Assistir e treinar cliente a otimizar a ventilação através de técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, promovendo expiração com lábios semicerrados; respiração abdominal-diafragma); • Incentivar o uso de técnicas respiratórias; • Executar Cinesioterapia Respiratória; • Abertura costal global com base e com automobilização; • Abertura costal lateral à esquerda sem resistência; • Abertura costal lateral à direita sem resistência; • Exercícios de rotação de tronco unilateral; • Realização de hemipelvis esquerda; • Terapia de posição; • Técnica de Respiração Relaxada a um hemitórax; • Execução de massagem; • Diminuir inatividade; • Eliciar participação;	18/01: Respiração espontânea, simétrica, com padrão predominantemente inspiro, regular, com amplitude diminuída, sem tremor ou sinais de cianose periférica. Contagem de O₂ a 20l/min por O₂. Aumento de SpO₂ de 95% no início da sessão para 98% no final. Mantém dreno no hemitórax direito clamped há 2 dias. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 5 após. Expirabilidade dos regimes superiores mantida, mas diminuída nos regimes inferiores, encontrando-se o ritmo toraco-ventral diminuído à direita. Apresenta mactices à percussão das faces anterior e posterior do quadrante inferior esquerdo. Sem ressonância nos ressonâncias percussivas do tórax. A auscultação pulmonar bilateral murmurio vesicular abafado nas bases, com crepitações no 1/3 médio do pulmão esquerdo. 18/01: Exame físico sobrepontual. Retiro Dreno torácico antes da realização da sessão. Mantém aporte de O₂ a 20l/min por O₂. Aumento de SpO₂ de 90% no início da sessão para 94% no final. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 3 antes da sessão e 3 após. A auscultação pulmonar murmurio vesicular abafado nas bases, antes da sessão e diminuído no final. Sem ruidos adventícios. 20/01: Exame físico sobrepontual. Mantém aporte de O₂ a 20l/min por O₂. Aumento de SpO₂ de 90% no início da sessão para 94% no final. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 4 após. A auscultação pulmonar murmurio vesicular diminuído nas bases, sem ruidos adventícios.

32

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação (cont.)

Diagnósticos de Enfermagem	Intolerância à Atividade
Objetivos	Intervenções
• Avaliar intolerância à atividade através da Escala de Borg Modificada; • Gerir atividade física; • Negociar atividade física; • Planear atividade física; • Informar sobre dispositivo auxiliar (exemplo banco de higiene e andalho); • Providenciar dispositivo auxiliar (banco de higiene e andalho); • Treinar utilização de dispositivo auxiliar (banco de higiene e andalho); • Planear repouso; • Ensinar, instruir e treinar técnica de conservação de energia; • Assistir na identificação de estratégias de adaptação da vida diária (letargia e priorização de atividades, delegação de tarefas e utilização de recursos da comunidade); • Instruir e treinar técnica exercício de aumento da endurance; • Treino de marcha com andalho; • Supervisionar resposta ao exercício; • Eliciar participação;	18/01: Cuidados de higiene e conforto prestados sentada no leito, com ajuda parcial. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes dos mesmos e 5 após. 19/01: Cuidados de higiene e conforto prestados em pé, ao lado do leito, com ajuda parcial. Utiliza corretamente técnicas de conservação de energia. Realiza 10 exercícios de rolar na cama. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 5 após. 20/01: Cuidados de higiene e conforto no duche, sentada no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial apenas para lavar e enxugar as costas. Utiliza corretamente técnicas de conservação de energia. Deambula 10 metros com andalho. Escala de Borg Modificada (anexo I) de 0 antes da sessão e 4 após.

33

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação (cont.)

Diagnósticos de Enfermagem	Autocuidado: higiene dependente; Autocuidado: arrumar-se dependente
Objetivos	Intervenções
• Avaliar autocuidado através da Escala de Barthel; • Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar (banco de higiene); • Ensinar, instruir e treinar técnica de autocuidado com conservação de energia; • Assistir e treinar o autocuidado: higiene e arrumar-se; • Eliciar participação;	18/01: Cuidados de higiene e conforto prestados sentada no leito, com ajuda parcial. Realiza higiene oral com ajuda parcial e necessita de ajuda total para pentear o cabelo. Índice de Barthel = 55 19/01: Cuidados de higiene e conforto prestados em pé, ao lado do leito, com ajuda parcial. Realiza higiene oral sem ajuda, mas necessita de ajuda parcial para pentear o cabelo. 20/01: Cuidados de higiene e conforto no duche, sentada no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial apenas para lavar e enxugar as costas. Realiza higiene oral e penteia o cabelo sem ajuda. Índice de Barthel = 85

34

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação (cont.)

Diagnósticos de Enfermagem	Alto Risco De Queda
Objetivos	Intervenções
• Avaliar Risco de Queda através da Escala de Morse; • Ensinar sobre prevenção de quedas no hospital e no domicílio; • Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixe a cama, manter ao alcance da cliente campainha e objetos pessoais); • Elevar grades da cama durante a noite; • Supervisionar atividade do cliente; • Otimizar ambiente físico;	18/01: Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 55 (alto risco); realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar (incentivada a pedir ajuda, baixar a cama e utilizar calçado antiderrapante); mantêm objetos pessoais e campainha ao seu alcance; 19/01: realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas no domicílio (incentivada a pedir ajuda, utilizar calçado antiderrapante, retirar tapetes, utilizar o andalho para se deslocar à casa de banho e manter objetos pessoais ao seu alcance); 20/01: Validados ensinamentos.

35

4. Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação (cont.)

Diagnósticos de Enfermagem	Conforto Comprometido
Objetivos	Intervenções
• Avaliar conforto (nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba, nomeadamente através das escalas ESAS e PPS); • Incentivar apoio da família; • Promover apoio da família; • Gerir alta; • Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba) • Promover independência no autocuidado; • Otimizar conforto • Promover esperança; • Apoiar crença espiritual; • Demonstrar disponibilidade;	18/01: Aplicada Escala ESAS (Score 20), com maior desconforto sintomático a nível de cansaço, apetite e bem-estar) e Funcionalidade através da PPS= 50%. Recebeu diversos telefonemas dos netos e da filha ao longo do turno. Agendada visita do neto para o dia seguinte. Disponibilizado apoio espiritual, que recusa. 19/01: Recebeu diversos telefonemas dos netos e da filha ao longo do turno. 20/01: refere estar feliz pela visita do neto no dia anterior. Mostra-se ansiosa por ir para casa. Afirma sentir-se melhor (sic). Aplicada Escala ESAS (Score 12, com melhoria ligeira nível de cansaço e apetite e significativa no bem-estar) e Funcionalidade através da PPS= 60%.

36

5. Referências Bibliográficas

- Afonso, R., Nova, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos - Da existência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11 (série - n.º 9), 61-67.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Meneses, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 61-225). Loures: Lusodidacta.
- Costa, A., & Others, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C., & Pires, C. (2016). *Atenção paliativa*. In A. Barroso & L. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 211-217). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Jorge, L. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. In A. Costa & M. Others, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287-289. Doi/10.1111/j.1547-5061.1995.tb00889.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. Doi:10.1097/00002727-199602000-00009
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. Peterson & T. S. Bredlow (Eds.), *Middle Range Theories: Application to nursing research and practice* (pp. 196-211). 4ª edição. China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Machado, Z. (2019). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Sintomático em Cuidados Paliativos* (Relatório de Estágio). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2632154>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação do Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação: instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemdenfermeiros.pt/colecoes/Documents/2017/mst/mstrecolhadadosdocumentacaoCuidReabilitacao_Final_2017.pdf

37

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação paliativa em contexto hospitalar

Estudo de Caso

11º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Discente: Nádia Garcia Soares Nº 9571

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Magalhães
Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Anexo I –Escala de Borg Modificada

Escala de Borg Modificada	
0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Adaptado de: Borg G. (1998). Borg's Perceived Exertion and Pain Scales. Champaign (IL): Human Kinetics.

Anexo II – Aplicação da Escala de Glasgow

Escala de Glasgow	
Abertura Ocular	4- Espontânea
	3- À voz
	2- À dor
	1- Nenhuma
Resposta Verbal	5- Orientada
	4 - Confusa
	3 - Palavras inapropriadas
	2- Palavras incompreensíveis
	1-Nenhuma
Resposta Motora	6- Obedece a comandos
	5 - Localiza a dor
	4 - Movimento de Retirada
	3. Flexão Anormal
	2- Extensão Anormal
	1-Nenhuma
SCORE	
15	

Anexo III – Aplicação da Escala de Graffar

ESCALA DE GRAFFAR	
Pontuação	1. Profissão
1	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
4	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).
5	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).
Pontuação	2. Nível de Instrução
1	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.
2	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.
3	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.
4	Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
Pontuação	3. Rendimento Familiar
1	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).
2	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).
3	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregados de Estado, Governos Cíveis ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).
4	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.

5	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	
Pontuação	4. Conforto da Habitação	
1	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto	
2	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis	
3	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	
Pontuação	5. Aspeto do Bairro Habitado	
1	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
2	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável	
4	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5	Bairros de lata.	
TOTAL		
20		
Pontuação		
Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13	Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17	Média
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21	Média Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25	Baixa (pobre)

Adaptado de <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/TESTE-GRAFFAR.pdf>

Apêndice 3 – Estudo de Caso II



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso II

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral em Situação Paliativa em
contexto hospitalar

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso II

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral em Situação Paliativa em
contexto hospitalar

Nádia Garcia Soares N°9571

Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães

Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM	Artéria Cerebral Média
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EV	Endovenoso
Ex.	Exemplo
IMC	Índice de Massa Corporal
MID	Membro Inferior Direito
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MRC	Escala de Força Medical Research Council
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
PO	<i>Per Os</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
RRCCI	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SC	Subcutâneo
SNG	Sonda Nasogástrica
SU	Serviço de Urgência

TAC

Tomografia Axial Computorizada

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE.....	3
2. HISTÓRIA DE SAÚDE.....	4
2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA).....	4
2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP).....	7
2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA	8
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
3.1. CONTEXTO FÍSICO	9
3.1.1. Exame Físico Geral	9
3.1.2. Avaliação da Função Respiratória	10
3.1.3. Avaliação da Função Neurológica	10
3.1.4. Avaliação da Funcionalidade	17
3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	21
3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL	21
3.4. CONTEXTO AMBIENTAL	22
4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	1
Anexo I - Aplicação da Escala de Glasgow	
Anexo II - Aplicação da Escala de Graffar	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração de um estudo de caso enquadrado na unidade curricular de Estágio com Relatório, incluída no 3º semestre do curso do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O mesmo tem por objetivo dar continuidade ao Projeto desenvolvido para o Ensino Clínico, que tem como tema a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em Situação Paliativa”, efetuando a apresentação do caso de um cliente com Acidente Vascular Cerebral em situação paliativa em contexto hospitalar, demonstrando a avaliação efetuada por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tal como a elaboração e implementação de um plano de cuidados especializado e respetiva análise dos resultados da intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação.

O referencial teórico utilizado será, tal com no projeto desenvolvido, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que postula que os clientes experienciam necessidades de conforto em situações de stress relacionadas com o estado de saúde (Kolcaba, 1995, p.288). O conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido por ter satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) e é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 1992 in Kolcaba, 2017, p. 198). A experiência holística do conforto é desenvolvida através de três estados: alívio (experiência vivenciada pelo cliente a quem foi satisfeita uma dada necessidade de conforto); tranquilidade (estado de calma ou satisfação) e transcendência (estado em que se ultrapassa um problema ou dor, sentindo a pessoa que tem capacidade de planeamento e controlo sobre o seu destino e de resolução de problemas) (Kolcaba & Kolcaba, 1991 in Kolcaba, 2017, p.198; Apóstolo, 2009, p.66) e deriva de quatro contextos: físico (relacionado com mecanismos de homeostasia e sensações corporais); psicoespiritual (relacionado com a consciência interna de si, incluindo estima, sexualidade e significado na vida de outrem ou com uma

entidade superior); sociocultural (que compreende as relações e tradições interpessoais, familiares e sociais e financeiras) e ambiental (relacionado com o contexto externo da experiência humana, incluindo luminosidade, ruído, ambiente, temperatura e elementos naturais e sintéticos) (Kolcaba, 2017, p.198).

Importa ainda salientar que o Ensino clínico se encontra a decorrer num serviço de Internamento de Medicina Interna de um Hospital, sob orientação clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Rita Sousa. O cliente em estudo será o Sr. Y (assim tratado de forma assegurar a proteção de dados), de 81 anos, viúvo, anteriormente autónomo nas Atividades de Vida Diária (AVD), residindo sozinho, admitido neste serviço a 13 de janeiro de 2021 (após recorrer ao Serviço de Urgência no dia 10 de janeiro de 2021 por diminuição da força no hemicorpo direito e disartria) com os diagnósticos médicos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média (ACM) esquerda, sendo diagnosticada ao longo do internamento estenose aórtica severa, que por decisão do próprio não será sujeita a tratamento cirúrgico, mas sim paliativo.

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

DADOS GERAIS	
NOME	Y
IDADE	81 anos
GÉNERO	Masculino
ESTADO CIVIL	Viúvo
PROFISSÃO	Reformado. Anteriormente era vinicultor.
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Freguesia B do concelho 2
RESIDÊNCIA HABITUAL	Freguesia B do concelho 2
AGREGADO FAMILIAR	Vive sozinho. Tem dois filhos e um neto.
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA)

Recurso a cuidados de saúde: sem história prévia de internamentos, sendo seguido anualmente em consulta pela Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde do Concelho 2. Diagnosticado pela Cardiologia em 2017 com cardiopatia valvular com estenose aórtica moderada, mas sem seguimento em consulta.

Motivo de internamento: Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) no dia 10 de janeiro de 2021 por diminuição da força no hemicorpo direito e disartria. Ficou internado em zona tampão para Covid-19 entre esse dia e o dia 13 de janeiro de 2021, dia em que foi admitido no Serviço de Medicina Interna.

Diagnósticos Médicos que motivaram o Internamento: AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda com enfarte cortico-subcortical frontal esquerdo de etiologia a esclarecer.

Evolução durante o internamento:

10/01/2021: recorre ao SU do hospital por hemiparesia à direita e disartria, sendo internado em zona tampão para Covid-19 com o diagnóstico médico anteriormente mencionado. Algaliado para controlo de diurese.

- TAC Craneoencefálica: sem alterações.
- **11/01/2021:** apresenta paresia facial central à direita, disartria e disfagia para líquidos. Bons débitos urinários.
 - Ressonância Magnética Cerebral: presença de pequena lesão cortico-subcortical frontal periférica esquerda, envolvendo maioritariamente as circunvoluções frontal inferior e pré-central esquerdas, com restrição à difusão das moléculas da água, configurando enfarte recente em território da artéria cerebral média esquerda. Não há sinais de transformação hemorrágica, nem efeito de massa relevante.

- **12/01/2021:** por apresentar disfagia a líquidos foi colocada Sonda Nasogástrica (SNG) para alimentação
- **13/01/2021:** admitido no Serviço de Medicina Interna. Inicia plano de Enfermagem de Reabilitação e Terapia da Fala. Retira por duas vezes SNG, sendo reentubado por indicação médica. Indicação para repouso no leito.
 - ECG: Ritmo sinusal.
 - Urina II: leucoeritrocitúria.
- **14/01/2021:** retira novamente SNG, que não volta a ser colocada. Alimentado pela boca, mantendo disfagia para líquidos. Urocultura negativa, pelo que é desalgaliado, apresentando controlo de esfíncteres.

○ Resultados Laboratoriais:

Parâmetros	Hb	Plaquetas	Gama-GT	Ureia	Creatinina	PCR
Resultados	14,3 g/dL	170 10 ³ /μL	98 UI/L	47 mg/dL	0,82 mg/dL	9,2 mg/L

- Terapêutica prescrita:
 - Furosemida 40 mg PO às 07h00
 - Pantoprazol 40 mg PO às 07h00
 - Tansulosina 0.4 mg PO às 18h00
 - Tiamina 100 mg PO às 12h00
 - Clopidrogrel 75 mg PO às 09h00
 - Atorvastatina 20 mg PO às 18h00
 - Enoxaparina sódica 40 mg/0.4 ml SC às 12h00
 - Nifedipina 30 mg PO às 09h00 e às 21h00
 - Paracetamol 1g EV, 8/8h em SOS, se dor
 - Bisacodilo 10 mg PO, em SOS, se obstipação
 - Tiaprida 100 mg PO, às 09h00 e 22h00
 - Oxazepam 15 mg PO, às 22h00
 - Soro Polieletrólítico 1000cc/dia EV

- **15/01/2021:**
 - Ecocardiografia Transtorácica: estenose valvular aórtica de grau severo - Válvula aórtica calcificada com abertura reduzida. Sem fugas.
 - Eco Doppler dos vasos do pescoço: placas bilateralmente, sem repercussão hemodinâmica.
- **17/01/2021:** inicia levante para cadeirão, apresentando episódio de crise tónico-clónica de curta duração quando se encontrava na cadeira sanita, pelo que inicia Levetiracetam 1 g PO duas vezes ao dia. Mantém deficits neurológicos.
- **19/01/2021:** observado pela Cardiologia, recusando tratamento cirúrgico de estenose aórtica severa, com conhecimento da família. Opta-se por tratamento paliativo.
 - EEG (19/01/2021): Ritmo de base posterior discretamente lento indicando alteração cerebral difusa de grau ligeiro; Atividade lenta descontínua frontocentral e parietotemporal esquerda indicando alteração funcional focal nestas regiões.
- **20/01/2021-28/01/2021:** Retoma plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação sem restrições, encontrando-se muito colaborante na mesma. Referenciado para Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCI).
- **29/01/2021:** Agravamento dos deficits motores, com diminuição progressiva da força do hemicorpo direito, com hemiparesia de predomínio crural e plegia da mão.
 - TAC Craneoencefálica: “Hemorragia intraparenquimatosa (38 x 22.6 mm) parietal esquerda, circundada por hipodensidade (edema) parenquimatosa, alterações estas condicionando incipiente desvio das estruturas da linha média e ligeiro efeito de massa no ventrículo lateral homolateral. Enfarte hemorrágico do território da artéria cerebral média esquerda. Pequena hipodensidade nuclear

direita, a relacionar com enfarte isquémico lacunar não recente."

Suspende clopidogrel e enoxaparina. Coloca meias de contenção elástica nos membros inferiores. Mantém cuidados de Enfermagem de Reabilitação no leito.

- **01/02/2021:** aceite na RRCCI, aguarda vaga de ingresso.
- **03/02/2021:**
 - TAC Craneoencefálica: "Comparativamente ao exame de 29/01/2021, os aspetos são sobreponíveis, mantendo-se sem evolução a área de hemorragia na região parietal esquerda, envolvido por halo de edema".

Retoma levante. Suspende Soro.

- **08/02/2021:**
 - TAC Craneoencefálica: sobreponível ao exame de 03/02/2021.
- **09/02 a 22/02/2021:** mantém plano de reabilitação.
- **22/02/2021:** alta do serviço.

Tipo de encaminhamento: transferido a 22/02/2021 para o Serviço de Cuidados Continuados Integrados do concelho 2 para dar continuidade a programa de Reabilitação.

2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP)

Antecedentes pessoais: hipertensão, dislipidémia, alcoolismo, hiperplasia benigna da próstata, cardiopatia valvular com estenose aórtica moderada e obesidade. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Hábitos / Estilos de Vida: alcoolismo crónico, não sendo possível quantificar os hábitos. Embora já reformado, vendia ainda vinho por toda a ilha, pelo que tinha por hábito a sua ingestão diária nas deslocações aos estabelecimentos dos clientes.

2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA

No domicílio encontrava-se medicado com:

- Furosemida 40 mg PO, em jejum
- Clopidogrel 75 mg PO, ao jantar
- Silodosina 8 mg PO, ao jantar
- Atorvastatina 20 mg PO, ao jantar
- Perindopril 8 mg PO, em jejum

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em seguida descrever-se-á a avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação realizada junto do Sr. Y no dia 14/01/2021 (dia do primeiro contato estabelecido com o mesmo), dividida em quatro categorias, de acordo com os quatro contextos de conforto definidos pelo Modelo de Kolcaba: físico; psicoespiritual; sociocultural e ambiental.

3.1. CONTEXTO FÍSICO

3.1.1. Exame Físico Geral

O Sr. Y aparenta idade semelhante à real. Pele e mucosas coradas e de aspeto seco, contudo com turgor normal, sem evidência de prega cutânea. Sem edemas ou alterações da integridade cutânea.

Encontrava-se deitado na cama com a cabeceira em semi- Fowler e com bom controle postural aparente. Vígil, tranquilo à abordagem, sorriso fácil. Comunica verbalmente quando estimulado, mas apresenta disartria acentuada.

Apresenta todos os segmentos corporais. Não utiliza próteses dentárias ou oculares. Abdómen volumoso, mas mole e depressível, não doloroso. Sem massas palpáveis.

Apetite mantido, apresentando deglutição comprometida para líquidos. Tem um peso atual de 95 Kg, altura de 1,60m, sendo o IMC = 37,1 kg/m², o que corresponde a obesidade severa.

SINAIS VITAIS	Temperatura (°C)	36,9
	Frequência Cardíaca (b/min)	85
	Freq. Respiratória (c/min)	19
	SpO2 (% e condições de medição)	94% em ar ambiente
	Tensão Arterial (mmHg)	151/57
	Dor (Escala Numérica)	0

3.1.2. Avaliação da Função Respiratória

O Sr. Y apresenta tórax do tipo normal, ventilação espontânea, simétrica, com padrão predominantemente misto, regular, com amplitude normal, em ar ambiente, sem tiragem, hipocratismo digital ou sinais de cianose periférica. Apresenta cansaço a médios esforços.

Sem tosse ou expetoração. Nega dispneia ou toracalgia.

Expansibilidade e frêmito toraco-vocal globalmente mantidos. À percussão som claro pulmonar.

À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios.

3.1.3. Avaliação da Função Neurológica

O Sr. Y encontra-se calmo, colaborante dentro das suas possibilidades, sendo a sua capacidade de comunicação francamente condicionada pela disartria, que se traduz em sinais de frustração.

No que concerne ao estado mental, encontra-se vígil, orientado auto e alopsíquicamente, com tenacidade, concentração e memória sensorial, imediata, recente e remota mantidas.

Aplicada Escala de Glasgow com valor obtido de 15 (anexo I).

No que concerne à linguagem, raramente apresenta fala espontânea, mas comunica verbalmente quando estimulado. Discurso pobre, utiliza palavras com poucas sílabas. Linguagem elaborada comprometida. Apresenta disartria acentuada. Voz monocórdica e hipofónica. Cumpre ordens simples e complexas, pelo que a compreensão se encontra mantida. Nomeação, repetição e capacidade de leitura igualmente mantidas. Escrita não avaliada, uma vez que é destro e apresenta diminuição da força do hemicorpo à direita e alteração da preensão fina.

Relativamente às capacidades práxicas, gestos simbólicos e icónicos transitivos e intransitivos sem alterações quando utiliza membro superior esquerdo, mas condicionados pela diminuição da força quando utiliza o direito.

Apresenta ligeira rotação da cabeça e pescoço para a esquerda e inclinação para a direita, mas quando estimulado dirige o olhar para a direita e

integra o membro afetado no esquema corporal, respondendo igualmente a estímulos tácteis e obedecendo a comandos que envolvam o mesmo. Como tal, sem evidências sugestivas de negligência hemiespacial unilateral.

Avaliados os pares cranianos, conforme consta da tabela seguinte:

Par Craniano		Avaliação	
I - Olfativo		Sem alterações da perceção dos cheiros.	
II – Ótico		Testada a acuidade visual por exame de confrontação, sem alterações. Reflexo de ameaça visual mantido. Sem défices campimétricos.	
III – Oculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo		Ambas as pupilas com cerca de 3 mm, circulares, simétricas. Apresenta isocoria. Sem alterações dos movimentos conjugados do globo ocular (oftalmoparesias); olhar tendencialmente dirigido para a esquerda, porém completa dextroversão.	
V – Trigémeo	Divisão Oftálmica	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Mantida bilateralmente.
	Divisão Maxilar	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Diminuída à direita.
	Divisão mandibular	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Diminuída à esquerda.
	Reflexo córneo-palpebral	Presente.	
	Movimentos de Mastigação	Sem alterações.	
VII – Facial		Apresenta paresia facial central à direita, com apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e desvio da comissura labial à esquerda. Sem controlo salivar ou de alimentos (água espessada) à direita. Não foi avaliada a componente sensitiva.	
VIII – Vestíbulo-Coclear	Divisão Coclear	Sem alterações da acuidade auditiva.	
	Divisão Vestibular	Apresenta controlo postural no leito com a cabeceira em semi-Fowler. Por se encontrar em repouso no leito não foi possível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado nem em ortostatismo.	

Par Craniano	Avaliação
IX – Glossofaríngeo X- Vago	Não foi testado o reconhecimento de sabores. Reflexo de vômito diminuído. Úvula hipotônica e com desvio para a esquerda. Palato mole assimétrico, mais elevado à esquerda; presença de estase salivar moderada. Voz hipofônica. Apresenta sinais de disfagia aquando da ingestão de líquidos (tosse, rubor facial e inexistência de controlo salivar).
XI- Espinhal	Apresenta ligeira rotação da cabeça e pescoço para a esquerda e inclinação para a direita. Depressão subtil da escapulo-umeral à direita. Diminuição da força muscular do trapézio e esternocleidomastóideo à direita.
XII- Grande Hipoglosso	Desvio da úvula para a esquerda. Discreta atrofia da língua à direita. Presença de estase salivar moderada na fossa piriforme. À protusão da língua ligeiro desvio para a esquerda. Movimentos de lateralidade da mesma mantidos.

A nível da motricidade, a força muscular foi avaliada com recurso à Escala Medical Research Council:

Escala Medical Research Council	
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Já a espasticidade foi avaliada pela escala de Ashworth Modificada:

Escala Ashworth Modificada	
0	Nenhum aumento da resistência;
1	Ligeiro aumento da resistência (seguido por relaxamento ou resistência mínima no final da amplitude de movimento);
1+	Ligeiro aumento da resistência (seguido por uma resistência mínima ao longo de menos de metade da amplitude de movimento);
2	Resistência durante a maior parte da amplitude de movimento;
3	Forte resistência; movimento passivo é difícil;
4	Flexão ou extensão rígida.

O resultado das avaliações da força muscular e espasticidade foi compilado na tabela seguinte:

Avaliação da Força e Tónus Muscular										
Segmento Movimento	Cabeça e Pescoço	Membro Superior Direito					Membro Inferior Direito			
		Escápulo- Umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- Femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	5/5 0	4/5 0	4/5 0		3/5 0	3/5 1+	4/5 0	4/5 0		
Extensão	5/5 0	4/5 0	4/5 0		3/5 0	3/5 1+	4/5 0	4/5 0		
Flexão Lateral Esquerda	5/5 0									
Flexão Lateral Direita	4/5 1									
Rotação para Direita	3/5 1									
Rotação para Esquerda	5/5 0									
Rotação Interna		4/5 0					4/5 0			
Rotação Externa		4/5 0					4/5 0			
Adução		4/5 0				3/5 1+	4/5 0			
Abdução		4/5 0				3/5 1+	4/5 0			
Desvio Radial					3/5 1					
Desvio Cubital					3/5 1					
Supinação				3/5 0						
Pronação				3/5 0						
Circundação					3/5 0	3/5 1				
Oponência do Polegar						3/5 1				
Flexão Plantar										4/5 0
Flexão Dorsal										4/5 0
Inversão										4/5 0
Eversão										4/5 0

Legenda: Canto Superior Esquerdo: Força Muscular (Escala MRC); Canto Inferior Direito: Espasticidade (Escala de Ashworth Modificada)

Salienta-se que por no hemisfério esquerdo apresentar força muscular 5/5 na escala MRC e não apresentar espasticidade, da tabela constam apenas as restantes avaliações destes parâmetros.

A amplitude articular não foi avaliada por não existir goniómetro no serviço.

Sem déficits de coordenação a nível do hemisfério esquerdo, com provas índice-nariz, de indicação de Barany, de movimentos alternados e calcanhar-joelho sem alterações. Já no hemisfério direito, verifica-se alteração

nas provas ind  x-nariz e de indica  o de Barany, mas a prova calcanhar Joelho encontra-se inalterada.

Sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) dimin  da no hemicorpo direito e mantida no esquerdo. Relativamente   sensibilidade profunda, barestesia, sensibilidade cinético-postural e estereognosia mantidas; palestesia não testada.

Equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico, bem como marcha não avaliados por se encontrar em repouso no leito.

Apresenta continência de esfínteres vesical (utiliza o urinol com ajuda devido   hemiparesia   direita) e intestinal (utiliza a arrastadeira).

Finalmente, por não haver qualquer informa  o prévia em rela  o   mesma, foi aplicada a Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale), com um resultado de 9.

Escala de AVC (NIHSS)		
Parâmetros	Defini��es da Escala	Pontua��o
1a. Nível de Consciência	0 = Acordado; responde corretamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimula��o repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados) 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou auton��micas, ou sem qualquer tipo de resposta.	0
1b. NDC Questões	0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.	0
1c. NDC Ordens	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	0
2. Melhor Olhar Conjugado	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontua��o � dada quando o olhar � anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	0
3. Campos visuais	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	0

4. Paresia Facial	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).	2
5. Membros Superiores	0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 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. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito	0 (5a.)
		2 (5b.)
6. Membros Inferiores	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 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. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Inferior Esquerdo 5b. Membro Inferior Direito	0 (6a.)
		1 (6b.)
7. Ataxia de membros	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____	1
8. Sensibilidade	0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	1
9. Melhor linguagem	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso	0

	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 paciente. 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 paciente. 3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	
10. Disartria	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física; explique _____	2
11. Extinção e Desatenção	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.	0
TOTAL		9

Adaptado de: National Institute of Health, NIH Escala de AVC. Disponível em http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf

Tendo em conta que apresenta alterações na deglutição, a mesma foi avaliada com recurso à Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen).

Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen)		
1. Investigação Preliminar	SIM	NÃO
Vigília (o utente deve estar alerta nos últimos 15 minutos)	1	0
Tosse (voluntária) e/ou pigarreio (o utente deve tossir ou pigarrear 2 vezes voluntariamente)	1	0
Deglutição da saliva:		
Deglutição eficaz	1	0
Baba controlada	1	0
Alteração da qualidade vocal	0	1
TOTAL	3	
Interpretação dos resultados: 1-4: realizar investigação instrumental 5: Continuar avaliação (parte 2)		

Adaptado de Trapl et. al (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 38(11), 2948–2952. <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

Tendo em conta estes resultados, avaliação pela escala de GUSS foi dada por terminada. Seria recomendado o cliente ser alimentado por SNG e proceder-se a investigação instrumental, contudo, por ter já removido por duas vezes a SNG e recusar ser reentubado e por não se realizarem Videofluoroscopias nem Avaliações Endoscópicas da Deglutição no hospital, procedeu-se a avaliação direta da deglutição, sendo hidratado e alimentado pela boca utilizando-se consistência tipo mel.

3.1.4. Avaliação da Funcionalidade

Para a avaliação da funcionalidade utilizaram-se a Escala de Barthel, que permite atribuir ao Sr. Y uma dependência total, e a Palliative Performance Scale, que se situa nos 30%.

Escala de Barthel	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	0
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
TOALETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	0
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	0

SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	0
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	0
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10
CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	5
TOTAL	15

Adaptado de: Norma da Direção Geral da Saúde Nº 054/2011, de 27/12/2011, Assunto: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, página 13. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Escala de Barthel	
0-20	Dependência total
21-60	Dependência Severa
61-90	Dependência Moderada
91-99	Dependência muito leve
100 I	Independência

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE					
PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa

PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Adaptado de: Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2). ©Victoria Hospice Society, 2009. Disponível em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf

O Sr. Y apresenta um Score de 35 na Escala de Morse, pelo que tem Baixo Risco de Queda.

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30

4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
SCORE	35

Sem risco (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco ($\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco ($\geq$ 51 pontos).

Adaptado de: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>.

Avaliado ainda o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão por parte do Sr. Y através da Escala de Braden, sendo obtido um Score de 17, que corresponde a um baixo risco.

ESCALA DE BRADEN					
Percepção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	3
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	1
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	3
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	4
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		2
SCORE					17

Alto Risco: $\leq$ 16; Baixo Risco $\geq$ 17.

Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde Nº 017/2011, de 19/05/2011. Assunto: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q), página 4. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Escala-de-Braden.pdf>

3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

O Sr. Y encontrava-se tendencialmente tranquilo, de sorriso fácil e muito colaborante nos cuidados.

Ao surgir o diagnóstico de estenose aórtica severa, mostrou-se tranquilo e foi perentório ao recusar tratamento cirúrgico com o argumento de que prefere uma morte súbita a uma vida com progressiva dependência e aos riscos associados ao procedimento. A família (filha e genro) foi informada da decisão do cliente, demonstrando prontamente vontade de que fosse respeitada a sua vontade.

O Sr. demonstra aceitação do seu estado de saúde e aumento do grau de dependência, mantendo sempre bom humor e afabilidade com os profissionais do serviço. Contudo, por vezes apresentava alguma frustração pela dificuldade de comunicação causada pela disartria.

Apesar do agravamento dos déficits motores a 29/01/2021 pelo surgimento de hemorragia intraparenquimatosa parietal esquerda, demonstrou sempre um espírito positivo e manteve-se muito colaborante e empenhado no processo de reabilitação, referindo o desejo de melhorar a sua independência no autocuidado.

É cristão, mas não tem por hábito frequentar a igreja, quer no presente, quer no passado.

3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

O Sr. Y. ficou viúvo há 20 anos. Tem um filho e uma filha e um neto. A filha é casada com um enfermeiro do hospital. Residia sozinho até à data de internamento.

Devido às restrições impostas pelo hospital relativas à COVID-19, apenas era permitida a visita de um familiar a cada três dias (sempre o mesmo familiar, neste caso a filha), contudo, uma vez que o genro trabalha no mesmo hospital, deslocava-se também frequentemente ao serviço para o visitar, estando patente a existência de uma relação de grande proximidade e afeto entre estes três elementos.

A filha e o genro demonstraram disponibilidade imediata para apoiar o Sr. ao longo do processo de reabilitação, propondo de imediato o seu ingresso na RRCCI e, posteriormente, se necessário, contratar uma cuidadora ou deslocar-se a casa do próprio (que fica a 10 minutos de carro) e prestar todos os cuidados de que venha a necessitar, articulando entre si horários que lhes permitam fazê-lo, uma vez que o genro tem horário rotativo por turnos. Referem que o Sr. Y sempre demonstrou vontade de permanecer na sua casa e que será importante para a sua recuperação o apoio dos amigos com que costumava relacionar-se no café ao lado de casa.

O Sr. Y concluiu apenas o ensino primário. Encontra-se reformado, sendo anteriormente vinicultor. Ainda assim, continuava a manter a atividade de venda de vinho pelos estabelecimentos comerciais da ilha.

Segundo informação fornecida pelo genro, o Sr. Y habita numa zona com recursos comunitários adequados, tais como pequeno comércio, instituições públicas de saúde e boa rede de transportes, que não utilizava, uma vez que se deslocava em viatura pessoal que ele próprio conduzia. Tinha por hábito passar algum tempo livre no café ao lado de casa com os amigos, visitar os filhos e ver televisão.

Refere não ter dificuldades económicas, vivendo da sua reforma, pensão de viuvez e do comércio de vinho.

De forma a efetuar a classificação social do Sr. Y, recorreu-se à Escala de Graffar (anexo II), sendo possível concluir que se enquadra na classe social média.

3.4. CONTEXTO AMBIENTAL

De acordo com informação recolhida junto da filha e do genro, o Sr. Y reside num bairro da freguesia B do concelho 2, em casa própria, térrea e em bom estado de conservação, situada em zona residencial com saneamento básico e boas condições de habitabilidade.

A casa composta por cozinha, casa de banho (com banheira, que referem estar a envidar esforços para substituir por polibã), sala de estar e três quartos. Possui um quintal amplo. Existem dois degraus exteriores de acesso ao

caminho, mas quando questionados, negam a existência de barreiras arquitetónicas no interior da habitação.

4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Tendo por base a avaliação efetuada e descrita anteriormente, foram estabelecidos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, traçados objetivos e delineado um plano de cuidados a implementar, que posteriormente foi sujeito a avaliação.

Embora tenham existido constrangimentos associados ao agravamento do estado do cliente e cronograma de estágio, procurou-se estabelecer um plano de cuidados que fosse ao encontro das necessidades e expectativas do Sr. Y, através da promoção da independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia, prevenindo o desenvolvimento da espasticidade e instalação de incapacidades e controlando situações de agudização e de quedas, bem como melhorando a qualidade de vida, ou seja, maximizando o conforto nas suas diversas vertentes.

O plano de cuidados foi elaborado com base na linguagem CIPE, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De salientar que no início de cada sessão foi obtido o consentimento do cliente para as intervenções planeadas.

Por se tratar de um internamento longo e com diversas intercorrências, de seguida proceder-se-á à apresentação apenas dos problemas e diagnósticos estabelecidos aquando da avaliação inicial e do respetivo Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Problemas Identificados na Avaliação Inicial	Diagnósticos de Enfermagem (Segundo a CIPE, versão 2015)
- Necessita ajuda total no autocuidado: higiene, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, alimentar-se, vestir/despir. - Índice de Barthel = 15	- Autocuidado: higiene dependente em grau elevado; - Autocuidado: vestir/despir dependente em grau elevado; - Autocuidado: elevar-se dependente em grau elevado; - Autocuidado: transferir-se dependente em grau elevado; - Autocuidado: alimentar-se dependente em grau elevado; - Autocuidado: arranjar-se dependente em grau elevado;

Através da aplicação Escala Medical Research Council, verifica-se diminuição da força muscular no hemicorpo direito.	Movimento Muscular Diminuído (no hemicorpo direito)
Escala de Ashworth Modificada: 1+ à flexão, extensão, abdução e adução dos dedos da mão direita 1 à circundação e oponência do polegar da mão direita e no desvio radial e cubital do punho direito.	Espasticidade Presente na mão direita
- Apresenta paresia facial central à direita, com apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e desvio da comissura labial à esquerda. - Sem controlo salivar ou de alimentos (água espessada) à direita. - Diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do Trígémeo.	Paresia presente na face à direita
- Sem controlo salivar ou de alimentos (água espessada) à direita; - Alterações nos pares cranianos V, VII, IX, X e XII; - Escala de GUSS com pontuação de 3 na investigação preliminar; - Inicialmente entubado nasogastricamente para alimentação, mas removeu recorrentemente a SNG, hidratado e alimentado pela boca utilizando-se consistência tipo mel.	Deglutição comprometida
- Discurso pobre, utiliza palavras com poucas sílabas. Linguagem elaborada comprometida. - Apresenta disartria acentuada. Voz monocórdica e hipofónica. - Compreensão, nomeação e repetição e capacidade de leitura mantidas. - Alteração no campo da escala de AVC da NIHSS relativo à disartria.	Disartria presente
Score 35 da Escala de Morse	Baixo Risco de Queda
De acordo com a Teoria de Kolcaba, apresenta alterações nos seguintes contextos do conforto: físico (pela presença de disfagia, disartria, hemiparesia, espasticidade, paresia facial e pela dependência no autocuidado); psicoespiritual (pela necessidade de aumentar a sua independência e promover o regresso à própria casa); sociocultural (pela necessidade de melhoria da funcionalidade, autocuidado e disartria, de forma a poder satisfazer o seu desejo de continuar a morar na sua própria casa e a retomar o relacionamento com os amigos) e ambiental (pela necessidade de substituição da banheira pelo polibã e existência de degraus para o caminho).	Conforto Comprometido

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
• Autocuidado: higiene dependente em grau elevado; • Autocuidado: vestir/despir dependente em grau elevado; • Autocuidado: arranjar-se dependente em grau elevado; • Autocuidado: elevar-se dependente em grau elevado; • Autocuidado: transferir-se dependente em grau elevado; • Autocuidado: alimentar-se dependente em grau elevado;	Aumentar a independência no autocuidado: higiene, vestir/despir, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, alimentar-se.	• Realizar exame físico. • Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); • Avaliar autocuidado através de Escala de Barthel; • Promover participação nos cuidados; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho; • Referenciar para Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI); • Gerir atividade executada pelo próprio; • Executar levante progressivo; • Planear, incentivar, assistir, treinar e supervisionar o autocuidado (com recurso a estratégias de adaptação): higiene, vestir/despir, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, alimentar-se;
Avaliação		
14/01/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda parcial. Incentivado a utilizar o membro superior esquerdo para lavar o lado direito da face e do tronco e o membro superior direito, como forma de estimular a neurofacilitação propriocetiva. Ajuda total no autocuidado vestir/despir e alimentação. Mantém repouso no leito. Índice de Barthel = 15 15/01/2021: Exame físico sobreponível. Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda parcial. Incentivado novamente a utilizar o membro superior esquerdo para lavar o hemisfério direito, como forma de estimular a neurofacilitação propriocetiva. Colabora nas mobilizações no leito e no vestir/despir. Arranjo pessoal com ajuda total. Alimenta-se com ajuda parcial utilizando o membro superior afetado, com recurso a colher adaptada. Mantém-se em repouso no leito, sendo feita elevação da cabeceira a 45°. 17/01/2021: Participação no autocuidado: higiene, vestir/despir, arranjar-se e alimentar-se idêntica à do dia 15/01/2021. Exame físico sobreponível. Executado levante progressivo, tendo tolerado, com estabilidade hemodinâmica antes e após o mesmo. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático em pé. Transferência para o cadeirão com ajuda parcial e apoio bilateral de enfermeiros, efetuando carga bilateral nos membros inferiores. 18/01/2021: Efetuado treino de autocuidados: higiene, vestir/despir, arranjar-se, elevar-se, transferir-se, alimentar-se com recurso a estratégias de adaptação. Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, necessitando de ajuda total para lavar e enxugar as costas e os membros inferiores. Realiza higiene oral com dificuldade, restantes tarefas de arranjo pessoal com ajuda total. Índice de Barthel = 40 19/01/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, necessitando de ajuda total para lavar e enxugar as costas e parcial para os membros inferiores. Barbeia-se com dificuldade. Realiza higiene oral com ajuda parcial. Eleva-se e transfere-se com apoio bilateral. 20/01 Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial para lavar e enxugar as costas e os membros inferiores. Ajuda parcial para o arranjo pessoal e alimentação. Eleva-se e transfere-se com apoio unilateral. Referenciado para RRCCI; Índice de Barthel = 50		

28/01/2021: Participação no autocuidado: higiene, vestir/despir e alimentar-se sobreponível. Mais asténico, pelo que necessita de ajuda total no arranjo pessoal e apoio bilateral nos autocuidados elevar-se e transferir-se.

29/01/2021: Apresenta agravamento da hemiparesia à direita, pelo que necessita de ajuda total nos autocuidados: higiene, vestir/despir e arranjar-se, que foram prestados no leito. Apoio bilateral para elevar-se, e transferir-se. Alimenta-se com ajuda total através da mobilização passiva do membro superior direito, de forma a estimular a neuroplasticidade. Índice de Barthel=30.

31/01/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no leito, com ajuda parcial. Incentivado a utilizar o membro superior esquerdo para lavar o lado direito da face e do tronco e o membro superior direito, como forma de estimular a neurofacilitação propriocetiva. Mobilizado passivamente o membro superior direito para lavar o lado contralateral, e na alimentação, como estímulo à neuroplasticidade. Ajuda total no autocuidado vestir/despir. Mantém repouso no leito.

02/02/2021: Participação no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se sobreponível. Ajuda parcial para o vestir/despir. Colocadas meias anti trombóticas nos membros inferiores e efetuado levante para cadeirão com apoio bilateral.

06/02/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial para lavar e enxugar as costas e membros inferiores. Ajuda parcial para o arranjo pessoal, vestir/despir e alimentação (utiliza colher adaptada). Eleva-se e transfere-se com apoio unilateral. Índice de Barthel=45

09/02/2021: Participação no autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir/despir sobreponível. Ajuda parcial para alimentação (apenas para preparação do prato). Eleva-se e transfere-se com apoio unilateral.

11/02/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, necessitando de ajuda parcial para lavar e enxugar apenas as costas. Independente no arranjo pessoal. Ajuda parcial para vestir/despir e alimentação (apenas para preparação do prato). Eleva-se e transfere-se com apoio unilateral. Índice de Barthel=70. Referenciado novamente para RRCCI.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Movimento Muscular Diminuído (no hemicorpo direito)	Promover o aumento da força muscular no hemicorpo direito; Prevenir alterações músculo-esqueléticas associadas à imobilidade.	- Realizar exame físico. - Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); - Monitorizar força muscular através de escala (Escala de Força Medical Research Council); - Supervisionar o movimento muscular; - Monitorizar espasticidade através de escala (Escala de Ashworth Modificada); - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Executar técnica (de neurofacilitação propriocetiva no hemicorpo direito, antes das técnicas de exercício muscular e articular): - Estímulo de estiramento; - Tração e aproximação dos segmentos; - Estímulo visual; - Contato manual; - Comando verbal;

		• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; • Instruir e treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (Auto-mobilizações, mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas resistidas e ativas, atividades terapêuticas no leito e exercícios de fortalecimento muscular, em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal); • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
Avaliação		
14/01/2021: Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Executadas técnicas de neurofacilitação propriocetiva, com ênfase no membro superior direito. Efetuadas atividades terapêuticas no leito, encontrando-se o Sr. Y muito colaborante, sendo capaz de rolar na cama bilateralmente, realizar a ponte e efetuar automobilizações. Colocada mesa de cabeceira do lado afetado para promover a facilitação cruzada. Posicionado em decúbito dorsal em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter. 15/01/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. Mantém mesa de cabeceira do lado afetado. Posicionado em decúbito lateral esquerdo em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter. 17/01/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Executa corretamente atividades terapêuticas no leito quando instruído para tal. Consegue sentar-se na cama efetuando carga no cotovelo direito. Executado levante progressivo, com transferência para o cadeirão com ajuda parcial e apoio bilateral de enfermeiros, efetuando carga bilateral nos membros inferiores. Cadeirão posicionado de forma a que o lado afetado fique voltado para a porta da enfermaria, sendo o cliente posicionado em padrão antiespástico. Incentivado a efetuar automobilizações no cadeirão ao longo do turno. 18/01 Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos corporais. Cliente muito colaborante e motivado. Incentivado a realizar exercício de ponte na cama durante o turno da tarde. 19/01: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na cabeça e pescoço e escapulo-umeral direita. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua duas séries de 5 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com ajuda bilateral. 20/01 Força muscular 5/5 (Escala MRC) a nível do cotovelo direito. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua duas séries de 5 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com ajuda unilateral. 28/01/2021: Força muscular 4/5 (Escala MRC) no antebraço e punhos direitos. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Colabora no posicionamento em padrão antiespástico no cadeirão. 29/01/2021: O Sr. Y encontra-se vígil e orientado auto alopsiquicamente, contudo apresenta um agravamento da diminuição da força no hemicorpo direito (força muscular 1/5 na mão, 2/5 no antebraço e cotovelo 3/5 na escapulo-umeral, cabeça e pescoço e todos os segmentos do membro inferior – Escala MRC). Sem alterações na escala de Ashworth Modificada em relação a avaliações anteriores. Mantém disartria. Anisocoria com midríase à direita. Feitas		

mobilizações passivas e ativas-assistidas no leito nos vários segmentos do hemicorpo direito. Posicionado em decúbito dorsal no leito em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter.
31/01/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Executa corretamente atividades terapêuticas no leito quando instruído para tal. Posicionado em decúbito lateral esquerdo no leito em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter.

02/02/2021: Força muscular 4/5 na cabeça e pescoço, escapulo-umeral e membro inferior direito; 3/5 no antebraço e cotovelo direitos e 2/5 na mão (Escala MRC). Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas assistidas e ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua uma série de 5 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com ajuda bilateral. Posicionado em padrão antiespástico no cadeirão.

06/02/2021: Força muscular 4/5 (Escala MRC) no antebraço e cotovelo direitos. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua uma série de 10 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com ajuda unilateral. Assistido a posicionar-se em padrão antiespástico no cadeirão.

09/02/2021: Força muscular 4/5 no membro inferior direito e 3/5 na mão direita (Escala MRC). Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua duas séries de 10 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com ajuda unilateral.

11/02/2021: Força muscular 4/5 (Escala MRC) no antebraço e cotovelo direitos. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Efetua duas séries de 10 exercícios de ponte e de “posição sentado para de pé” com apoio de tripé.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Espasticidade Presente na mão direita	Reduzir a espasticidade existente e prevenir o agravamento do padrão espástico; Aumentar a funcionalidade da mão direita.	- Monitorizar espasticidade através de escala (Escala de Ashworth Modificada); - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Assistir no posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido e ativo resistido; - Incentivar a executar exercícios muscular e articular; - Elogiar participação; - Elogiar desempenho;
Avaliação		
14/01/2021: Monitorizada espasticidade através da Escala de Ashworth Modificada, apresentando as seguintes alterações: Grau 1 na rotação e flexão lateral direita da cabeça e pescoço e circundação dos dedos e oposição do polegar da mão direita; Grau 1+ na flexão, extensão, abdução e adução dos dedos da mão direita. Cliente abordado pelo lado afetado. Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Colocada mesa de cabeceira do lado afetado para promover a facilitação cruzada. Posicionado em decúbito dorsal em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter. 15/01/2021: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Cliente abordado pelo lado afetado. Reproduzidas intervenções do dia anterior. Mantém mesa de cabeceira do lado afetado. Posicionado em decúbito lateral esquerdo em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter.		

17/01/2021: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Cadeirão posicionado de forma a que o lado afetado fique voltado para a porta da enfermaria, sendo o cliente posicionado em padrão antiespástico. Incentivado a efetuar automobilizações no cadeirão ao longo do turno.

18/01 Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos corporais. Cliente posicionado em padrão antiespástico no cadeirão, cumprindo posicionamento.

19/01: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

20/01 Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos corporais. Cliente assistido a posicionar o membro superior direito em padrão antiespástico no cadeirão.

28/01/2021: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Colabora no posicionamento em padrão antiespástico no cadeirão.

29/01/2021: O Sr. Y encontra-se vígil e orientado auto alopsiquicamente, contudo apresenta um agravamento da diminuição da força no hemicorpo direito, mas sem alterações na escala de Ashworth Modificada em relação a avaliações anteriores. Feitas mobilizações passivas e ativas-assistidas no leito nos vários segmentos do hemicorpo direito. Posicionado em decúbito dorsal no leito em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter.

31/01/2021: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas-assistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal. Executa corretamente atividades terapêuticas no leito quando instruído para tal. Posicionado em decúbito lateral esquerdo no leito em padrão antiespástico, que foi incentivado a manter.

02/02/2021: Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas assistidas e ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Posicionado em padrão antiespástico no cadeirão.

06/02/2021: Monitorizada espasticidade através da Escala de Ashworth Modificada, grau 0 na rotação e flexão lateral direita da cabeça e pescoço, sobreponível nos restantes movimentos. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito. Assistido a posicionar-se em padrão antiespástico no cadeirão.

09/02/2021: Monitorizada espasticidade através da Escala de Ashworth Modificada, com as seguintes alterações em relação à avaliação de 06/03/2021: grau 1 na oponência do polegar, flexão, extensão, abdução, adução e circundação dos dedos da mão direita. Realizadas mobilizações ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito.

11/02/2021 Avaliação da Espasticidade pela Escala de Ashworth Modificada sobreponível. Realizadas mobilizações ativas e ativas-resistidas em todos os segmentos do hemicorpo direito.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Paresia presente na face à direita	Reduzir a paresia na face à direita.	- Vigiar paresia; - Aplicar frio; - Dar dispositivo auxiliar (espelho) à pessoa; - Executar técnica de massagem; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Supervisionar a pessoa no mastigar;

Avaliação

14/01/2021: Apresenta paresia facial central à direita, com apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e desvio da comissura labial à esquerda. Sem controlo salivar ou de alimentos (água espessada) à direita. Diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do Trígémeo. Paresia facial de grau 2 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHSS).

15/01/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo, por forma a promover a estimulação sensorial. Fornecido espelho e realizados exercícios de “sorrir” e “expressão de surpresa”.

17/01: Paresia facial à direita sobreponível. Fornecido espelho e realizado exercício de “sorrir” e “franzir a testa”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo.

18/01/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Aquando do treino de autocuidado: higiene e arranjo pessoal na casa de banho instruído a massajar o lado direito da face. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo.

19/01/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “expressão de surpresa”, “franzir a testa”, “soprar” e “espichar o lábio inferior”. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo.

20/01/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “fazer caretas”, e “preensão de espátula de madeira entre os lábios”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo.

28/01/2021: Mantém paresia facial central à direita, com apagamento mais discreto do sulco nasogeniano ipsilateral e menor desvio da comissura labial à esquerda em relação à avaliação anterior. Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do Trígémeo. Paresia facial de grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHSS).

29/01/2021: Apesar do agravamento da hemiparesia à direita, sem alterações aparentes a nível da paresia facial.

31/01/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “expressão de surpresa”, “franzir a testa”, “soprar” e “espichar o lábio inferior”. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo.

02/02/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “expressão de surpresa”, “franzir a testa”, “soprar” e “espichar o lábio inferior”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo.

06/02/2021: Melhor controlo salivar e de alimentos à direita, embora mantenha paresia facial central à direita. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “expressão de surpresa”, “franzir a testa”, “soprar” e “espichar o lábio inferior”. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo.

09/02/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Autónimo na realização dos exercícios de treino da musculatura facial ao espelho, necessitando apenas de ser instruído a iniciá-los.

11/02/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Autónimo na realização dos exercícios de treino da musculatura facial ao espelho.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Deglutição comprometida	Melhorar a capacidade de deglutição; Prevenir complicações da disfagia;	- Vigiar estado de consciência [Escala de Coma de Glasgow] - Avaliar capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição (através da escala de GUSS); - Planear dieta; - Gerir regime dietético;

		• Assistir a posicionar para refeição; • Assistir no alimentar; • Vigiar refeição; • Vigiar a deglutição; • Avaliar capacidade para executar exercícios de deglutição; • Instruir e treinar sobre exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar); • Avaliar capacidade para usar técnicas de deglutição; • Instruir e treinar técnica de deglutição (técnica de consistência adaptada, técnica postural: rotação da cabeça para o lado afetado e técnica sensorial); • Elogiar aprendizagem;
Avaliação		
14/01/2021: Avaliado estado de consciência pela Escala de Glasgow, com score de 15. Apresenta alterações nos pares cranianos V, VII, IX, X e XII, traduzida por paresia facial central à direita, com apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e desvio da comissura labial à esquerda; diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do Trígemeo; ausência de controlo salivar ou de alimentos (água espessada) à direita; reflexo de vômito diminuído; úvula hipotónica e com desvio para a esquerda; palato mole assimétrico, mais elevado à esquerda; discreta atrofia da língua à direita; à protusão da língua ligeiro desvio para a esquerda, com movimentos de lateralidade da mesma mantidos; presença de estase salivar moderada na fossa piriforme; voz hipofónica. Apresenta sinais de disfagia aquando da ingestão de líquidos (tosse, rubor facial e inexistência de controlo salivar). Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo resultado da investigação preliminar foi de 3. Tendo em conta estes resultados, avaliação pela escala de GUSS foi dada por terminada. Seria recomendado o cliente ser alimentado por SNG e proceder-se a investigação instrumental, contudo, por ter já removido por duas vezes a SNG e recusar ser reentubado e por não se realizarem Videofluoroscopias nem Avaliações Endoscópicas da Deglutição no hospital, procedeu-se a avaliação direta da deglutição: líquidos finos provocam tosse e diminuição de SpO2 de 3%; néctar provoca tosse e odinofagia; mel e pudim: pigarro tardio. Opta-se por utilizar consistência tipo mel, de acordo com a vontade expressa pelo mesmo em não ser entubado e as preferências alimentares. 15/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Mantém disfagia para líquidos, ingerindo água com espessante com consistência tipo mel. Alimenta-se de dieta cremosa sem sinais de disfagia. Instruído sobre técnicas de deglutição (técnica de consistência adaptada, técnica postural: rotação da cabeça para o lado afetado e técnica sensorial). Alimenta-se com ajuda parcial da totalidade da dieta utilizando o membro superior afetado, com recurso a colher adaptada. 17/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado quando instruído para tal. 18/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Instruído sobre exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar), que executa com dificuldade. Incentivado à hidratação oral. Bebeu dois copos de água com espessante, com consistência tipo mel. Alimenta-se de dieta cremosa sem sinais de disfagia. Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado quando instruído para tal.		

19/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Executa com alguma dificuldade os exercícios de deglutição sobre os quais foi instruído no dia anterior. Mantém ingestão de água com espessante, com consistência tipo mel e de dieta cremosa. Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado por iniciativa própria.

20/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Assistido na alimentação. Menor dificuldade na execução dos exercícios de deglutição que no dia anterior.

28/01/2021: Mantém paresia facial central à direita, com apagamento mais discreto do sulco nasogeniano ipsilateral e menor desvio da comissura labial à esquerda em relação à avaliação anterior. Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do Trígémeo. Parésia facial de grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHSS). Restante avaliação sobreponível. Executa com sucesso os exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar).

29/01/2021: Apesar do agravamento da hemiparesia à direita, avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se com ajuda total através da mobilização passiva do membro superior direito. Ingere dieta cremosa e água com espessante, consistência tipo mel.

31/01/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Mobilizado passivamente o membro superior direito na alimentação. Executa com sucesso os exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar). Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado por iniciativa própria.

02/02/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Mantém ingestão de água com espessante, com consistência tipo mel e de dieta cremosa.

06/02/2021: Melhor controlo salivar e de alimentos à direita, embora mantenha paresia facial central à direita. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo resultado da investigação preliminar foi de 5, pelo que se avançou para o teste de deglutição: semissólido com Score 5, avançando-se para avaliação com líquido; líquido com Score 4 por presença de tosse involuntária. Ainda assim, cliente manifesta forte desejo de provar comida sólida, pelo que se efetua teste com sólido (pão), mas apresenta dificuldade em mastigar, deglutição atrasada, tosse involuntária e alteração na qualidade da voz, pelo que se opta por manter dieta cremosa e hidratação com água espessada, consistência tipo mel. Ajuda parcial para alimentação (utiliza colher adaptada).

09/02/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Executa com sucesso os exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar). Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado por iniciativa própria. Ajuda parcial para alimentação (apenas para preparação do prato).

11/02/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Ajuda parcial para alimentação (apenas para preparação do prato). Executa com sucesso os exercícios de deglutição (exercício de resistência muscular: lábios, língua, e palato mole e exercícios de controlo do bolo alimentar). Executa técnica de rotação da cabeça para o lado afetado por iniciativa própria.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Disartria presente	Melhorar a disartria; Melhorar a comunicação.	- Avaliar Capacidade para Comunicar através da Fala; - Executar técnica de treino do discurso; - Incentivar a comunicar através da fala; - Otimizar a comunicação;
Avaliação		

14/01/2021: Disartria grave; voz muito arrastada e tendencialmente ininteligível, classificada com grau 2 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS).

15/01/2021: Mantém disartria grave. Incentivado a comunicar através da fala e a treinar função de fonação e ressonância (“aaaah”), dos lábios (“pa” “pa” “pa”), da língua (“ta” “ta” “ta”) e da laringe posterior (“ca” “ca” “ca”).

17/01/2021: Disartria sobreponível. Mantido treino de discurso à semelhança do que foi feito no dia 15/01/2021. Incentivado a tossir, pigarrear e tossir, colaborando.

18/01/2021: Disartria sobreponível. Incentivado a articular pausadamente as palavras e a dar ênfase a palavras-chave adequadas às suas necessidades, sendo bem-sucedido.

19/01/2021: Disartria sobreponível. Efetuada terapia fisiológica com recurso a bocejo, suspiro, e utilização de som nasal e vibrante. Mantém-se muito motivado e é capaz de iniciar alguns exercícios do treino de discurso por iniciativa própria.

20/01/2021: Mantém-se muito colaborante, demonstrando alguma frustração quando não consegue verbalizar o que deseja. Estimulado a verbalizar algumas palavras e nomear objetos ao longo do treino de autocuidados, sendo capaz de o fazer algumas vezes de modo perceptível.

28/01/2021: Disartria sobreponível. Mantido treino da função de fonação e ressonância (“aaaah”), dos lábios (“pa” “pa” “pa”), da língua (“ta” “ta” “ta”) e da laringe posterior (“ca” “ca” “ca”). Incentivado a articular pausadamente as palavras e a dar ênfase a palavras-chave adequadas às suas necessidades, sendo bem-sucedido.

29/01/2021: Apesar do agravamento da hemiparesia à direita, sem alterações a nível da disartria, mantendo grau 2 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS).

31/01/2021: Disartria sobreponível. Incentivado a articular pausadamente as palavras e a dar ênfase a palavras-chave adequadas às suas necessidades, sendo bem-sucedido.

02/02/2021: Discreta melhoria da disartria, com discurso mais perceptível que nos dias anteriores, articulando palavras como “olá”, “até já” e “adeus”. Estimulado a verbalizar algumas palavras e nomear objetos ao longo do treino de autocuidados.

06/02/2021: Discurso mais perceptível, com maior número de palavras utilizadas. Estimulado a verbalizar palavras e nomear objetos ao longo do treino de autocuidados e a tentar elaborar frases curtas.

09/02/2021: Apresenta uma melhor expressão oral e articulação das palavras. Elabora frases curtas e simples. Nomeia objetos e fases do autocuidado.

11/02/2021: Melhoria significativa a nível da fala. Disartria classificada com grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS).

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Baixo Risco de Queda	Prevenir a ocorrência de quedas.	- Avaliar Risco de Queda através da Escala de Morse; - Ensinar sobre prevenção de quedas no hospital e no domicílio; - Executar medidas de segurança (utilização de calçado antiderrapante, baixar a cama, manter ao alcance do cliente campainha e objetos pessoais); - Elevar grades da cama; - Gerir e supervisionar atividade do cliente; - Otimizar ambiente físico;

Avaliação

14/01/2021: Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 35 (baixo risco); realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar (incentivado a pedir ajuda e a cumprir repouso no leito); mantidas grades da cama elevadas e objetos pessoais e campainha ao seu alcance;

15/01/2021: Validados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Cumpre repouso no leito, sem tentativas de auto-levantar e utiliza a campainha (que mantém ao seu alcance junto com os objetos pessoais) para pedir ajuda. Mantidas grades da cama elevadas.

17/01/2021: Realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas aquando da permanência no cadeirão (incentivado a pedir ajuda e a evitar movimentos bruscos e flexão anterior do tronco); mantidos objetos pessoais e campainha ao seu alcance.

18/01/2021: Realizados ensinamentos sobre a importância da utilização de calçado antiderrapante, que possui e é utilizado nas transferências. No cadeirão mantém controlo postural do tronco, evita flexão anterior do mesmo e pede ajuda através da campainha, que mantém ao seu alcance. Sem tentativas de auto-levantar.

19/01/2021: Validados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

20/01 Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 85 (alto risco); quando se encontra no quarto apoia-se no mobiliário e no enfermeiro para deambular. Incentivado a pedir ajuda para transferências e deambulação, o que cumpre. No cadeirão mantém controlo postural do tronco, evita flexão anterior do mesmo. Mantém objetos pessoais e campainha ao seu alcance.

28/01/2021: Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 65 (alto risco). Validados ensinamentos sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

29/01/2021: Indicação para repouso no leito. Retoma soroterapia. Reavaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 35 (baixo risco). Incentivado a pedir ajuda e a cumprir repouso no leito; mantida cama baixa e com grades elevadas; objetos pessoais e campainha ao seu alcance.

31/01/2021: Cumpre repouso no leito, sem tentativas de auto-levantar e utiliza a campainha (que mantém ao seu alcance junto com os objetos pessoais) para pedir ajuda. Mantida cama baixa e com elevação de grades.

02/02/2021: Retoma levantar. Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 55 (alto risco). Reforçados ensinamentos sobre prevenção de quedas aquando da permanência no cadeirão (incentivado a pedir ajuda e a evitar movimentos bruscos e flexão anterior do tronco); mantém objetos pessoais e campainha ao seu alcance.

06/02/2021: Inicia treino de marcha com tripé. Reavaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 50 (baixo risco). Utiliza calçado antiderrapante e solicita apoio/supervisão para todas as atividades. Mantida cama baixa. Objetos pessoais e campainha ao seu alcance.

09/02/2021: De acordo com informação recolhida junto da filha e do genro, o Sr. Y reside numa casa térrea sem barreiras arquitetónicas no interior, à exceção da banheira, que referem estar a envidar esforços para substituir por polibã. Existem dois degraus exteriores de acesso ao caminho. Realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas no domicílio (incentivados a remover tapetes existentes na habitação). Cliente inicia treino de subir/descer escadas.

11/02/2021: Avaliado o Risco de Queda através da Escala de Morse = 40 (baixo risco). Mantém treino de subir/descer escadas. Validados Ensinamentos.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Conforto Comprometido	Melhorar o Conforto.	Avaliar conforto (nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba, nomeadamente através da escala PPS);

		• Incentivar apoio da família; • Promover apoio da família; • Gerir alta; • Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba) • Promover independência no autocuidado; • Otimizar conforto • Promover esperança; • Demonstrar disponibilidade;
Avaliação		
14/01/2021: Avaliada Funcionalidade através da PPS= 30%. Índice de Barthel = 15. Escala de AVC da National Institute of Health (NHIS)= 9. Escala de Morse = 35 (baixo risco); Disartria classificada com grau 2 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHIS). 15/01/2021: Recebe visita do genro, que se mostra preocupado com o quadro clínico, sobre o qual são dadas informações. Agendada visita da filha para dia 17/01/2021 às 17h00. O Sr. Y mostra-se tranquilo e sorri perante a chegada do genro. 17/01/2021: Tem visita hoje da filha às 17h00. Colaborante nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Sorri após levantar. 18/01/2021: Demonstra satisfação com visita da filha no dia anterior. Índice de Barthel = 40. 19/01/2021: Recebe visita do genro. Cliente muito colaborante dentro das suas capacidades e motivado para a Reabilitação. Agendada visita da filha e do genro para o dia seguinte. 20/01/2021: Índice de Barthel = 50; Escala de Morse = 85 (alto risco); Avaliada Funcionalidade através da PPS= 50%. Recebe visita da filha e do genro, com os quais é discutido o plano de reabilitação e o futuro do Sr. Y após alta hospitalar. Estes demonstraram disponibilidade imediata para apoiar o Sr. Y ao longo do processo de reabilitação, propondo de imediato o seu ingresso na RRCCI e, posteriormente, se necessário, contratar uma cuidadora ou deslocar-se a casa do próprio (que fica a 10 minutos de carro) e prestar todos os cuidados de que venha a necessitar, articulando entre si horários que lhes permitam fazê-lo, uma vez que o genro tem horário rotativo por turnos. Referem que o Sr. Y sempre demonstrou vontade de permanecer na sua casa e que será importante para a sua recuperação o apoio dos amigos com que costumava relacionar-se no café ao lado de casa. Referenciado para RRCCI. 28/01/2021: Escala de Morse = 65 (alto risco). O Sr. Y mantém-se muito empenhado no processo de reabilitação. Recebeu visita do genro, que se refere estar muito satisfeito com os progressos do sogro. 29/01/2021: Agravamento dos deficits motores, com diminuição progressiva da força do hemisfério direito, com hemiparesia de predomínio crural e plegia da mão. TAC Craneoencefálico revela hemorragia intraparenquimatosa parietal esquerda. Índice de Barthel=30. Escala de Morse = 35 (baixo risco). Dado conhecimento telefonicamente ao genro do agravamento do quadro clínico, que o vem visitar e presta apoio ao Sr. Y, incentivando-o a manter-se otimista em relação à recuperação. 31/01/2021: Recebeu visita da filha ontem. Mantém-se motivado para a reabilitação e de fâcias tranquilo e sorriso fácil. 02/02/2021: Escala de Morse = 55 (alto risco). Agendada visita da filha para o dia seguinte. 06/02/2021: Índice de Barthel=45; Risco de Queda através da Escala de Morse = 50 (baixo risco). Refere entusiasmo com a visita da filha ao final do dia. 09/02/2021: Recebe visita da filha e genro, que são abordados em relação a barreiras arquitetónicas e medidas preventivas de quedas no domicílio, demonstrando iniciativa para efetuar substituição de banheira por polibã. Mantém interesse em que o Sr. ingresse na RCCI para dar continuidade ao plano de Reabilitação, no qual continua francamente empenhado.		

11/02/2021: Avaliada Funcionalidade através da PPS= 60%. Índice de Barthel=70; Escala de AVC da National Institute of Health (NHSS)= 6. Escala de Morse = 40 (baixo risco); Referenciado novamente para RRCCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos - Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II série - nº9, 61-67.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 61-225). Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. Doi:/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. Doi:10.1097/00002727-199602000-00009
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In SJ Peterson & TS Bredow (Eds.) *Middle Range Theories. Application to nursing research and practice* (pp.196-211), 4ª edição. China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

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

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Organização Mundial da Saúde (2003). Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

Anexo I – Aplicação da Escala de Glasgow

Escala de Glasgow	
Abertura Ocular	4- Espontânea
	3- À voz
	2- À dor
	1- Nenhuma
Resposta Verbal	5- Orientada
	4 - Confusa
	3 - Palavras inapropriadas
	2- Palavras incompreensíveis
	1-Nenhuma
Resposta Motora	6- Obedece a comandos
	5 - Localiza a dor
	4 - Movimento de Retirada
	3. Flexão Anormal
	2- Extensão Anormal
	1-Nenhuma
SCORE	
15	

Anexo II – Aplicação da Escala de Graffar

ESCALA DE GRAFFAR	
Pontuação	1. Profissão
1	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
4	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).
5	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).
Pontuação	2. Nível de Instrução
1	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.
2	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.
3	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.
4	Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
Pontuação	3. Rendimento Familiar
1	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).
2	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).
3	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregados de Estado, Governos Cíveis ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).
4	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.

5	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	
Pontuação	4. Conforto da Habitação	
1	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto	
2	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis	
3	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	
Pontuação	5. Aspeto do Bairro Habitado	
1	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
2	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável	
4	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5	Bairros de lata.	
TOTAL		
17		
Pontuação		
Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13	Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17	Média
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21	Média Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25	Baixa (pobre)

Adaptado de <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/TESTE-GRAFFAR.pdf>

Apêndice 4 – Estudo de Caso III



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso III

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral em Situação Paliativa
numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso III

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral em Situação Paliativa
numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Nádia Garcia Soares N°9571

Orientador Clínico: Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM	Artéria Cerebral Média
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Ex.	Exemplo
IMC	Índice de Massa Corporal
MID	Membro Inferior Direito
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MRC	Escala de Força Medical Research Council
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
PO	<i>Per Os</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
RRCCI	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SNG	Sonda Nasogástrica
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE.....	3
2. HISTÓRIA DE SAÚDE.....	4
2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA).....	4
2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP).....	7
2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA	8
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
3.1. CONTEXTO FÍSICO	9
3.1.1. Exame Físico Geral	9
3.1.2. Avaliação da Função Respiratória	10
3.1.3. Avaliação da Função Neurológica	10
3.1.4. Avaliação da Funcionalidade	17
3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	21
3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL	21
3.4. CONTEXTO AMBIENTAL	22
4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	1
Anexo I – Aplicação da Escala de Glasgow.....	2
Anexo II – Aplicação da Escala de Graffar.....	4

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração de um estudo de caso enquadrado na unidade curricular de Estágio com Relatório, incluída no 3º semestre do curso do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O seu objetivo é dar seguimento ao Projeto desenvolvido para o Ensino Clínico, cujo tema é a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da Pessoa em Situação Paliativa”, efetuando a apresentação do caso de um cliente com Acidente Vascular Cerebral em situação paliativa em contexto de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), descrevendo a avaliação efetuada por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a elaboração e implementação de um plano de cuidados especializado e respetiva análise de resultados.

O referencial teórico utilizado será, uma vez mais, e à semelhança do que aconteceu no projeto desenvolvido, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que postula que os clientes experienciam necessidades de conforto em situações de stress relacionadas com o estado de saúde (Kolcaba, 1995, p.288). O conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido por ter satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psíquico, sociocultural e ambiental) e é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 1992 in Kolcaba, 2017, p. 198). A experiência holística do conforto é desenvolvida através de três estados: alívio (experiência vivenciada pelo cliente a quem foi satisfeita uma dada necessidade de conforto); tranquilidade (estado de calma ou satisfação) e transcendência (estado em que se ultrapassa um problema ou dor, sentindo a pessoa que tem capacidade de planeamento e controlo sobre o seu destino e de resolução de problemas) (Kolcaba & Kolcaba, 1991 in Kolcaba, 2017, p.198; Apóstolo, 2009, p.66) e deriva de quatro contextos: físico (relacionado com mecanismos de homeostasia e sensações corporais); psíquico (relacionado com a consciência interna de si, incluindo estima, sexualidade e significado na vida de outrem ou com uma entidade superior); sociocultural (que

compreende as relações e tradições interpessoais, familiares e sociais e financeiras) e ambiental (relacionado com o contexto externo da experiência humana, incluindo luminosidade, ruído, ambiente, temperatura e elementos naturais e sintéticos) (Kolcaba, 2017, p.198).

O Ensino clínico decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), um serviço pertencente à Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores e que permite internamentos de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração, sob orientação clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Tiago Romeiro.

Tendo em conta que o Sr. Y (assim tratado de forma assegurar a proteção de dados), de 81 anos, acerca do qual foi feito um Estudo de Caso (Estudo de Caso II) no contexto de estágio anterior (o Serviço de Medicina Interna do Hospital) se encontrava em internamento de Média Duração e Reabilitação na UCCI, considerou-se que seria pertinente elaborar novamente um Estudo de Caso acerca do mesmo num contexto diferente, pois permitiria dar continuidade ao trabalho iniciado anteriormente e avaliar os ganhos para a pessoa em situação paliativa em contextos distintos e ao longo do tempo.

Assim, e relembrando o que foi apresentado no Estudo de Caso II, o Sr, Y sofreu a 10 de janeiro de 2021 um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média (ACM) esquerda, sendo diagnosticada ao longo do internamento no hospital estenose aórtica severa, que por decisão do próprio não será sujeita a tratamento cirúrgico, mas sim paliativo. Trata-se de um cliente viúvo, anteriormente autónomo nas Atividades de Vida Diária (AVD), residindo sozinho. Foi transferido do hospital para a UCCI a 22 de fevereiro de 2021 para dar continuidade ao processo de reabilitação.

Os dados apresentados foram recolhidos a partir do conhecimento prévio adquirido do cliente no contexto hospitalar, da consulta do seu processo clínico na UCCI e de informações recolhidas junto do mesmo e da família. A Avaliação e Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação dizem respeito ao período em que decorreu o Ensino Clínico na UCCI: 28 de abril a 08 de junho de 2021.

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

DADOS GERAIS	
NOME	Y
IDADE	81 anos
GÉNERO	Masculino
ESTADO CIVIL	Viúvo
PROFISSÃO	Reformado. Anteriormente era vinicultor.
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Freguesia B do concelho 2
RESIDÊNCIA HABITUAL	Freguesia B do concelho 2
AGREGADO FAMILIAR	Vivia sozinho. Tem dois filhos e um neto. Após a alta irá residir na sua casa com a companhia do filho.
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL (HDA)

Recurso a cuidados de saúde: o único internamento de que há registo diz respeito ao internamento no hospital entre 10 de janeiro e 22 de fevereiro de 2021, motivado por AVC da ACM esquerda. Seguido anualmente em consulta pela Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde do Concelho 2. Diagnosticado em 2017 pela Cardiologia com cardiopatia valvular com estenose aórtica moderada, sem seguimento posterior em consulta.

Motivo de internamento: internado na UCCI na tipologia de Internamento de Média Duração e Reabilitação para reabilitação após AVC.

Diagnósticos Médicos que motivaram o Internamento: AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda com posterior hemorragia intraparenquimatosa parietal esquerda; Estenose aórtica severa.

Evolução durante o internamento Hospitalar: internado entre 10/01/2021 e 22/02/2021 no hospital, aonde recorreu por hemiparesia à direita e disartria. Embora a TAC Craneoencefálica inicial não apresentasse alterações, foi confirmado posteriormente por Ressonância Magnética Cerebral um AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda. A 11/01/2021 surge paresia facial central à direita, disartria e disfagia para líquidos, sendo colocada Sonda Nasogástrica (SNG) para alimentação, que retira recorrentemente, pelo que a 14/01/2021, a seu pedido, não volta a ser colocada, iniciando alimentação pela boca, embora mantenha disfagia para líquidos.

A 13/01/2021 começa plano de Enfermagem de Reabilitação e Terapia da Fala. Realiza ECG - ritmo sinusal.

A ECG efetua Ecocardiografia Transtorácica (estenose valvular aórtica de grau severo - Válvula aórtica calcificada com abertura reduzida, sem fugas) e Eco Doppler dos vasos do pescoço (placas bilateralmente, sem repercussão hemodinâmica).

Em repouso no leito até então, inicia a 17/01/2021 levante para cadeirão, apresentando episódio de crise tónico-clónica de curta duração quando se

encontrava na cadeira sanitária, pelo que iniciou Levetiracetam 1 g PO duas vezes ao dia.

A 19/01/2021 efetua EEG (ritmo de base posterior discretamente lento indicando alteração cerebral difusa de grau ligeiro; atividade lenta descontínua frontocentral e parietotemporal esquerda indicando alteração funcional focal nestas regiões), estabelecendo-se o diagnóstico médico de provável epilepsia vascular periférica. É observado pela Cardiologia, recusando tratamento cirúrgico de estenose aórtica severa, com conhecimento da família. Opta-se por tratamento paliativo. Retoma então plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação sem restrições, encontrando-se muito colaborante na mesma.

Contudo, a 29/01/2021, surge um agravamento dos déficits motores, com diminuição progressiva da força do hemicorpo direito, com hemiparesia de predomínio crural e plegia da mão. Realiza então TAC Craneoencefálica, que revela "Hemorragia intraparenquimatosa (38 x 22.6 mm) parietal esquerda, circundada por hipodensidade (edema) parenquimatosa, alterações estas condicionando incipiente desvio das estruturas da linha média e ligeiro efeito de massa no ventrículo lateral homolateral. Enfarte hemorrágico do território da artéria cerebral média esquerda. Pequena hipodensidade nuclear direita, a relacionar com enfarte isquémico lacunar não recente." Cumpre repouso no leito durante 5 dias (onde mantém Reabilitação com a Enfermagem de Reabilitação) e suspende antiagregação e anticoagulação durante três semanas, associando colocação de meias de contenção elástica nos membros inferiores.

A 03/02/2021 retoma levante e mantém planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação até à alta a 22/02/2021.

Últimos resultados Laboratoriais disponíveis (20/02/2021):

Parâmetros	Hb	Plaquetas	Gama-GT	Ureia	Creatinina	PCR
Resultados	14,0 g/dL	172 10 ³ /μL	95 UI/L	45 mg/dL	0,71 mg/dL	0,5 mg/L

Tipo de encaminhamento: transferido a 22/02/2021 para a UCCI.

2.2. HISTÓRIA DE DOENÇA PREGRESSA (HDP)

Antecedentes pessoais: hipertensão, dislipidémia, alcoolismo, hiperplasia benigna da próstata, cardiopatia valvular com estenose aórtica severa, provável epilepsia vascular periférica e obesidade. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Hábitos / Estilos de Vida: alcoolismo crónico, não sendo possível quantificar os hábitos. Embora já reformado, vendia ainda vinho por toda a ilha, pelo que tinha por hábito a sua ingestão diária nas deslocações aos estabelecimentos dos clientes.

2.3. HISTÓRIA TERAPÊUTICA

Medicação habitual no domicílio prévia ao AVC:

- Furosemida 40 mg PO, em jejum
- Clopidogrel 75 mg PO, ao jantar
- Silodosina 8 mg PO, ao jantar
- Atorvastatina 20 mg PO, ao jantar
- Perindopril 8 mg PO, em jejum

Terapêutica atual na UCCI:

- Furosemida 20 mg PO, em jejum
- Ácido Acetilsalicílico 100 mg PO, ao almoço
- Silodosina 8 mg PO, ao pequeno-almoço
- Atorvastatina 40 mg PO, ao jantar
- Perindopril 2 mg PO, em jejum
- Levetiracetam 1000 mg PO, ao pequeno almoço e ao jantar
- Zolpidem 10 mg PO, ao deitar

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em seguida descrever-se-á a avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação realizada junto do Sr. Y no dia 30/04/2021 (dia do primeiro contato estabelecido com o mesmo na UCCI), dividida em quatro categorias, de acordo com os quatro contextos de conforto definidos pelo Modelo de Kolcaba: físico; psicoespiritual; sociocultural e ambiental.

3.1. CONTEXTO FÍSICO

3.1. Exame Físico Geral

O Sr. Y aparenta idade semelhante à real. Pele e mucosas coradas e de aspeto seco, contudo com turgor normal, sem evidência de prega cutânea. Sem edemas ou alterações da integridade cutânea.

Encontrava-se sentado no cadeirão do seu quarto, com bom controle postural aparente. Vígil, tranquilo à abordagem, sorriso fácil. Comunica verbalmente de forma espontânea, embora apresente disartria moderada.

Apresenta todos os segmentos corporais. Não utiliza próteses dentárias ou oculares. Abdómen volumoso, mas mole e depressível, não doloroso. Sem massas palpáveis.

Apetite mantido, apresentando deglutição alterada para sólidos. Tem um peso atual de 93 Kg, altura de 1,60m, sendo o IMC = 36,3 kg/m², o que corresponde a obesidade severa.

SINAIS VITAIS	Temperatura (°C)	36,5
	Frequência Cardíaca (b/min)	80
	Frequência Respiratória (c/min)	18
	SpO2 (% e condições de medição)	95% em ar ambiente
	Tensão Arterial (mmHg)	131/55
	Dor (Escala Numérica)	0

3.2. Avaliação da Função Respiratória

O Sr. Y apresenta tórax do tipo normal, ventilação espontânea, simétrica, com padrão predominantemente misto, regular, com amplitude normal, em ar ambiente, sem tiragem, hipocratismo digital ou sinais de cianose periférica. Apresenta cansaço a médios esforços, necessitando de descansar durante a realização dos autocuidados.

Sem tosse ou expetoração. Nega dispneia ou toracalgia.

Expansibilidade e frémito toraco-vocal globalmente mantidos. À percussão som claro pulmonar.

À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios.

3.3. Avaliação da Função Neurológica

O Sr. Y encontra-se calmo, muito colaborante nos cuidados e empenhado no processo de reabilitação, sendo a sua capacidade de comunicação por vezes condicionada pela disartria, nomeadamente quando tenta produzir enunciados mais longos, o que se traduz em sinais de frustração.

No que concerne ao estado mental, encontra-se vígil, orientado auto e alopsíquicamente, com tenacidade, concentração e memória sensorial, imediata, recente e remota mantidas.

Aplicada Escala de Glasgow com valor obtido de 15 (anexo I).

No que concerne à linguagem, fala espontânea. Apresenta disartria moderada. Produz de forma inteligível saudações, expressões coloquiais e palavras isoladas. Linguagem elaborada comprometida. Voz monocórdica e tendencialmente hipofónica. Cumpre ordens simples e complexas, pelo que a compreensão se encontra mantida. Nomeação, repetição e capacidade de leitura igualmente mantidas. Escrita comprometida, não sendo legível quando tenta escrever o próprio nome, uma vez que é destro e apresenta diminuição da força do hemicorpo à direita e alteração da preensão fina.

Relativamente às capacidades práxicas, gestos simbólicos e icónicos transitivos e intransitivos sem alterações bilateralmente.

Sem rotação ou inclinação da cabeça e pescoço, dirigindo o olhar para o lado afetado e integrando-o no esquema corporal, respondendo igualmente a estímulos tácteis e obedecendo a comandos que envolvam o mesmo. Como tal, sem evidências sugestivas de negligência hemiespacial unilateral.

Avaliados os pares cranianos, conforme consta da tabela seguinte:

Par Craniano		Avaliação	
I - Olfativo		Sem alterações da perceção dos cheiros.	
II – Ótico		Testada a acuidade visual por exame de confrontação, sem alterações. Reflexo de ameaça visual mantido. Sem défices campimétricos.	
III – Oculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo		Ambas as pupilas com cerca de 3 mm, circulares, simétricas. Apresenta isocoria. Sem alterações dos movimentos conjugados do globo ocular (oftalmoparesias); simétricos.	
V – Trigêmeo	Divisão Oftálmica	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Mantida bilateralmente.
	Divisão Maxilar	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Mantida bilateralmente.
	Divisão mandibular	Sensibilidade Táctil	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Térmica	Diminuída à direita.
		Sensibilidade Dolorosa	Mantida bilateralmente.
	Reflexo córneo-palpebral	Presente.	
	Movimentos de Mastigação	Sem alterações.	
VII – Facial		Apresenta paresia facial central à direita, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e discreto desvio da comissura labial à esquerda. Controlo salivar e de alimentos ligeiramente diminuído à direita. Capacidade de reconhecimento de sabores nos dois terços anteriores da língua mantida.	
VIII – Vestíbulo-Coclear	Divisão Coclear	Sem alterações da acuidade auditiva.	
	Divisão Vestibular	Apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico. Teste de Romberg sem alterações. Teste de Babinski-Weil alterado, ou seja, possui equilíbrio em pé estático, mas não dinâmico.	

Par Craniano	Avaliação
IX – Glossofaríngeo X- Vago	Sem alterações no reconhecimento dos sabores no terço posterior da língua. Reflexo de vômito mantido. Úvula ligeiramente hipotónica e com discreto desvio para a esquerda. Palato mole assimétrico, mais elevado à esquerda; presença de estase salivar ligeira. Voz tendencialmente hipofónica. Sem sinais de disfagia aquando da ingestão de líquidos, mas presentes na ingestão de sólidos (deglutição atrasada e tosse).
XI- Espinhal	Sem rotação ou inclinação da cabeça e pescoço. Sem depressão da escapulo-umeral à direita. Força muscular do trapézio e esternocleidomastóideo à direita mantida.
XII- Grande Hipoglosso	Desvio subtil da úvula para a esquerda. Discreta atrofia da língua à direita. Presença de estase salivar ligeira na fossa piriforme. À protusão da língua ligeiro desvio para a esquerda. Movimentos de lateralidade da mesma mantidos.

A nível da motricidade, a força muscular foi avaliada com recurso à Escala Medical Research Council:

Escala Medical Research Council	
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Já a espasticidade foi avaliada pela escala de Ashworth Modificada:

Escala Ashworth Modificada	
0	Nenhum aumento da resistência;
1	Ligeiro aumento da resistência (seguido por relaxamento ou resistência mínima no final da amplitude de movimento);
1+	Ligeiro aumento da resistência (seguido por uma resistência mínima ao longo de menos de metade da amplitude de movimento);
2	Resistência durante a maior parte da amplitude de movimento;
3	Forte resistência; movimento passivo é difícil;
4	Flexão ou extensão rígida.

O resultado das avaliações da força muscular e espasticidade foi compilado na tabela seguinte:

Avaliação da Força e Tónus Muscular										
Segmento Movimento	Cabeça e Pescoço	Membro Superior Direito					Membro Inferior Direito			
		Escápulo- Umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- Femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	5/5 0	5/5 0	5/5 0		4/5 0	4/5 0	5/5 0	5/5 0		
Extensão	5/5 0	5/5 0	5/5 0		4/5 0	4/5 0	5/5 0	5/5 0		
Flexão Lateral Esquerda	5/5 0									
Flexão Lateral Direita	5/5 0									
Rotação para Direita	5/5 0									
Rotação para Esquerda	5/5 0									
Rotação Interna		5/5 0					5/5 0			
Rotação Externa		5/5 0					5/5 0			
Adução		5/5 0				4/5 0	5/5 0			
Abdução		5/5 0				4/5 0	5/5 0			
Desvio Radial					4/5 0					
Desvio Cubital					4/5 0					
Supinação				5/5 0						
Pronação				5/5 0						
Circundação					4/5 0	4/5 0				
Oponência do Polegar						4/5 0				
Flexão Plantar										5/5 0
Flexão Dorsal										5/5 0
Inversão										5/5 0
Eversão										5/5 0

Legenda: Canto Superior Esquerdo: Força Muscular (Escala MRC); Canto Inferior Direito: Espasticidade (Escala de Ashworth Modificada)

Salienta-se que por no hemisfério esquerdo apresentar força muscular 5/5 na escala MRC e não apresentar espasticidade, da tabela constam apenas as restantes avaliações destes parâmetros.

A amplitude articular não foi avaliada por não existir goniómetro no serviço.

Sem deficits de coordenação, com provas indéx-nariz, de indicação de Barany, de movimentos alternados e calcanhar Joelho sem alterações bilateralmente.

Quanto à sensibilidade superficial, as sensibilidades tátil e térmica encontram-se diminuídas no hemicorpo direito e mantidas no esquerdo; sensibilidade dolorosa mantida em ambos. Relativamente à sensibilidade profunda, barestesia, sensibilidade cinético-postural, estereognosia e palestesia mantidas.

No que concerne ao equilíbrio, Teste de Romberg e Babinski.Weil sem alterações. Recorreu-se ainda ao Índice de Tinetti de forma a avaliar mais detalhadamente o equilíbrio e a marcha, obtendo-se um score total de 28.

TESTE DE TINETTI		
EQUILÍBRIO ESTÁTICO NA CADEIRA		Pontuação
Equilíbrio Sentado	Inclina- se ou desliza na cadeira	0
	Inclina- se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	1
	Estável, seguro	2
Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	1
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2
Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1
	Estável sem qualquer tipo de ajudas	2
Equilíbrio em Pé com os Pés Paralelos	Instável	0
	Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	1
	Pés próximos e sem ajudas	2
Pequenos Desequilíbrios na Mesma Posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	Começa a cair	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1
	Estável	2

Fechar os Olhos na Mesma Posição	Instável		0
	Estável		1
Volta de 360° (2 vezes)	Instável (agarra-se, vacila)		0
	Estável, mas dá passos descontínuos		1
	Estável e passos contínuos		2
Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto		0
	Aguenta 5 segundos de forma estável		1
Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância		0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso		1
	Seguro, movimento harmonioso		2
SCORE			16
EQUILÍBRIO DINÂMICO - MARCHA			Pontuação
Início da Marcha (imediatamente após o sinal de partida)	Hesitação ou várias tentativas para iniciar		0
	Sem hesitação		1
Largura e Altura do Passo	Pé Esquerdo	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
		Ultrapassa o pé direito em apoio	1
		O pé esquerdo não perde completamente o contato com o solo	0
		O pé esquerdo eleva-se completamente do solo	1
	Pé Direito	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
		Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	1
		O pé direito não perde completamente o contato com o solo	0
		O pé direito eleva-se completamente do solo	1
Simetria do Passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico		0
	Comprimento do passo aparentemente simétrico		1
Continuidade do Passo	Para ou dá passos descontínuos		0
	Passos contínuos		1
Percurso de 3m (previamente marcado)	Desvia-se da linha marcada		0
	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha		1
	Sem desvios e sem ajudas		2

Estabilidade do Tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
	Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	1
	Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	2
Base de Sustentação durante a Marcha	Calcanhares muito afastados	0
	Calcanhares próximos, quase se tocam	1
SCORE		12
SCORE TOTAL		28

Adaptado de Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjYib2sx4vxhUEYsAKHdwLB1sQFjACegQIGBAE&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Finclude2%2Fdownload.php%3Fid_ficheiro%3D20538%26codigo%3D688697509&usg=AOvVaw3wpuOWHShdzt1Sn3o5RziG

Apresenta continência de esfíncteres vesical e intestinal, sendo autónomo na utilização da casa de banho. Utiliza cueca fralda durante a noite apenas para proteção.

Foi aplicada a Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS – National Institute of Health Stroke Scale), com um resultado de 4.

Escala de AVC (NHISS)		
Parâmetros	Definições da Escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência	0 = Acordado; responde corretamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados) 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	0
1b. NDC Questões	0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.	0
1c. NDC Ordens	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	0
2. Melhor Olhar Conjugado	0 = Normal. 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 paresia total do olhar conjugado.	0

	2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	
3. Campos visuais	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	0
4. Paresia Facial	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).	1
5. Membros Superiores	0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 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. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito	0 (5a.)
		0 (5b.)
6. Membros Inferiores	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 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. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Inferior Esquerdo 5b. Membro Inferior Direito	0 (6a.)
		0 (6b.)
7. Ataxia de membros	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____	0
8. Sensibilidade	0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	1

9. Melhor linguagem	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma 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 paciente. 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 paciente. 3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	0
10. Disartria	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física; explique _____	1
11. Extinção e Desatenção	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.	0
TOTAL		3

Adaptado de: National Institute of Health, NIH Escala de AVC. Disponível em http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf

Tendo em conta que apresenta alterações na deglutição, a mesma foi avaliada com recurso à Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen).

ESCALA DE GUSS (GUGGING SWALLOWING SCREEN)		
1. Investigação Preliminar	SIM	NÃO
Vigília (o utente deve estar alerta nos últimos 15 minutos)	1	0
Tosse (voluntária) e/ou pigarreio (o utente deve tossir ou pigarrear 2 vezes voluntariamente)	1	0
Deglutição da saliva:		
Deglutição eficaz	1	0
Baba controlada	1	0
Alteração da qualidade vocal	0	1

TOTAL			5
Interpretação dos resultados: 1-4: realizar investigação instrumental 5: Continuar avaliação (parte 2)			
2. Teste de Deglutição (material: água, água com espessante até uma espessura de pudim, pão)			
Avaliar na seguinte ordem:	1	2	3
	Semissólido (administrar ½ colher de água com espessante. Se não existirem sintomas, administrar 5 colheres e registar)	Líquido (administrar 3, 5, 10 e 20 ml de água. Se não existirem sintomas administrar 50 ml. Avaliar e parar investigação se se verificar algum sintoma)	Sólido (administrar um pedaço de pão. Avaliar e registar se algum sintoma se verificar)
Deglutição:			
• Deglutição impossível	0	0	0
• Deglutição atrasada	1	1	1
• Deglutição eficaz	2	2	2
Tosse involuntária (antes, durante ou depois, até 3 minutos)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Baba:			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Alteração da qualidade vocal:			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
TOTAL	5	5	3
Interpretação dos resultados:	1-4: realizar investigação instrumental; 5: continuar para Líquidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: continuar para Sólidos	1-4: realizar investigação instrumental; 5: Deglutição normal
TOTAL da Investigação Preliminar e Teste de Deglutição:			18

Adaptado de Trapl et. al (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 38(11), 2948–2952. Doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933

Tendo em conta estes resultados, opta-se por manter dieta pastosa e líquidos sem espessante. É acompanhado também pela Terapia da Fala.

3.4. Avaliação da Funcionalidade

Para a avaliação da funcionalidade utilizaram-se a Escala de Barthel, que permite atribuir ao Sr. Y uma dependência moderada, e a Palliative Performance Scale, que se situa nos 60%.

ESCALA DE BARTHEL	
Atividades	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	5
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	15
TOALETE 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	10
BANHO 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	15
SUBIR E DESCER ESCADAS 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	10
VESTIR/DESPIR 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	10
CONTROLO INTESTINAL 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10

CONTROLO URINÁRIO 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	10
TOTAL	85

Adaptado de: Norma da Direção Geral da Saúde Nº 054/2011, de 27/12/2011, Assunto: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, página 13. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Escala de Barthel	
0-20	Dependência total
21-60	Dependência Severa
61-90	Dependência Moderada
91-99	Dependência muito leve
100 I	Independência

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE					
PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão

		atividades; doença extensa			
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Adaptado de: Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2). ©Victoria Hospice Society, 2009. Disponível em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf

O Sr. Y apresenta um Score de 15 na Escala de Morse, pelo que não apresenta Risco de Queda.

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
SCORE	15

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).

Adaptado de: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Avaliado ainda o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão por parte do Sr. Y através da Escala de Braden, sendo obtido um Score de 23, que corresponde a um baixo risco.

ESCALA DE BRADEN					
Perceção Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	4
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	4
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	4
Forças de Deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		3
SCORE					23

Alto Risco: ≤ 16 ; Baixo Risco ≥ 17 .

Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde Nº 017/2011, de 19/05/2011. Assunto: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q), página 4. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Escala-de-Braden.pdf>

3.2. CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

O Sr. Y encontrava-se tranquilo, de sorriso fácil, comunicação espontânea e muito colaborante nos cuidados. Capaz de manter conversação, apesar de condicionada pela disartria, o que lhe causa alguma frustração.

Bem-humorado e afável com toda a equipa multidisciplinar, com quem estabelece uma relação próxima. Muito empenhado no processo de reabilitação, sobretudo no que concerne ao treino de autocuidados, demonstrando vontade de se tornar independente nas AVD e AIVD. Toma iniciativa de se dirigir ao

ginásio da instituição nos horários estabelecidos para as sessões de fisioterapia e terapias da fala e ocupacional.

Mantém-se sereno em relação ao diagnóstico de estenose aórtica severa, demonstrando aceitação do seu estado de saúde e assertividade na recusa de tratamento cirúrgico, com a justificação de que uma morte súbita é preferível a uma vida com progressiva dependência e aos riscos associados à cirurgia. A família respeita a sua vontade.

Refere sentir saudades de casa e da família devido à impossibilidade de estabelecer contato físico com a mesma pelas restrições de visitas impostas. O seu objetivo passa por investir na reabilitação, de forma a retornar ao domicílio com a maior brevidade possível e com o máximo de independência que conseguir.

É cristão, mas não tem por hábito frequentar a igreja, quer no presente, quer no passado.

3.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

O Sr. Y. ficou viúvo há 20 anos. Tem um filho e uma filha e um neto. O seu genro é enfermeiro. Residia sozinho até à data de internamento.

Devido às restrições impostas pela Direção Regional da Saúde relativas à COVID-19, apenas era permitida a visita de dois familiares, uma vez por semana, durante 15 minutos, através de separação de acrílico e sujeita a agendamento. Ainda assim, está patente uma relação de grande proximidade e afeto entre estes e o Sr. Y menciona recorrentemente a família, que se mostra muito disponível durante os contatos telefónicos com a equipa multidisciplinar.

Os filhos e o genro encontram-se muito recetivos a apoiá-lo ao longo do processo de reabilitação, incentivando a sua permanência na UCCI o tempo necessário para maximizar a sua recuperação.

O Sr. Y sempre demonstrou vontade de permanecer na sua casa e a família reconhece a importância disso mesmo e do apoio dos amigos com que costumava relacionar-se no café ao lado de casa. Como tal, após a alta da UCCI, o Sr. Y regressará à sua casa, que passará a ser partilhada com o filho solteiro, que deixará a casa que alugava para viver com o pai.

Caso necessite ainda de apoio para as AVD no momento da alta, serão a filha e o genro a prestar esse apoio, deslocando-se a casa do próprio (que fica a 10 minutos de carro), articulando entre si horários que lhes permitam fazê-lo, uma vez que o genro tem horário rotativo por turnos.

O Sr. Y concluiu apenas o ensino primário. Encontra-se reformado, sendo anteriormente vinicultor. Ainda assim, continuava a manter a atividade de venda de vinho pelos estabelecimentos comerciais da ilha.

Segundo informação fornecida pelo genro durante o internamento hospitalar e corroboradas pelo Sr. Y, este habita numa zona com recursos comunitários adequados, tais como pequeno comércio, instituições públicas de saúde e boa rede de transportes, que não utilizava, uma vez que se deslocava em viatura pessoal que o próprio conduzia. Tinha por hábito passar algum tempo livre no café ao lado de casa com os amigos, visitar os filhos e ver televisão.

Refere não ter dificuldades económicas, vivendo da sua reforma, pensão de viuvez e do comércio de vinho, que na sua ausência é assegurado pelo filho.

De forma a efetuar a classificação social do Sr. Y, recorreu-se à Escala de Graffar (anexo II), sendo possível concluir que se enquadra na classe social média.

3.4. CONTEXTO AMBIENTAL

O Sr. Y reside num bairro da freguesia B do concelho 2, em casa própria, térrea e em bom estado de conservação, situada em zona residencial com saneamento básico e boas condições de habitabilidade.

A casa composta por cozinha, casa de banho (anteriormente com banheira, que se encontra a ser substituída por polibã), sala de estar e três quartos. Possui um quintal amplo. Existem dois degraus exteriores de acesso ao caminho, mas o Sr. Y e família negam a existência de barreiras arquitetónicas no interior da habitação.

4. PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Partindo da avaliação efetuada e exposta anteriormente, estabeleceram-se diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, traçando-se objetivos e delineando um plano de cuidados a implementar, que posteriormente foi sujeito a avaliação.

Procurou-se utilizar os diversos recursos existentes na UCCI e estabelecer um plano de cuidados que fosse ao encontro das necessidades e expectativas do Sr. Y, através da promoção da independência no autocuidado, funcionalidade e autonomia, capacitando-o para retomar as AVD e regressar ao domicílio, prevenindo situações de agudização e de quedas, otimizando a comunicação e melhorando a qualidade de vida, ou seja, maximizando o conforto nas suas diversas vertentes.

O plano de cuidados foi elaborado com base na linguagem CIPE, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De salientar que no início de cada sessão foi obtido o consentimento do cliente para a implementação das intervenções planeadas.

Seguir-se-á, então, a apresentação dos problemas e diagnósticos estabelecidos e do respetivo Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Problemas Identificados na Avaliação Inicial	Diagnósticos de Enfermagem (Segundo a CIPE, versão 2015)
- Necessita ajuda parcial no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se. - Índice de Barthel = 85	- Autocuidado: higiene dependente em grau reduzido; - Autocuidado: alimentar-se dependente em grau reduzido; - Autocuidado: arranjar-se dependente em grau reduzido;
Através da aplicação Escala Medical Research Council, verifica-se diminuição da força muscular na mão direita.	Movimento Muscular Diminuído (na mão direita)
- Apresenta paresia facial central à direita, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e discreto desvio da comissura labial à esquerda; - Paresia facial de grau 1 na Escala de AVC NHSS;	Paresia presente na face à direita

• Controlo salivar e de alimentos ligeiramente diminuído à direita; • Diminuição da sensibilidade tátil e térmica nas três divisões do Trígémeo.	
• Controlo salivar e de alimentos ligeiramente diminuído à direita; • Alterações nos pares cranianos V, VII, IX, X e XII; • Escala de GUSS com pontuação de 13 no teste de deglutição (alterada para alimentos sólidos).	• Deglutição comprometida
• Disartria de grau 1 na Escala de AVC NHISS; • Produz de forma inteligível saudações, expressões coloquiais e palavras isoladas; • Linguagem elaborada comprometida; • Voz monocórdica e tendencialmente hipofónica; • Compreensão, nomeação e repetição e capacidade de leitura mantidas.	• Disartria presente
• De acordo com a Teoria de Kolcaba, apresenta alterações nos seguintes contextos do conforto: físico (pela presença de disfagia para sólidos, disartria, parestesia da mão direita, disgrafia, parestesia facial e pela dependência no autocuidado); psicoespiritual (pela saudade que refere ter da família e do domicílio e pela necessidade de aumentar a sua independência); sociocultural (pela necessidade de melhoria da funcionalidade, autocuidado e disartria, de forma a poder satisfazer o desejo de regressar ao domicílio e retomar o relacionamento com os amigos) e ambiental (pela necessidade de substituição da banheira pelo polibã, que já se encontra a decorrer; possível necessidade de adquirir produtos de apoio ao autocuidado, tais como banco de higiene; e pela existência de degraus para o caminho).	• Conforto Comprometido

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
- Autocuidado: higiene dependente em grau reduzido; - Autocuidado: alimentar-se dependente em grau reduzido; - Autocuidado: arranjar-se dependente em grau reduzido;	Tornar o cliente independente no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se.	- Realizar exame físico. - Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); - Avaliar autocuidado através de Escala de Barthel; - Promover participação nos cuidados; - Elogiar participação; - Elogiar desempenho; - Gerir atividade executada pelo próprio; - Planear, incentivar, treinar e supervisionar o autocuidado (com recurso a estratégias de adaptação): higiene, arranjar-se, alimentar-se; - Ensinar, instruir e treinar técnica de autocuidado com conservação de energia; - Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar (banho de higiene, lâmina de barbear, escova de dentes e talheres adaptados);
Avaliação		
03/05/2021: Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial para lavar a região dorsal e os membros inferiores. Necessita de efetuar diversas pausas para descansar. Ajuda parcial no autocuidado: arranjo pessoal (necessita de ajuda para barbear o lado afetado e completar a lavagem dos dentes) e alimentação (colocar os alimentos na colher quando o prato se encontra quase vazio). Índice de Barthel = 85. 04/05/2021: Participação no autocuidado: higiene, arranjar-se e alimentar-se idêntica à do dia anterior. Exame físico sobreponível. Fornecido banco de higiene para realizar cuidados de higiene, barbear-se e escovar os dentes com conservação de energia. 05/05/2021: Efetuado treino de autocuidados: higiene, arranjar-se, elevar-se e alimentar-se com recurso a estratégias de adaptação. Cuidados de higiene e conforto prestados no duche, com ajuda parcial, sentado no banco de higiene, sendo fornecida esponja de cabo longo, que utiliza para lavar os membros inferiores e região dorsal com ajuda parcial. Adaptadas lâmina de barbear e escova de dentes através de esponja, de forma a adquirirem cabos grossos. Fornecida colher de cabo grosso para alimentação. 06/05/2021: Mantém treino de autocuidados: higiene, arranjar-se, elevar-se e alimentar-se com recurso a estratégias de adaptação. Toma banho sem ajuda sentado no banco de higiene, utilizando esponja de cabo longo para lavar os membros inferiores e a região dorsal. Barbeia-se e escova os dentes com ajuda parcial com recurso a lâmina de barbear e escova de dentes adaptadas. Ligeira melhoria no manuseio da colher de cabo longo. 07/05/2021: Autônomo na higiene com recurso a estratégias de adaptação. Mantém treino de arranjo pessoal e utilização de colher de cabo grosso. Índice de Barthel= 90. 10/05/2021: Autônomo no autocuidado higiene e na escovagem dos dentes com recurso a estratégias de adaptação. Mantém treino de barbear. Sem dificuldade na utilização de colher de cabo grosso. 11/05/2021: Participação nos autocuidados sobreponível. Mantém treino. 12/05/2021: Autônomo na higiene, barbear e escovagem dos dentes com recurso a estratégias e material adaptados. Continua a utilizar a colher adaptada, mas foi acompanhado ao ginásio da instituição, iniciando treino de utilização de garfo e faca de cabo grosso. 13/05/2021: Participação nos autocuidados sobreponível. Inicia treino de uso de colher adaptada em dieta pastosa, apresentando dificuldade ligeira em colocar os alimentos na		

mesma quando o prato se encontra mais vazio. Mantém treino de utilização de garfo e faca adaptados no ginásio.

14/05/2021: Autónimo na higiene e arranjo pessoal com recurso a estratégias e material adaptados. Mantém treino de utilização de talheres adaptados. Índice de Barthel= 95.

17/05/2021: Sem dificuldades em utilizar a colher de cabo grosso com dieta moída. Mantém treino de utilização de garfo e faca de cabo grosso no ginásio.

18/05/2021: Inicia treino de utilização de garfo e faca adaptados com dieta moída. Apresenta alguma dificuldade em colocar os alimentos no garfo quando o prato se encontra mais vazio.

25/05/2021: Franca melhoria na utilização de talheres adaptados com dieta moída. Inicia treino de utilização dos mesmos com dieta partida.

26/05/2021: Mantém treino de manuseamento de talheres adaptados com dieta partida e inicia treino de motricidade fina com alimentos no ginásio.

27/05/2021: Mantém treino de manuseamento de talheres adaptados com dieta partida e de motricidade fina com alimentos no ginásio. Motivado para utilizar brevemente talheres não adaptados.

28/05/2021: Utiliza sem dificuldade talheres adaptados com dieta partida. Inicia treino de utilização de talheres não adaptados e de motricidade fina com alimentos no ginásio.

31/05/2021: Mantém treino de utilização de talheres não adaptados e de motricidade fina no ginásio.

01/06/2021: Inicia treino de utilização de talheres não adaptados com dieta geral partida. Alguns alimentos caem do prato, mas termina a refeição com pouca ajuda.

02/06/2021: Mantém treino de utilização de talheres não adaptados com dieta geral partida. Por vezes com alguma dificuldade em colocar a salada no garfo.

04/06/2021: Mantém treino de utilização de talheres não adaptados com dieta geral partida.

07/06/2021: Alimenta-se sem ajuda de dieta geral partida utilizando talheres não adaptados. Refere sentir-se orgulhoso (sic).

08/06/2021: Autónimo nas atividades de vida diária. Índice de Barthel= 100.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções
Movimento Muscular Diminuído (na mão direita)	Promover o aumento da força muscular na mão direita;	- Realizar exame físico. - Monitorizar sinais vitais e SpO2 (antes e após a realização da sessão); - Monitorizar força muscular através de escala (Escala de Força Medical Research Council); - Supervisionar o movimento muscular; - Monitorizar espasticidade através de escala (Escala de Ashworth Modificada); - Assistir a executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; - Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir e treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (Auto-mobilizações, mobilizações ativas e ativas resistidas e exercícios de fortalecimento muscular, em todos os segmentos da mão direita, do distal para o proximal);

		• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo e ativo-resistido; • Elogiar participação; • Elogiar desempenho;
Avaliação		
03/05/2021: Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Executadas técnicas de neurofacilitação propriocetiva, com ênfase na mão direita. Instruído a, quando em repouso, posicionar a mão em padrão antiespástico. 04/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 05/05/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Instruído sobre automobilizações dos membros superiores a realizar ao longo do dia. Cliente muito colaborante e motivado. Incentivado a, quando em repouso, posicionar a mão em padrão antiespástico. 06/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 07/05/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Executa de forma autónoma automobilizações dos membros superiores e quando em repouso toma iniciativa de colocar a mão em padrão anti-espástico. 10/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) em todos os movimentos do punho direito. Sem alterações na escala de Ashworth Modificada em relação a avaliações anteriores. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. 11/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 12/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 13/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na circundação dos dedos e oposição do polegar da mão direita. Restante exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 14/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 17/05/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Executa de forma autónoma automobilizações dos membros superiores e quando em repouso toma iniciativa de colocar a mão em padrão anti-espástico. Instruído sobre exercício de fortalecimento muscular dos dedos da mão com elásticos que deve realizar ao longo do dia. 18/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. Realiza por iniciativa própria exercício de fortalecimento muscular dos dedos da mão com elásticos. 25/05/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Executa de forma autónoma automobilizações dos membros superiores e exercício de fortalecimento muscular dos dedos da mão com elásticos e quando em repouso toma iniciativa de colocar a mão em padrão anti-espástico. Instruído sobre exercício de fortalecimento muscular dos dedos da mão através da colocação e retirada de molas da roupa em tapete de atividades. 26/05/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Acompanhado ao ginásio, onde realiza fortalecimento muscular dos dedos da mão através de exercício com molas da roupa em tapete de atividades. 27/05/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior. 28/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na flexão e extensão dos dedos da mão direita. Restante exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.		

31/05/2021: Exame físico sobreponível.

01/06/2021: Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Acompanhado ao ginásio, onde realiza fortalecimento muscular dos dedos da mão através de exercício com molas da roupa em tapete de atividades.

02/06/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

04/06/2021: Exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão.

07/06/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na adução dos dedos da mão direita. Sem alterações na escala de Ashworth Modificada em relação a avaliações anteriores. Restante exame físico sobreponível. Realizadas mobilizações ativas em todos os segmentos do hemicorpo direito, do distal para o proximal e ativas-resistidas a nível da mão. Acompanhado ao ginásio, onde realiza fortalecimento muscular dos dedos da mão através de exercício com molas da roupa em tapete de atividades.

08/06/2021: Exame físico sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções
Paresia presente na face à direita	Reduzir a paresia na face à direita.	- Vigiar paresia; - Aplicar frio; - Dar dispositivo auxiliar (espelho) à pessoa; - Executar técnica de massagem; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; - Supervisionar a pessoa no mastigar;
Avaliação		
03/05/2021: Apresenta paresia facial central à direita, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e discreto desvio da comissura labial à esquerda. Controlo salivar e de alimentos ligeiramente diminuído à direita. Diminuição da sensibilidade táctil e térmica nas três divisões do Trígémeo. Paresia facial de grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS). Encontra-se a ser acompanhado pela terapia da fala 3 vezes por semana. 04/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo, por forma a promover a estimulação sensorial. Fornecido espelho e realizados exercícios de “unir as sobrancelhas” e “enrugar a testa”. 05/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Fornecido espelho e realizado exercício de “elevar as sobrancelhas” e “fechar os olhos abruptamente”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo. 06/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Aquando do treino de autocuidado: higiene e arranjo pessoal na casa de banho instruído a massajar o lado direito da face. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo. 07/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “unir as sobrancelhas”, “enrugar a testa”, “elevar as sobrancelhas” e “fechar os olhos abruptamente”. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo. 10/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar” e “depressão do lábio inferior”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo. 11/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.		

12/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “estalar, protrair, lateralizar e retrain os lábios”. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo.

13/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho dos exercícios de “segurar uma espátula entre os lábios protraídos e em repouso”. Aplicado gelo na área relativa às três divisões do Trígémeo.

14/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Assistido na realização ao espelho do exercício de “beber pela palhinha”.

17/05/2021: Mantém paresia facial central à direita, com apagamento mais discreto do sulco nasogeniano ipsilateral e menor desvio da comissura labial à esquerda em relação à avaliação anterior. Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade térmica nas três divisões do Trígémeo. Parésia facial de grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS).

18/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Autónimo na realização dos exercícios de treino da musculatura facial ao espelho, necessitando apenas de ser instruído a iniciá-los.

26/05/2021: Paresia facial à direita sobreponível. Autónimo na realização dos exercícios de treino da musculatura facial ao espelho após instruído a efetuá-los.

28/05/2021: Paresia facial central à direita sobreponível. Mantém realização de exercícios faciais ao espelho com supervisão. Massajada área relativa às três divisões do Trígémeo.

04/06/2021: Parésia facial de grau 0 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS). Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade térmica nas três divisões do Trígémeo.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Deglutição comprometida	Melhorar a capacidade de deglutição; Prevenir complicações da disfagia;	- Vigiar estado de consciência [Escala de Coma de Glasgow] - Avaliar capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição (através da escala de GUSS); - Planear dieta; - Gerir regime dietético; - Vigiar refeição; - Vigiar a deglutição; - Avaliar capacidade para executar exercícios de deglutição; - Instruir e treinar sobre exercícios de deglutição (exercícios para resistência muscular: lábios, língua, e palato mole, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios de mobilidade laríngea e manobras posturais); - Avaliar capacidade para usar técnicas de deglutição; - Instruir e treinar técnica de deglutição (manobras compensatórias da via aérea); - Elogiar aprendizagem;
Avaliação		
03/05/2021: Avaliado estado de consciência pela Escala de Glasgow, com score de 15. Apresenta alterações nos pares cranianos V, VII, IX, X e XII, traduzidas por paresia facial central à direita, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral e discreto desvio da comissura labial à esquerda. Controlo salivar e de alimentos ligeiramente diminuído à direita. Diminuição da sensibilidade tátil e térmica nas três divisões do Trígemeo. Sem alterações no reconhecimento dos sabores no terço posterior da língua. Reflexo de vômito mantido. Úvula ligeiramente hipotónica e com discreto desvio para a esquerda. Palato mole assimétrico, mais elevado à esquerda. Discreta atrofia da língua à direita e à protusão com ligeiro desvio para a esquerda, embora os movimentos de lateralidade se encontrem mantidos. Presença de estase salivar ligeira na fossa piriforme. presença de estase salivar ligeira. Voz tendencialmente hipofónica. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo score total foi de 18: a investigação preliminar obteve resultado de 5, pelo que se procedeu ao teste de deglutição, que se destacou pela ausência de sinais de disfagia aquando da ingestão de líquidos e semilíquidos, mas pela sua presença na ingestão de sólidos (deglutição atrasada e tosse). Tendo em conta estes resultados, opta-se por manter dieta pastosa e líquidos sem espessante. É acompanhado também pela Terapia da Fala. 04/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Instruído sobre exercícios de deglutição (exercícios para resistência muscular para aumentar a força dos lábios, língua, e palato mole). 05/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Realiza exercícios de deglutição (exercícios para resistência muscular para aumentar a força dos lábios, língua, e palato mole) com alguma dificuldade após instruído para tal. 06/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Realiza exercícios de deglutição (exercícios para resistência muscular para aumentar a força dos lábios, língua, e palato mole) sem dificuldade após instruído para tal.		

07/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Instruído sobre exercícios de deglutição (exercícios de controlo do bolo alimentar).

10/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (exercícios de controlo do bolo alimentar).

11/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Instruído sobre exercícios de deglutição (exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea e proteger a mesma e exercícios de mobilidade laríngea).

12/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea e proteger a mesma e exercícios de mobilidade laríngea).

13/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Instruído sobre exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea).

14/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta cremosa e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea).

17/05/2021: Mantém paresia facial central à direita, com apagamento mais discreto do sulco nasogeniano ipsilateral e menor desvio da comissura labial à esquerda em relação à avaliação anterior. Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade térmica nas três divisões do Trigémeo. Restante avaliação sobreponível. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo score total foi de 19, com destaque para a presença apenas de tosse após a ingestão de sólidos. Tendo em conta estes resultados, e em consonância com a Terapeuta da Fala e a vontade do cliente, opta-se por progredir dieta para moída, com líquidos sem espessante. Mantém exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea).

18/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta moída e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea).

25/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea). Em consonância com a Terapeuta da Fala e a vontade do cliente, progride dieta para partida, com líquidos sem espessante.

26/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Realizada reeducação diafragmática global na posição de sentado e ortostática e ensino da tosse (tosse dirigida, assistida e assistida modificada).

27/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

31/05/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta partida e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Realiza com sucesso exercícios de deglutição (manobras compensatórias da via aérea). Executada reeducação diafragmática global na posição de sentado e ortostática e ensino da tosse (tosse dirigida, assistida e assistida modificada).

01/06/2021: Avaliação da deglutição sobreponível. Alimenta-se da totalidade da dieta partida e ingere líquidos sem sinais de disfagia. Reproduzidas intervenções do dia anterior.

04/06/2021: Parésia facial de grau 0 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHSS). Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Mantém diminuição da sensibilidade térmica nas três divisões do Trigémeo. Restante avaliação sobreponível. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo score total foi de 20.

07/06/2021: Alimenta-se sem ajuda e sem sinais de disfagia de dieta geral partida utilizando talheres não adaptados.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções
Disartria presente	Melhorar a disartria; Melhorar a comunicação.	- Avaliar capacidade para comunicar através da fala; - Executar técnica de treino do discurso; - Incentivar a comunicar através da fala; - Otimizar a comunicação;
Avaliação		
03/05/2021: Disartria moderada, classificada com grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS). Voz arrastada, podendo ser entendido com alguma dificuldade. Emite saudações e frases curtas simples, embora com uma certa imprecisão na articulação verbal. É possível estabelecer conversas simples com o mesmo com ajuda do interlocutor sobre assuntos familiares. 04/05/2021: Disartria sobreponível. Incentivado a comunicar através da fala e a treinar função de fonação e ressonância (“aaaah”), dos lábios (“pa” “pa” “pa”), da língua (“ta” “ta” “ta”) e da laringe posterior (“ca” “ca” “ca”). 05/05/2021: Mantém disartria moderada. Dada continuidade ao treino de discurso do dia anterior. Incentivado a tossir, pigarrear e tossir, colaborando. Estimulado a nomear objetos ao longo do treino de autocuidados. 06/05/2021: Mantém-se muito colaborante, demonstrando alguma frustração quando não consegue verbalizar o que deseja. Incentivado a articular pausadamente as palavras e a dar ênfase a palavras-chave. Nomeia objetos e fases do autocuidado. 07/05/2021: Disartria sobreponível. Efetuada terapia fisiológica com recurso a bocejo, suspiro, e utilização de som nasal e vibrante. 10/05/2021: Disartria sobreponível. Mantém-se muito motivado e é capaz de iniciar alguns exercícios do treino de discurso por iniciativa própria. Dada continuidade à terapia fisiológica. 13/05/2021: Disartria sobreponível. Efetuado treino de nomeação de objetos com recurso a imagens. 17/05/2021: Capaz de utilizar expressões coloquiais simples. Instruído a repetir frases simples devagar, sendo a sua maioria inteligível. 18/05/2021: Disartria sobreponível. Dada continuidade às intervenções do dia anterior. 25/05/2021: Discreta melhoria da disartria, com discurso mais perceptível que em dias anteriores. Realizado treino de construção de frases simples a partir de imagens de atividades quotidianas. 26/05/2021: Disartria sobreponível. Dada continuidade às intervenções do dia anterior. 27/05/2021: Disartria sobreponível. Apresenta frustração quando tenta construir frases mais elaboradas ou falar com maior velocidade e não consegue. Efetuada prática de trava-línguas simples. 28/05/2021: Disartria sobreponível. Dada continuidade às intervenções do dia anterior. 31/05/2021: Melhor expressão oral e articulação das palavras. Instruído a relatar acontecimentos e vivências antigas. 01/06/2021: Disartria sobreponível. Realizado treino de trava-línguas simples. 04/06/2021: Disartria sobreponível. Incentivado a reproduzir canções simples suas conhecidas. 08/06/2021: Melhoria significativa a nível da fala desde a primeira avaliação: disartria leve, sendo capaz de manter um discurso simples, relatar acontecimentos do dia a dia e conversar inteligivelmente com menos ajuda do interlocutor. Ainda assim, na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS), mantém disartria classificada como grau 1.		

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções
Conforto Comprometido	Melhorar o Conforto.	- Avaliar conforto (nos diversos contextos definidos pela Teoria de Kolcaba, nomeadamente através da escala PPS e Índice de Barthel); - Incentivar apoio da família; - Promover apoio da família; - Gerir alta; - Promover Conforto (nos quatro contextos definidos pela Teoria de Kolcaba); - Promover independência no autocuidado; - Otimizar conforto - Promover esperança; - Demonstrar disponibilidade.
Avaliação		
03/05/2021: Avaliada Funcionalidade através da PPS = 60%. Índice de Barthel = 85. Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS)= 3. Escala de Morse = 15 (baixo risco). Avaliada Deglutição através da Escala de GUSS=18. Disartria moderada, classificada como grau 1 no parâmetro correspondente na Escala de AVC NHISS; voz arrastada, podendo ser entendido com alguma dificuldade; emite saudações e frases curtas simples, embora com uma certa imprecisão na articulação verbal. É possível estabelecer conversas simples com o mesmo com ajuda do interlocutor sobre assuntos familiares. Verifica-se diminuição da força muscular na mão direita (4/5 na Escala Medical Research Council). Refere saudades da sua casa (à qual não vai há cerca de três meses e meio) e da família e amigos. Mostra-se muito motivado no seu processo de reabilitação, com vista a tornar-se o mais autónomo possível nas AVD. Na habitação existem dois degraus para o caminho, mas encontra-se autónomo na subida e descida dos mesmos; há necessidade de substituição da banheira pelo polibã, que já se encontra a decorrer; possível necessidade de adquirir produtos de apoio ao autocuidado. Tem visita dos filhos agendada para 05/05/2021 às 12h00. 05/05/2021: Muito motivado e colaborante nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, durante os quais refere por diversas vezes ser dia de visita dos filhos. Após a mesma demonstra-se satisfeito e sorridente. 07/05/2021: Índice de Barthel = 90. Muito colaborante dentro das suas capacidades e motivado para a Reabilitação. 10/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) em todos os movimentos do punho direito. Agendada visita da filha e do genro para dia 12/05/2021 pelas 12h00. 12/05/2021: Recebe visita da filha e do genro, que não foi presenciada, mas que com a qual refere estar satisfeito. 13/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na circundação dos dedos e oponência do polegar da mão direita. 14/05/2021: Índice de Barthel = 95. Muito motivado e colaborante nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. 17/05/2021: Mantém paresia facial central à direita, com apagamento mais discreto do sulco nasogeniano ipsilateral e menor desvio da comissura labial à esquerda. Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo score total foi de 19. Progrediu dieta para moída, com líquidos sem espessante. Capaz de utilizar expressões coloquiais simples. Agendada visita do filho para dia 18/05/2021 pelas 12h00 e dadas informações ao mesmo sobre a sua evolução na passada semana, que se mostra satisfeito. 18/05/2021: Recebe visita do filho, regressando posteriormente sorridente ao refeitório.		

25/05/2021: Discreta melhoria da disartria, com discurso mais perceptível que em dias anteriores. Agendada visita dos filhos para o dia seguinte.

26/05/2021: Recebe visita dos filhos, com os quais é discutido o plano de reabilitação e o futuro do Sr. Y após alta da UCCI. Estes mantêm disponibilidade absoluta para apoiar o Sr. Y no regresso ao domicílio. O filho realizará a mudança para casa deste já a partir do mês de junho, ficando a aguardar lá a sua chegada. Feito ponto de situação da substituição da banheira pelo polibã, que se encontra em fase de acabamentos e abordada a necessidade de adquirir produtos de apoio ao autocuidado, tais como banco de higiene e esponja de cabo longo, que foi prontamente acolhida pelos mesmos. Proposta possibilidade de realizar videochamada no final das obras para que o cliente reveja a casa, que foi aceite com satisfação por ambas as partes.

28/05/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na flexão e extensão dos dedos da mão direita. Muito motivado e colaborante nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

31/05/2021: Melhor expressão oral e articulação das palavras.

01/06/2021: Agendada visita da filha e do genro para dia 02/06/2021 pelas 12h30.

02/06/2021: Recebeu visita da filha e do genro, que informaram que a substituição da banheira pelo polibã já se encontra concluída e que adquiriram o banco de higiene e a esponja de cabo longo. Agendada videochamada para visualizar a casa para dia 04/06/2021 pelas 14h30.

04/06/2021: Parésia facial de grau 0 no parâmetro correspondente na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS). Melhor controlo salivar e de alimentos à direita. Monitorizada deglutição pela Escala de GUSS, cujo score total foi de 20. Realizada videochamada para rever a casa. Durante a mesma muito emocionado.

07/06/2021: Força muscular 5/5 (Escala MRC) na adução dos dedos da mão direita.

08/06/2021: Avaliada Funcionalidade através da PPS = 90%. Índice de Barthel = 100. Escala de Morse = 15 (baixo risco). Força muscular 5/5 (Escala MRC) em todos os segmentos da mão direita. Alimenta-se sem ajuda e sem sinais de disfagia de dieta geral partida utilizando talheres não adaptados. Melhoria significativa a nível da fala desde a primeira avaliação: disartria leve, sendo capaz de manter um discurso simples, relatar acontecimentos do dia a dia e conversar inteligivelmente com menos ajuda do interlocutor. Ainda assim, na Escala de AVC da National Institute of Health (NHISS), mantém disartria classificada como grau 1. Agendada visita dos filhos para o dia seguinte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em Cuidados Paliativos - Da evidência à prática*. Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II série - nº9, 61-67.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 61-225). Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. Doi:/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. Doi:10.1097/00002727-199602000-00009
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In SJ Peterson & TS Bredow (Eds.) *Middle Range Theories. Application to nursing research and practice* (pp.196-211), 4ª edição. China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

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

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Organização Mundial da Saúde (2003). Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. Porto Alegre: Artmed Editora.

Anexo I – Aplicação da Escala de Glasgow

ESCALA DE GLASGOW	
Abertura Ocular	4- Espontânea
	3- À voz
	2- À dor
	1- Nenhuma
Resposta Verbal	5- Orientada
	4 - Confusa
	3 – Palavras inapropriadas
	2- Palavras incompreensíveis
	1-Nenhuma
Resposta Motora	6- Obedece a comandos
	5 – Localiza a dor
	4 – Movimento de Retirada
	3. Flexão Anormal
	2- Extensão Anormal
	1-Nenhuma
SCORE	
15	

Anexo II – Aplicação da Escala de Graffar

ESCALA DE GRAFFAR	
Pontuação	1. Profissão
1	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
4	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).
5	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).
Pontuação	2. Nível de Instrução
1	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.
2	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.
3	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.
4	Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
Pontuação	3. Rendimento Familiar
1	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).
2	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).
3	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregados de Estado, Governos Cíveis ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).
4	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.
5	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.
Pontuação	4. Conforto da Habitação
1	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto
2	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis

3	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	
Pontuação	5. Aspeto do Bairro Habitado	
1	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
2	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável	
4	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5	Bairros de lata.	
TOTAL		
17		
Pontuação		
Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13	Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17	Média
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21	Média Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25	Baixa (pobre)

Adaptado de <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/TESTE-GRAFFAR.pdf>

**Apêndice 5 – Folha de Registo dos Cuidados
de Enfermagem de Reabilitação**

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

Identificação do Cliente: _____ **Cama:** _____

Data		/		/		/		/	
Avaliação		Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Hora									
Sinais Vitais	Temperatura (°C)								
	Frequência Cardíaca (b/min)								
	Freq. Respiratória (c/min)								
	SpO2 (% e condições de medição)								
	Tensão Arterial (mmHg)								
	Dor (Intensidade e Localização)								
Pele e Mucosas	Coradas (C)/ Descoradas (D) / Cianosadas (Cn) / Ictéricas (I) / Hidratadas (H)/ Secas (S)								
Edemas	Não (N) / Sim (S) – Grau e Localização								
Padrão Respiratório	Ventilação Espontânea (E) / Mecânica (M)								
	Simetria Torácica: Sim (S)/Não (N)								
	Padrão: Torácica (T) / Mista (M)/ Abdominal (A) / Paradoxal (P)								
	Ritmo: Regular (R) / Irregular(I)								
	Amplitude Normal (N)/ Diminuída (D)/ Aumentada (A) Tiragem-intercostal (TI)/ Tiragem Supra-clavicular (TS)/ Adejo nasal (AN)								
Sintomas	Tosse Não (N) / Sim (S) – Tipo								
	Expetoração Não (N) / Sim (S) – Tipo e Quantidade								
	Dispneia Não (N) / Sim (S) – Tipo								
	Toracalgia: Não (N) / Sim (S) – Intensidade e Agravamento								
Inspeção	Alterações na tipologia do Tórax Não (N) / Sim (S) – Chato (Ch) / Globoso (G) / Escavatum (E) / Carinatum (C) / Sino (Sn)								
	Desvio da Traqueia Sim (S) / Não (N)								
	Hipocratismo Digital Sim (S) / Não (N)								
Palpação	Expansibilidade Regiões Superiores Mantida (M) / Diminuída (D)								
	Expansibilidade Regiões Inferiores Mantida (M) / Diminuída (D)								
	Frêmito Tóraco-Vocal Normal (N) / Aumentado (A)/ Diminuído (D)								
Percussão	Maciez Não (N) / Sim (S) – Localização								
	Timpanismo Não (N) / Sim (S) - Localização								

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

[illegible]

Instrumentos de Avaliação						
FOCO	Data		___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Dispneia	Escala de Borg Modificada - Avaliação da Dispneia 0-10				
		Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia (mMRC) 0-4				
	Ventilação, Expetorar, Limpeza das Vias Aéreas	Escala London Chest Activity of Daily Living 0-75				
	Intolerância à Atividade	Escala de Borg Modificada - Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço 0-10				

[illegible]

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA							
Data			___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Posição de descanso e relaxamento							
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios							
Reeducação Diafragmática	Anterior	Sem Resistência					
		Com Resistência					
	Posterior	Sem Resistência					
		Com Resistência					
	Hemicúpula	Esquerda					
		Direita					
	Global	Posição Sentado					
		Posição Ortostática					
Reeducação Costal	Global	Dorsal	Com bastão				
			Com halteres				
			Com Faixas				
			Automobilizações				
		Sentado	Com bastão				
			Com halteres				
			Com Faixas				
			Automobilizações				
		Em pé	Com bastão				
			Com halteres				
			Com Faixas				
			Automobilizações				
	Seletiva	Porção Anterior	Superior				
			Inferior				
		Porção Posterior					
		Porção Lateral	E	S/ resistência			
				C/ resistência			
			D	S/ resistência			
				C/ resistência			
		Terapêutica de Posição					
Drenagem Postural	Clássica	Seg. Apicais Lobos Superiores					
		Seg. Apicais Posteriores					
		Seg. Anterior Lobos Superiores					
		Seg. Posterior Lobo Superior Drto.					
		Seg. Posterior Lobo Superior. Esq.					
		Lobo Médio					
		Língua					
		Seg. Anterior Lobos Inferiores					
		Seg. Externos e Internos Lobo Inferior Drto.					
		Seg. Externos e Internos Lobo Inferior Esq.					
		Seg. Posteriores Lobos Inferiores					
		Seg. Apicais Lobos Inferiores					
		Modificada	Fowler				
			Semi-Fowler				
	Decúbito Dorsal						

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (Continuação)					
Data		___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Manobras Acessórias	Percussão				
	Vibração				
	Compressão				
	Vibrocompressão				
Exercícios Respiratórios Específicos	EDIC	Sem Espirómetro			
		Com Espirómetro			
	Respiração Localizada a um hemitórax	Esquerdo			
		Direito			
	ETGOL	Sem Bucal			
		Com Bucal			
	Inspiração Fracionada				
Tosse	Dirigida				
	Assistida				
	Huffing				
	TEF				
Drenagem Autogénica					
Hiperinsuflação Manual					
Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR)					
Dispositivos de Ajuda	Flutter				
	Acapella				
	Dispositivos de Pressão Expiratória Positiva (PEP)				
	Espirómetro de Incentivo				
	Peak-Flow Meter				
Aspiração de Secreções					
Correção Postural					
Air Stacking					
Respiração Glossofaringea					
Exercícios de Mobilização Torácica					

COUGH ASSIST				
Parâmetros		Data		
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
Modalidade				
Pressão Insuflação				
Pressão Exsuflação				
Tempo	Insuflação			
	Exsuflação			
	Pausa			

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL												
ESTADO DE CONSCIÊNCIA						ESTADO DE ORIENTAÇÃO						
Variáveis		Data				Variáveis		Data				
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__			__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Abertura Ocular	4- Espontânea					Tempo Não (N) / Sim (S)						
	3- À voz						Espaço Não (N) / Sim (S)					
	2- À dor							Pessoa Não (N) / Sim (S)				
	1- Nenhuma											
Resposta Verbal	5- Orientada					ATENÇÃO						
	4 - Confusa											
	3 - Palavras inapropriadas											
	2- Palavras incompreensíveis											
	1-Nenhuma											
Resposta Motora	6- Obedece a comandos					Vigilância	Mantida					
	5 - Localiza a dor						Hipervigil					
	4 - Movimento de Retirada						Hipovigl					
	3. Flexão Anormal					Tenacidade	Mantida					
	2- Extensão Anormal						Alterada					
	1-Nenhuma					Concentração	Mantida					
					Alterada							
SCORE												

LINGUAGEM												
Variáveis		Data				Tipos		Data				
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__			__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Discurso Espontâneo Não (N) / Sim (S)						Sensorial	Mantida					
Disartria Não (N) / Sim (S)							Alterada					
Compreensão Não (N) / Sim (S)						Imediata	Mantida					
Nomeação Não (N) / Sim (S)							Alterada					
Repetição Não (N) / Sim (S)						Recente	Curto Prazo	Mantida				
Leitura Não (N) / Sim (S)								Alterada				
Escrita Não (N) / Sim (S)							Longo Prazo	Mantida				
								Alterada				
						Remota	Mantida					
							Alterada					

CAPACIDADES PRÁXICAS											
Variáveis		Data									
		__/__/__		__/__/__		__/__/__		__/__/__			
		E	D	E	D	E	D	E	D		
Gestos Simbólicos Não (N) / Sim (S)											
Gestos Icônicos	Transitivos Não (N) / Sim (S)										
	Intransitivos Não (N) / Sim (S)										

NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL											
Provas		Data									
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__						
Prova de Barragem Alterada? Não (N) / Sim (S)											
Prova de Escrita ou Cópia de Desenhos Alterada? Não (N) / Sim (S)											

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS						
Par Craniano			Data			
			____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____			
			Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
I - Olfativo						
II - Ótico	Acuidade visual					
	Campo visual					
III - Oculomotor IV - Patético VI - Motor Ocular Externo	Reação, Tamanho e Simetria Pupilar					
	Movimentos Oculares					
V - Trigêmeo	Divisão Oftálmica	Sensibilidade Tátil				
		Sensibilidade Térmica				
		Sensibilidade Dolorosa				
	Divisão Maxilar	Sensibilidade Tátil				
		Sensibilidade Térmica				
		Sensibilidade Dolorosa				
	Divisão mandibular	Sensibilidade Tátil				
		Sensibilidade Térmica				
		Sensibilidade Dolorosa				
	Reflexo córneo-palpebral					
	Movimentos de Mastigação					
VII - Facial	Componente Motora					
	Componente Sensitiva					
VIII - Vestíbulo-Coclear	Divisão Coclear					
	Divisão Vestibular					
IX - Glossofaríngeo						
X- Vago						
XI- Espinhal						
XII- Grande Hipoglosso						

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE															
AVALIAÇÃO DA FORÇA															
(assinalar apenas as alterações)			Data				Força Muscular		Data						
Segmentos	Movimentos														
Cabeça e Pescoço	Flexão					Escala MRC (0-5)	MSE								
	Extensão						MSD								
	Flexão Lateral Esq.						MIE								
	Flexão Lateral Drt.						MID								
	Rotação					(assinalar apenas as alterações)		Data							
Membro Superior Esquerdo	Escapulo-Umeral	Flexão					Membro Superior Direito	Escapulo-Umeral	Flexão						
		Extensão							Extensão						
		Adução							Adução						
		Abdução							Abdução						
		Rotação Int.							Rotação Int.						
		Rotação Ext.							Rotação Ext.						
	Cotovelo	Flexão						Cotovelo	Flexão						
		Extensão							Extensão						
	Antebraço	Pronação						Antebraço	Pronação						
		Supinação							Supinação						
	Punho	Flexão						Punho	Flexão						
		Extensão							Extensão						
		Desvio Radial							Desvio Radial						
		Desvio Cubital							Desvio Cubital						
		Circundação							Circundação						
	Dedos	Flexão						Dedos	Flexão						
		Extensão							Extensão						
		Adução							Adução						
		Abdução							Abdução						
		Circundação							Circundação						
		Oponência do Polegar							Oponência do Polegar						
	Membro Inferior Esquerdo	Coxo Femoral	Flexão						Membro Inferior Direito	Coxo Femoral	Flexão				
			Extensão								Extensão				
			Adução								Adução				
Abdução							Abdução								
Rotação Int.							Rotação Int.								
Rotação Ext.							Rotação Ext.								
Joelho		Flexão					Joelho	Flexão							
		Extensão						Extensão							
Tíbio-Társica		Flexão Plantar					Tíbio-Társica	Flexão Plantar							
		Flexão Dorsal						Flexão Dorsal							
		Inversão						Inversão							
		Eversão						Eversão							
Dedos		Flexão					Dedos	Flexão							
		Extensão						Extensão							
		Adução						Adução							
		Abdução						Abdução							

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE									
AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR		Data				AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA		Data	
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__			__/__/__	__/__/__
Escala de Ashworth Modificada (0-4)	MSE					Prova Índice- Nariz			
	MSD					Prova da Indicação de Barany			
	MIE					Prova dos Movimentos Alternados			
	MID					Prova Calcanhar-Joelho			

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE					
Sensibilidade		Data			
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
		Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
Superficial	Tátil				
	Térmica				
	Dolorosa				
Profunda	Sentido de Pressão ou Barestesia				
	Vibratória ou Palestesia				
	Postural				
	Estereognosia				

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO					
Equilíbrio		Data			
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Sentado	Estático				
	Dinâmico				
Ortostatismo	Estático				
	Dinâmico				

Instrumentos de Avaliação					
FOCO	Data		__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Autocuidados: Arranjar-se; Beber; Comer; Higiene; Ir ao Sanitário; Vestuário	Índice de Barthel (0-100)			
		Escala de Karnofsky			

Guia de Avaliações e Registos de Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DA MARCHA						
Características (assinalar as alterações)			Data			
			___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Início da Marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar					
	Sem hesitação					
Comprimento e altura dos passos	Pé Esquerdo	Não ultrapassa o pé esquerdo				
		Ultrapassa o pé esquerdo				
		Não sai completamente do chão				
		Sai completamente do chão				
	Pé Direito	Não ultrapassa o pé esquerdo				
		Ultrapassa o pé esquerdo				
		Não sai completamente do chão				
		Sai completamente do chão				
Simetria dos passos	Passos diferentes					
	Passos semelhantes					
Continuidade dos passos	Pausas ou passos descontínuos					
	Passos contínuos					
Direção	Desvio nítido					
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio					
	Linha reta sem apoio (bengala ou andarilho)					
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio					
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços					
	Sem flexão, balanço, não usa os braços de apoio					
Distância dos tornozelos	Tornozelos separados					
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda					

Notas Gerais de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro (a): _____

**Apêndice 6 – Protocolo: Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação no Foco Deglutição**

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco
Deglutição

Código: OTR.QCG.005.01

Data: 25-08-2016

Total Págs.: 1/5

Registo de elaboração, revisão e aprovação

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome			
Cargo	Enfermeiras com Especialidade de Reabilitação		
Assinat./ Rúbrica			

1. Objetivo

Descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação no Foco Deglutição Razão pela se considerou oportuno detalhar a instrução operacional ou protocolo em questão;

2. Âmbito

Aplica-se aos Enfermeiros das unidades de internamento de adultos do Hospital

Variedade de situações nas quais a instrução operacional ou protocolo devem ser seguidos;

3. Definições e abreviaturas

Definições:

Deglutição é um fenómeno complexo, com componentes voluntárias e reflexas que envolver 26 pares de músculos e 5 nervos cranianos (Braga, 2016 apud Mistry & Hamdy, 2008).

Deglutir segundo a CIPE corresponde ao foco de comer e beber – passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.

Disfagia, por sua vez, ocorre quando existe uma perturbação que altera o normal funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição (Braga, 2016 apud Matsuo & Palmer, 2008).

Abreviaturas:

Enf. – Enfermeiro/a

N/A – Não aplicável

EER – Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SNG – Sonda Nasogástrica

Todas as definições e abreviaturas usadas na instrução operacional ou protocolo que possam suscitar dúvidas;

4. Metodologia

4.1. Introdução:

As alterações da deglutição apresentam-se sob os mais variados sinais de alerta, nas diversas fases do processo de deglutição e traduzem-se em importantes complicações, pelo que exigem a atenção e intervenção precoce da equipa multidisciplinar.

4.2. Avaliação:

Todos os utentes que são admitidos nos serviços de internamento de adultos com alterações neurológicas, fase inicial de patologias respiratórias e medicados com anticolinérgicos, bloqueadores neuromusculares, anestésicos locais, neurolépticos, benzodiazepinas e relaxantes musculares, devem ser encarados como potenciais portadores de disfagia.

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco
Deglutição

Código: OTR.QCG.005.01

Data: 25-08-2016

Total Págs.: 2/ 5

Princípios Gerais:

- Ambiente calmo livre de distrações;
- A pessoa deve estar sentada;
- Verificar se o equipamento de aspiração está disponível e pronto a utilizar;
- Assegurar que a pessoa compreende as várias etapas do procedimento;
- Não utilizar leite nem derivados;
- Atender às preferências ou hábitos alimentares;
- Atenção ao estado de consciência;
- Colocar os alimentos no campo visual e ao alcance da pessoa;
- Utilizar utensílios adequados;
- Permitir tempo extra para alimentação;
- Instruir a pessoa a pensar em todo o processo;
- Atenção aos alimentos de duas consistências ou que se liqueçam rapidamente;
- Precaução no uso de palhinhas e seringas de alimentação;
- Atenção à dificuldade de gestão de líquidos na boca;
- Colocar o alimento no lado são da língua/boca;
- Atenção quando o copo não está cheio/menos de metade da capacidade;
- Nunca deixar a pessoa sozinha;
- Monitorizar sinais de aspiração a cada administração;
- Manter a cabeceira elevada 30 a 45 minutos após refeição;
- Verificar se ocorreu acumulação de comida/resíduos;
- Higiene oral rigorosa;
- Evitar decúbito dorsal, sem elevação da cabeceira, em pessoas com disfagia para líquidos.

Avaliação da Deglutição:

- 10 ml de água 3 vezes (em alternativa 3ml, 5ml, 10ml, 20 ml)
- 30 – 50 ml de água
- Outras consistências (néctar, mel e pudim).
- Utilização de espessante à base de goma xantana (atenção à especificação do fabricante):

1 medida / 100 ml de água: néctar
2 medidas / 100 ml de água: mel
3 medidas / 100 ml de água: pudim



Aquando a administração de comida e de medicamentos, o Enf. deve estar atento a sinais que podem surgir até um minuto após a deglutição. Estes sinais são sinais de alerta para aspiração/difagia, sendo eles os seguintes:

- Tosse;
- Regurgitação Nasal;

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco
Deglutição

Código: OTR.QCG.005.01

Data: 25-08-2016

Total Págs.: 3/ 5

- Dispneia, sensação de asfixia/engasgamento;
- Mudança nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira);
- Lacrimejo;
- Alteração da expressão facial durante a alimentação;
- Rubor facial;
- Pigarro após deglutir;
- Odinofagia;
- Sensação de plenitude, cócegas, queimadura, bolo ou nó na garganta;
- Dor torácica durante a alimentação;
- Alteração da voz;
- Movimentos excessivos da língua durante a deglutição;
- Aumento das secreções;
- Diminuição de apetite;
- Perda de peso sem razão aparente;
- Não controlo salivar;
- Resíduos alimentares na boca após a deglutição.

O Enf. ao detetar algum destes sinais deve:

- Identificar cliente com disfagia colocando sistema de pulseira com cores e, na eventualidade de não haver pulseiras de cores, colocar pulseira branca e colocação de bola colorida:

Verde – Grau 0 - sem disfagia e pode ser alimentado por qualquer pessoa;

Amarelo – Grau 1 – deglutição comprometida em grau reduzido, tolerando consistência néctar e deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;

Vermelho – Grau 2 – deglutição comprometida em grau moderado, tolerando consistência pudim e deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;

Preto – Grau 3 – deglutição comprometida em grau elevado, não tolerando consistência pudim e deve ser alimentado por SNG;

- Identificar cliente com disfagia na secção de alertas no sistema informático;
- Pedir dieta com consistência adequada;
- Pedir colaboração da nutricionista para personalização de dieta;
- Pedir colaboração do Enf. EER para uma avaliação mais pormenorizada nas primeiras 24 horas;
- Realizar higiene oral no fim de cada refeição.

Estes passos são de extrema importância, uma vez que, as principais consequências da disfagia são desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia.

Nas primeiras 24 horas:

O Enf. EER deve avaliar a deglutição com a apreciação do seguinte:

- Informação clínica da pessoa;
- Estado Mental/funções cognitivas (estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção, funções executivas);
- Capacidade de cumprir as nossas indicações;
- Postura/controlo da cabeça na posição de sentado;
- Aparência da mucosa oral;
- Estado nutricional;
- Peças dentárias presentes e a sua condição;
- No caso de prótese dentária verificar o seu estado e fixação;

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco
Deglutição

Código: OTR.QCG.005.01

Data: 25-08-2016

Total Págs.: 4/5

- Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação;
- Em que fase do ciclo respiratório deglute;
- Padrão respiratório (incluindo avaliação da saturação periférica de oxigénio);
- Capacidade de fazer apneia voluntária;
- Eficácia da tosse;
- Observar se existe movimento faríngeo quando deglute a saliva (colocar a mão na faringe permite sentir a elevação da mesma e determinar quando ocorre a deglutição);
- Observar se consegue deglutir a saliva/secreções;
- Avaliar os pares cranianos com envolvimento direto na deglutição (V, VII, IX, X e XII);
- Monitorizar deglutição segundo Escala de TRIDIS (patologia respiratória) e Escala de GUSS (AVC) e;
- Atualizar sistema de pulseira com cores e, na eventualidade de não haver pulseiras de cores, colocar pulseira branca e colocação de bola colorida:

Verde – Grau 0 – sem disfagia e pode ser alimentado por qualquer pessoa;

Amarelo – Grau 1 – deglutição comprometida em grau reduzido, tolerando consistência néctar e deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;

Vermelho – Grau 2 – deglutição comprometida em grau moderado, tolerando consistência pudim e deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;

Preto – Grau 3 – deglutição comprometida em grau elevado, não tolerando consistência pudim e deve ser alimentado por SNG.

4.3. Reeducação da Deglutição:

Após a avaliação da deglutição é feito o diagnóstico de enfermagem - **Deglutição Comprometida**, no sistema informático.

De seguida, é feito o plano de Reeducação da Deglutição informatizado, com os enunciados de intervenções de enfermagem de reabilitação em quatro domínios: deglutição, conhecimento, aprendizagem de capacidades e prestador de cuidados.

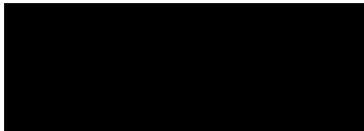
Assim sendo, o Enf. EER no domínio da deglutição deve executar\assistir\supervisionar e monitorizar:

- Deglutição (Escala de TRIDIS ou GUSS);
- Técnicas posturais (flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são e deitado);
- Estimulação sensitiva (mudança no sabor, mudança no volume, temperatura e bebidas gaseificadas);
- Mudanças voluntárias da deglutição (respiração supraglótica, respiração super-supraglótica, deglutição forçada, Manobra de Mendelson e Manobra de Masako);
- Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas);
- Alterações na dieta (teste de consistências da dieta e utilização de espessante) e;
- Cinesioterapia respiratória (treino dos músculos respiratórios).

No domínio do conhecimento o Enf. EER deve avaliar e ensinar sobre:

- Exercícios de deglutição (Mudanças voluntárias da deglutição e Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular e Cinesioterapia respiratória);
- Técnicas de deglutição (Técnicas posturais, Estimulação sensitiva e Alterações na dieta).

No domínio da aprendizagem de capacidades o Enf. EER deve avaliar\instruir e treinar sobre:



PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco
Deglutição

Código: OTR.QCG.005.01

Data: 25-08-2016

Total Págs.: 5/ 5

- Exercícios de deglutição (Mudanças voluntárias da deglutição e Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular e Cinesiterapia respiratória);
- Técnicas de deglutição (Técnicas posturais, Estimulação sensitiva e Alterações na dieta).

No domínio do prestador de cuidados o Enf. EER deve avaliar\ensinar\instruir e treinar sobre:

- Exercícios de deglutição (Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular e Cinesiterapia respiratória);
- Técnicas de deglutição (Técnicas posturais e Alterações na dieta).

Por fim, não esquecer a intervenção **Executar Cuidados de Higiene Oral**, não apenas para conforto do cliente, mas também para reduzir a incidência de pneumonia de aspiração, tal como, melhora o paladar e estimula a produção de saliva.

Explicitar a operacionalização, i.e. passos a executar, na instrução operacional ou protocolo;

5. Documentos Associados

- Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) in https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_ER.pdf
- Braga R. (2016) *Avaliação da Função da Deglutição e Reeducação da Deglutição* in Marques-Vieira C. e Sousa L. (2016) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. LUSODIDACTA, Loures.

Mencionar todos os documentos que, regra geral, são necessários à cabal realização da instrução operacional ou protocolo;

**Apêndice 7– Protocolo: Cuidados de Enfermagem de
Reabilitação à Pessoa em Situação Paliativa**

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em
situação paliativa

Código: OTR.GRL.004.01

Data: 09-03-2021

Total Págs.: 1/5

Registo de elaboração, revisão e aprovação

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome	Nádia Soares		
Cargo	Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação		
Assinat./ Rúbrica			

1. Objetivo

Descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação paliativa Razão pela se considerou oportuno detalhar a instrução operacional ou protocolo em questão;

2. Âmbito

Aplica-se aos Enfermeiros de Reabilitação do Hospital Variedade de situações nas quais a instrução operacional ou protocolo devem ser seguidos;

3. Definições e abreviaturas

Definições:

Cuidados Paliativos: cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais. (Lei n.º 52/2012, 2012 p.5119).

Abreviaturas:

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CATR - Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

EDIC - Exercício de Fluxo Inspiratório Controlado

EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enf. - Enfermeiro/a

ETGOL - Expiração Lenta Total com a Glote Aberta em Decúbito Infra - Lateral

Ex. - exemplo

RPQCEEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação

TEF - Técnica de Expiração Forçada

VNI - Ventilação Não Invasiva

Todas as definições e abreviaturas usadas na instrução operacional ou protocolo que possam suscitar dúvidas;

4. Metodologia

4.1. Introdução:

Os Cuidados Paliativos são baseados em princípios como o atendimento individualizado, humanizado e rigoroso das necessidades da pessoa e família; a promoção da qualidade de vida de ambos; o "respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas"; e o entendimento da morte como um "processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica" (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5120) e assentam em quatro pilares - controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa multidisciplinar (Soares, 2020).

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação paliativa

Código: OTR.GRL.004.01

Data: 09-03-2021

Total Págs.: 2/ 5

Destinatários dos Cuidados Paliativos:

- “Condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo, ou situações de controlo sintomático complexo durante tratamento com intuito curativo”;
- “Doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto”;
- “Doenças incuráveis, em que o tratamento é paliativo desde o diagnóstico”;
- “Situações neurológicas não progressivas cuja severidade provoca necessidades médicas complexas, que são ameaçadoras da vida”;
- “Situações em que o doente tem necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais), às quais a equipa assistente não consegue dar resposta”.

(CNCP, 2016, p. 8)

Tipos de Intervenções da Reabilitação em Cuidados Paliativos:

- Preventivas: visam mitigar as incapacidades expectáveis e melhorar a funcionalidade, com destaque para a importância da educação;
- Restaurativas: procuram o regresso da pessoa com “bom prognóstico” ao estado funcional “físico, psicológico, social e vocacional” anterior à doença;
- De suporte: buscam a adaptação da pessoa às incapacidades, a maximização da autonomia e a minimização das alterações debilitantes resultantes da progressão da doença;
- Paliativas propriamente ditas: implementadas quando há incapacidade crescente e doença avançada e cujo objetivo principal é minimizar ou eliminar complicações, reduzir a dependência nas AVD e promover o conforto e suporte emocional.

(Jorge (2014. p.66-67)

Todos os clientes em situação paliativa que são admitidos nos serviços de internamento devem ser avaliados (se possível) nos domínios de intervenção do EER elencados pelo RPQCEER e implementadas as intervenções descritas em seguida de acordo com os focos e objetivos de intervenção identificados.

4.2. Intervenções do EER na pessoa em situação paliativa

Domínio de Intervenção do EER	Foco	Objetivos	Intervenções do EER
Sensorial	Dor	• Conforto; • Aliviar a dor; • Prevenir UPP; • Facilitar a ventilação.	• Posicionamento no leito.
		• Controlar e prevenir a dor; • Restaurar o movimento.	• Mobilizações articulares ativas, ativas assistidas e passivas nos vários planos; • Aconselhamento e treino de utilização de produtos de apoio e órteses (ex. lombostato).
		• Conforto; • Aliviar a dor; • Relaxamento; • Drenagem Linfática.	• Massagem e exercícios de relaxamento; • Termoterapia e Crioterapia.
Cognitivo	Alterações Cognitivas	• Otimizar a comunicação; • Manter a vida de relação; • Manter a independência, funcionalidade e autonomia; • Melhorar a Qualidade de Vida.	• Avaliação Cognitiva; • Estimulação verbal, visual e proprioceptiva (recordação de experiências passadas, técnicas de associação); • Técnicas de orientação para a realidade; • Recursos mnemónicos; • Treino de AVD e AIVD.
	Sintomas Psicológicos	• Otimizar a comunicação; • Melhorar sintomas depressivos; • Melhorar a qualidade do sono;	• Incentivo à expressão de emoções; • Técnicas de relaxamento; • Consciencialização e controlo da respiração; • Posicionamentos de conforto e treino de eliminação com vista a melhorar a qualidade do sono; • Treino de exercício e atividade física;

PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação paliativa

Código: OTR.GRL.004.01

Data: 09-03-2021

Total Págs.: 3/ 5

			• Estimular a participação social; • Manter a independência, funcionalidade e autonomia; • Conforto; • Melhorar a Qualidade de vida.	• Treino de AVD e AIVD; • Facilitação de atividades recreativas; • Informação sobre recursos da comunidade.
	Motor	Mobilidade	• Conforto; • Aliviar a dor; • Restituir função; • Prevenir quedas e complicações da imobilidade; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e da autonomia da pessoa e cuidador; • Estimular a participação familiar, social e laboral; • Capacitar o cuidador; • Melhorar a qualidade de vida; • Melhorar a autoestima.	• Atividades terapêuticas no leito; • Transferência; • Levante; • Treino de Equilíbrio estático e dinâmico; • Treino de Marcha; • Treino de AVD e AIVD; • Avaliação dos riscos de queda e úlcera por pressão; • Identificação de barreiras arquitetônicas e adaptação do domicílio; • Aconselhamento e treino de utilização de órteses, dispositivos de ajuda e material adaptativo ao autocuidado e transferências; • Treino do cuidador na assistência ao autocuidado e transferências; • Facilitação de recursos da comunidade.
		Astenia/Fadiga	• Minimizar o impacto de incapacidades instaladas; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e da autonomia; • Estimular a participação familiar, social e laboral; • Melhorar a qualidade de vida; • Prevenir e controlar situações de agudização e de quedas; • Melhorar a capacidade de gestão da doença.	• Avaliação do Status Funcional; • Exercícios de aumento da força e endurance; • Técnicas de relaxamento e conservação de energia; • Identificação de estratégias de adaptação da vida diária (listagem e priorização de atividades, delegação de tarefas e utilização de recursos da comunidade); • Identificação de barreiras arquitetônicas e adaptação do domicílio; • Aconselhamento e treino do cuidador na utilização de dispositivos de apoio ao autocuidado; • Educação à pessoa e cuidador sobre gestão da doença.
	Cardiorrespiratório	Acumulação de Secreções	• Mobilizar e remover secreções brônquicas, promovendo a limpeza da via aérea; • Conforto.	• Promover a hidratação; • Reeducação Funcional Respiratória; ➢ Mecanismos de Limpeza das vias aéreas ○ Ensino da Tosse; ○ Drenagem postural clássica e modificada; ○ Manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão); ○ Dispositivos de ajuda (<i>flutter, acapella</i>); ○ TEF; ○ CATR; ○ Aspiração de secreções.
		Dispneia	• Conforto; • Melhorar a expansão torácica e a ventilação; • Aliviar a dispneia; • Diminuir a ansiedade; • Manter ou promover a independência no autocuidado, funcionalidade e da autonomia; • Otimizar terapêutica sintomática; • Prevenir e controlar situações de agudização; • Melhorar a capacidade de gestão da doença;	• Avaliação da dispneia e suas causas e estabelecimento de sua relação com a atividade (recorrendo, por exemplo, à escala de Borg Modificada) e impacto nas AVD; • Reeducação Funcional Respiratória ➢ Técnicas de conservação de descanso e relaxamento; ➢ Consciencialização e controlo da respiração; ➢ Reeducação diafragmática e costal; ➢ Terapêutica de posição; ➢ Exercícios Respiratórios específicos; ○ EDIC; ○ Técnica de respiração localizada a um hemitórax; ○ ETGOL; ➢ Espirometria de incentivo; ➢ Técnicas de correção postural;

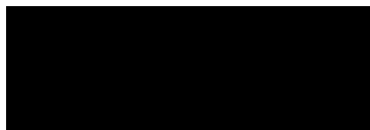
PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação paliativa

Código: OTR.GRL.004.01

Data: 09-03-2021

Total Págs.: 4/5

		• Melhorar a qualidade de vida.	➤ Exercícios de Mobilização torácica • Treino de exercício anaeróbio e aeróbio; • Otimização de inaloterapia/ oxigenoterapia e VNI; • Educação sobre gestão da doença e mudanças de comportamento (ex. cessação tabágica); • Facilitação de recursos da comunidade.	
	Edema/ Linfedema	• Conforto • Aliviar a dor; • Prevenir ou minimizar o edema/ linfedema; • Manter ou aumentar a mobilidade; • Prevenir complicações (ex. alterações da sensibilidade e da amplitude do movimento e infeções).	• Técnicas de reeducação do edema/ linfedema (posicionamentos e posturas facilitadores do retorno linfático e venoso; mobilização articular passiva, ativa/assistida e ativa, pressoterapia e drenagem linfática); • Ensino sobre cuidados com o membro com linfedema e adaptação às AVD e AIVD.	
Alimentação	Vômitos	• Conforto; • Aliviar os vômitos; • Prevenir complicações (pneumonias de aspiração, desnutrição e desidratação); • Melhorar a qualidade de vida;	• Técnicas de relaxamento; • Posicionamentos preventivos da aspiração e de alívio do refluxo gastro esofágico;	
	Anorexia	• Conforto; • Prevenir ou minimizar o risco de desnutrição e desidratação.	• Treino de exercício e atividade física; • Despistar a relação da anorexia com alterações da deglutição.	
	Disfagia	• Prevenir complicações (pneumonias de aspiração, desnutrição e desidratação); • Conforto; • Melhorar a qualidade de vida.	• Avaliação e reeducação da deglutição (deglutição supraglótica, exercícios de fortalecimento muscular da língua, lábios e mandíbula; correção postural; adequação da dieta e consistência dos alimentos); • Treino e educação do cuidador.	
	Obstipação	• Conforto; • Prevenir, aliviar e tratar a obstipação; • Promover um ambiente seguro.	• Aconselhamento sobre mudanças de posição frequentes; • Massagem abdominal; • Levante; • Treino de marcha; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários.	
	Incontinência Fecal	• Conforto; • Promover a autoestima; • Melhorar a qualidade de vida; • Permitir a participação social.	• Identificação de situações de incontinência e suas causas; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários; • Treinos de esfínteres; • Treino do cuidador para assistir no processo de eliminação.	
	Sintomas Urinários	• Conforto; • Promover a autoestima; • Melhorar a qualidade de vida; • Permitir a participação social.	• Identificação de situações de incontinência, sua tipologia e causas; • Ajuste da ingestão hídrica; • Aconselhamento sobre dispositivos de adaptação e acessibilidade aos sanitários; • Treino de esfínteres; • Realização e treino de esvaziamentos vesicais; • Adequar a intervenção às especificidades de cada tipo de incontinência; • Treino do cuidador para assistir no processo de eliminação.	
Sexualidade	Adaptação da função sexual e da expressão da sexualidade	• Possibilitar um relacionamento sexual que a pessoa considere satisfatório; • Melhorar a qualidade de vida.	• Despistar a relação entre incontinência e alterações na expressão da sexualidade; • Exercícios de tolerância ao esforço; • Técnicas de conservação de energia; • Educação acerca de posições alternativas; • Aconselhamento sobre dispositivos facilitadores da relação sexual.	



PROTOCOLO:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em
situação paliativa

Código: OTR.GRL.004.01

Data: 09-03-2021

Total Págs.: 5/ 5

Explicitar a operacionalização, i.e. passos a executar, na instrução operacional ou protocolo;

5. Documentos Associados

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidacta.
- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República, I Série (N.º 172 de 05 de setembro de 2012)*, 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Soares, N. (2020). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação paliativa (Projeto de Estágio não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mencionar todos os documentos que, regra geral, são necessários à cabal realização da instrução operacional ou protocolo;

Apêndice 8 – Plano da Sessão de Formação
“Intervenção de Enfermagem na Pessoa
com Alteração da Deglutição”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração
da Deglutição

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração
da Deglutição

Nádia Garcia Soares N°9571



Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães



Lisboa
2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Ex.	Exemplo
[REDACTED]	[REDACTED]
PO	<i>Per Os</i>
SNG	Sonda Nasogástrica

ÍNDICE

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO	1
2. DURAÇÃO DA SESSÃO	1
3. DATA DA SESSÃO	1
4. LOCAL DA SESSÃO	1
5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR	1
6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA FORMAÇÃO	1
7. CONTEÚDOS DA FORMAÇÃO	1
8. OBJETIVO GERAL	2
9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	2
11. AVALIAÇÃO	3
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	4
ANEXOS	1

Anexo I - Apresentação em Power Point da Formação

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição.

2. DURAÇÃO DA SESSÃO

30 minutos (das 15h às 15h30).

3. DATA DA SESSÃO

12 de Março de 2021.

4. LOCAL DA SESSÃO

Sala de Formação do [REDACTED]

5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR

Enfermeira Nádia Soares, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA FORMAÇÃO

Equipa de Enfermagem da [REDACTED]

7. CONTEÚDOS DA FORMAÇÃO

- Processo de Deglutição
- Disfagia: Complicações e Sinais de Aspiração/Alerta
- Cuidados de Enfermagem à pessoa com alteração da Deglutição
- Protocolo de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição

8. OBJETIVO GERAL

- Dar a conhecer o Protocolo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição, com o intuito de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa com alteração da deglutição.

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Referir quatro complicações da disfagia;
- Enumerar cinco sinais de aspiração;
- Mencionar o papel do Enfermeiro de cuidados gerais no Protocolo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição.

10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Conteúdo	Tempo	Metodologia	Recursos
Apresentação do formando e da temática e objetivos da sessão	2 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeira orientadora clínica; • Equipa de Enfermagem da Unidade de [REDACTED]
Apresentação dos conteúdos da sessão	20 minutos	• Método Expositivo • Método Ativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeira orientadora clínica; • Equipa de Enfermagem da Unidade de [REDACTED]

Esclarecimento de dúvidas relativas à sessão e à prática diária de cuidados	5 minutos	• Método Ativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeira orientadora clínica; • Equipa de Enfermagem da Unidade de
Encerramento da sessão	3 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeira orientadora clínica; • Equipa de Enfermagem da Unidade de

11. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através aferição da adesão dos participantes à sessão e do nível de motivação, interesse e participação manifestado ao longo da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braga R. (2017) *Avaliação da Função da Deglutição e Reeducação da Deglutição* in Marques-Vieira C. e Sousa L. (2017) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. LUSODIDACTA, Loures.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) in https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC_EER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Sousa e Silva (2019). *Protocolo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição*. Acessível no Hospital [REDACTED] Portugal.

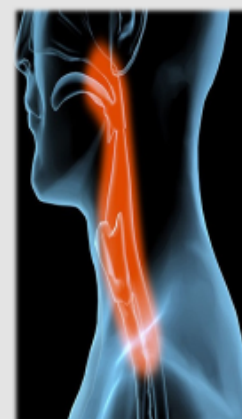
Anexo I – Apresentação em Power Point da Formação

Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição

Enfermeira Nádia Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação



março de 2021

SUMÁRIO

1. Objetivos
2. Processo de Deglutição
3. Disfagia
 - 3.1. Complicações da Disfagia
 - 3.2. Sinais de Aspiração/Alerta
4. Cuidados de Enfermagem à pessoa com alteração da Deglutição
5. Protocolo de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição
6. Considerações finais
7. Referências Bibliográficas

1. OBJETIVOS

1. Uniformizar os cuidados de Enfermagem na avaliação da deglutição;
2. Melhorar a deteção precoce de alterações na deglutição;
3. Reduzir a incidência de complicações provocadas pela disfagia;
4. Dar a conhecer o Protocolo de cuidados de enfermagem de reabilitação no Foco Deglutição.

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

Deglutir: Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

QUATRO FASES:

1. Fase oral preparatória
2. Fase oral
3. Fase faríngea
4. Fase esofágica

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

1. FASE ORAL PREPARATÓRIA:

- Fase **voluntária** responsável pela preparação do alimento para ser deglutido;
- Inclui mastigar, triturar, envolver em saliva e alterar a consistência;
- Nesta fase a parte posterior da língua está elevada para evitar a progressão dos alimentos, encontrando-se a **via aérea aberta**, persistindo a **respiração nasal**.

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

2. FASE ORAL:

- Fase **voluntária**;
- Há o transporte do bolo alimentar para a orofaringe;
- A ponta da língua eleva-se contra o palato duro e a parte posterior da língua desce, abrindo a parte posterior da cavidade oral;
- Há um movimento de retropulsão (movimento de onda), para o bolo alimentar progredir para a parte posterior da boca em direção à orofaringe.

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

3. FASE FARÍNGEA

- Fase **reflexa com início voluntário**;
- Conjunto de eventos coordenados que **dura 1 segundo**;
- Tem **2 fases**:
 - Passagem dos alimentos da faringe para o esófago;
 - Proteção da via aérea.

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

4. FASE ESOFÁGICA

- Abertura do esfíncter esofágico superior e o alimento entra no esófago e progride até ao estômago através dos movimentos peristálticos

2. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

<https://youtu.be/HUAGCimpRoo>

3. DISFAGIA

Disfagia: ocorre quando existe uma perturbação que altera o normal funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição.

(Matsuo & Palmer (2008) citados por Braga (2017)).

3. DISFAGIA

COMPLICAÇÕES DA DISFAGIA

- Aumento global da mortalidade
- Aspiração
- Pneumonia
- Desnutrição
- Desidratação (aumenta risco de TVP)
- Maior tempo de internamento
- Maiores custos
- Menor participação na Reabilitação
- Maior sobrecarga familiar

3. DISFAGIA

SINAIS DE ASPIRAÇÃO/ALERTA

- Tosse;
- Regurgitação nasal;
- Atraso na propulsão posterior do bolo alimentar (>1 segundo);
- Deglutição fracionada;
- Dispneia, sensação de asfixia/engasgamento;
- Mudança nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira);
- Lacrimejo;

3. DISFAGIA

SINAIS DE ASPIRAÇÃO/ALERTA (Cont.)

- Alteração da expressão facial durante a alimentação;
- Rubor facial;
- Pigarro após deglutir;
- Odinofagia;
- Sensação de plenitude, cócegas, queimadura, bolo ou nó na garganta;
- Dor torácica durante a alimentação;

3. DISFAGIA

SINAIS DE ASPIRAÇÃO/ALERTA (Cont.)

- Alteração da qualidade da voz;
- Movimentos excessivos da língua durante a deglutição;
- Aumento das secreções;
- Diminuição de apetite;
- Perda de peso sem razão aparente;
- Inexistência de controlo salivar;
- Resíduos alimentares na boca após a deglutição.

4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

PRINCÍPIOS GERAIS:

- Ambiente calmo livre de distrações;
- A pessoa deve estar sentada;
- Verificar se o equipamento de aspiração está disponível e pronto a utilizar;
- Assegurar que a pessoa compreende as várias etapas do procedimento;
- Não utilizar leite nem derivados;

4. CUIDADOS
DE
ENFERMAGEM
À PESSOA
COM
ALTERAÇÃO
DA
DEGLUTIÇÃO

PRINCÍPIOS GERAIS (Cont.)

- Atender às preferências ou hábitos alimentares;
- Atenção ao estado de consciência;
- Colocar os alimentos no campo visual e ao alcance da pessoa;
- Utilizar utensílios adequados;
- Permitir tempo extra para alimentação;
- Instruir a pessoa a pensar em todo o processo;

4. CUIDADOS
DE
ENFERMAGEM
À PESSOA
COM
ALTERAÇÃO
DA
DEGLUTIÇÃO

PRINCÍPIOS GERAIS (Cont.)

- Atenção aos alimentos de duas consistências ou que se liquefaçam rapidamente ;
- Precaução no uso de palhinhas e seringas de alimentação;
- Atenção à dificuldade de gestão de líquidos na boca;
- Colocar o alimento no lado são da língua/boca;
- Atenção quando o copo não está cheio/menos de metade da capacidade;

4. CUIDADOS
DE
ENFERMAGEM
À PESSOA
COM
ALTERAÇÃO
DA
DEGLUTIÇÃO

PRINCÍPIOS GERAIS (Cont.)

- Nunca deixar a pessoa sozinha;
- Monitorizar sinais de aspiração a cada administração;
- Manter a cabeceira elevada 30 a 45 minutos após refeição;
- Verificar se ocorreu acumulação de comida/resíduos;
- Higiene oral rigorosa;
- Evitar decúbito dorsal, sem elevação da cabeceira, em pessoas com disfagia para líquidos;

4. CUIDADOS
DE
ENFERMAGEM
À PESSOA
COM
ALTERAÇÃO
DA
DEGLUTIÇÃO

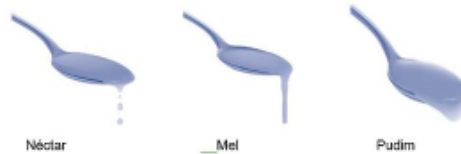
Avaliação da deglutição:

- 10 ml de água 3 vezes (em alternativa 3ml, 5ml, 10ml, 20 ml))
- 30 – 50 ml de água
- Outras consistências

4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Utilização de espessante à base de goma xantana
(atenção à especificação do fabricante):

- 1 medida / 100 ml de água: **néctar**
- 2 medidas / 100 ml de água: **mel**
- 3 medidas / 100 ml de água: **pudim**



5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO FOCO DEGLUTIÇÃO

PERANTE SINAIS DE DISFAGIA:

- Identificar cliente com disfagia colocando sistema de pulseira com cores :
 - **Verde – Grau 0:** sem disfagia e pode ser alimentado por qualquer pessoa;
 - **Amarelo – Grau 1:** deglutição comprometida em grau reduzido, tolerando consistência néctar. Deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;
 - **Vermelho – Grau 2:** deglutição comprometida em grau moderado, tolerando consistência pudim. Deve ser alimentado apenas por enfermeiro com recurso a espessante;
 - **Preto – Grau 3:** deglutição comprometida em grau elevado, não tolerando consistência pudim e deve ser alimentado por SNG;

5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO FOCO DEGLUTIÇÃO

PERANTE SINAIS DE DISFAGIA:

- Identificar cliente com disfagia na secção de alertas no sistema informático;
- Pedir dieta com consistência adequada;
- Pedir colaboração da nutricionista para personalização de dieta;
- Pedir colaboração do EEER para uma avaliação mais pormenorizada nas primeiras 24 horas;
- Realizar higiene oral no fim de cada refeição.

5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO FOCO DEGLUTIÇÃO

PROTOCOLO
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição

1. Identificação do cliente: [] 2. Data: [] 3. Hora: [] 4. Págs: []

Registo de observações, reações e avaliação			
Nome	Idade	Residência	Avaliação
[]	[]	[]	[]
Cargo	[]	[]	[]
Assistente Social	[]	[]	[]

1. Objetivos
Desenvolver os cuidados de enfermagem de reabilitação no Foco Deglutição, tendo em conta as necessidades específicas de cada cliente, promovendo a melhoria da qualidade de vida.

2. Âmbito
Aplica-se aos enfermeiros das unidades de reabilitação de adultos do Hospital de Santa Maria, no âmbito da reabilitação da deglutição, promovendo a melhoria da qualidade de vida.

3. Definições e abreviações
Definições:
Deglutição segundo a CPE corresponde ao acto de comer e beber – passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o esfago através da contração e relaxamento.
Abreviações:
EEN – Enfermeiro de Enfermagem
EER – Especialista em Enfermagem de Reabilitação
SNG – Serviço Neurogênico
[]

4. Metodologia
4.1. Introdução:
Deglutição é um fenómeno complexo, com componentes voluntários e reflexos que envolve 25 pares de músculos e 5 nervos cranianos (Braga, 2016; galea, 2016; A. Santos, 2008).
Disfagia, por sua vez, ocorre quando existe uma perturbação que altera o normal funcionamento dos estruturas envolvidas na deglutição (Braga, 2016; galea, 2016; A. Santos, 2008).
A.T. Assis, 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As alterações da deglutição apresentam-se sob os mais variados sinais de alerta, nas diversas fases do processo de deglutição e traduzem-se em importantes complicações, pelo que exigem a atenção e intervenção precoce da equipa multidisciplinar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga R. (2017) *Avaliação da Função da Deglutição e Reeducação da Deglutição* in Marques-Vieira C. e Sousa L. (2017) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. LUSODIDACTA, Loures.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) in https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC_EER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Sousa e Silva (2019). *Protocolo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Foco Deglutição*. Acessível no Hospital [redacted], Portugal.



Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição

27

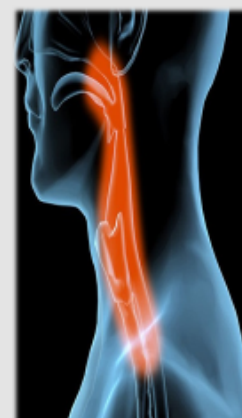


Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alteração da Deglutição

Enfermeira Nádja Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação



março de 2021

Apêndice 9 – Plano da Sessão de Formação
“Mobilidade, Mecânica Corporal,
Posicionamentos e Transferências”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e
Transferências

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e
Transferências

Nádia Garcia Soares N°9571



Orientador Clínico: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães



Lisboa

2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Ex. Exemplo

[REDACTED] Unidade de Cuidados Continuados Integrados **[REDACTED]**
[REDACTED]

ÍNDICE

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO	1
2. DURAÇÃO DA SESSÃO	1
3. DATA DA SESSÃO	1
4. LOCAL DA SESSÃO	1
5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR	1
6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA SESSÃO	1
7. CONTEÚDOS DA SESSÃO	1
8. OBJETIVO GERAL	2
9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	2
11. AVALIAÇÃO	3
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	5
ANEXOS	0

Anexo I - Apresentação em Power Point da Formação

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências.

2. DURAÇÃO DA SESSÃO

90 minutos (das 10h30 às 12h00).

3. DATA DA SESSÃO

02 de junho de 2021.

4. LOCAL DA SESSÃO

Ginásio da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa da Misericórdia de Angra do Heroísmo.

5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR

Enfermeira Nádia Soares, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA SESSÃO

Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa da Misericórdia de Angra do Heroísmo.

7. CONTEÚDOS DA SESSÃO

- Mobilidade
- Mecânica Corporal
 - Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas
- Posicionamentos
 - Decúbito Dorsal
 - Decúbito Semidorsal
 - Decúbito Lateral

- Posicionamento em Fowler
- Transferências
 - Mobilidade no Leito
 - Transferências da Pessoa Dependente
 - Correção do Posicionamento na Cadeira

8. OBJETIVO GERAL

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao cliente com alteração da mobilidade.

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Sensibilizar para a importância da alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações da imobilidade;
- Demonstrar a mecânica corporal adequada e a correta mobilização, posicionamento e transferência do cliente.

10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Conteúdo	Tempo	Metodologia	Recursos
Apresentação do formando e da temática e objetivos da sessão	2 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro orientador clínico; • Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da UCCI-

Apresentação dos conteúdos da sessão	50 minutos	• Método Expositivo • Método Ativo • Método Demonstrativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Marquesa; • Almofadas; • Cadeira de rodas; • Cadeirão; • Elevador mecânico; • Tábua de transferência; • Cinto de transferência; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da UCCI-
Demonstração e treino de técnicas de mobilização, posicionamento e transferência	30 minutos	• Método Ativo • Método Demonstrativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Marquesa; • Almofadas; • Cadeira de rodas; • Cadeirão; • Elevador mecânico; • Tábua de transferência; • Cinto de transferência; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da UCCI-
Esclarecimento de dúvidas relativas à sessão e à prática diária de cuidados	5 minutos	• Método Ativo • Método Demonstrativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Marquesa; • Almofadas; • Cadeira de rodas; • Cadeirão; • Elevador mecânico; • Tábua de transferência; • Cinto de transferência; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da UCCI-

Encerramento da sessão	3 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro orientador clínico; • Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais da UCCI-
-------------------------------	-----------	---------------------	---

11. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da observação da realização de técnicas de mobilização, posicionamento e transferência no espaço temporal destinado à prática das mesmas e da auscultação dos participantes acerca da importância da alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações da imobilidade no início da sessão prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 356-357). Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. 2013. *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Secretaria Regional da Solidariedade Social e Direção Regional da Solidariedade Social, n.d. *Manual do Cuidador - Cuidados à Pessoa Dependente*. Governo dos Açores. Disponível em: http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/0E9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932096/M5_Idoso_dependente_SITE.pdf

Thomas, D., McMahon, A.; Thomas, Y. (2012). *Moving and Handling People: The New Zealand Guidelines*. Disponível em: <http://www.acc.co.nz/preventing-injuries/at-work/industry-specific-safety/moving-and-handling-people-nz-guidelines/index.htm>

Anexo I – Apresentação em Power Point da Formação

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Enfermeira Nádia Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



junho de 2021

SUMÁRIO

1. Objetivos
2. Mobilidade
3. Mecânica Corporal
 - 3.1. Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas
4. Posicionamentos
 - 4.1. Decúbito Dorsal
 - 4.2. Decúbito Semidorsal
 - 4.3. Decúbito Lateral
 - 4.4. Posicionamento em Fowler
5. Transferências
 - 5.1. Mobilidade no Leito
 - 5.2. Transferências da Pessoa Dependente
 - 5.3. Correção do Posicionamento na Cadeira
6. Considerações finais
7. Referências Bibliográficas

1. OBJETIVOS

Geral:

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao cliente com alteração da mobilidade;

Específicos:

- Sensibilizar para a importância da alternância de decúbitos e levante na prevenção de complicações da imobilidade;
- Demonstrar a mecânica corporal adequada e a correta mobilização, posicionamentos e transferência do cliente.

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

3

2. MOBILIDADE

Movimento Corporal: Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações.

CIPE Versão 2015

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

4

2. MOBILIDADE

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Causas das Alterações da Mobilidade:



Ordem dos Enfermeiros (2003)

5

2. MOBILIDADE

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Consequências da Imobilidade:



6

3. MECÂNICA CORPORAL

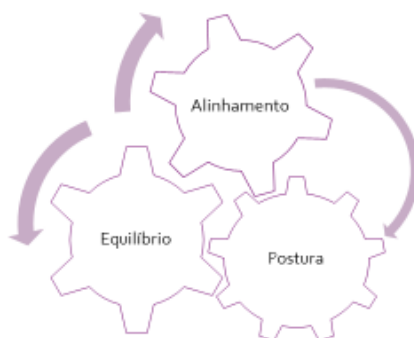
Mecânica Corporal: esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular.

Potter & Perry, 2006 (in Ordem dos Enfermeiros, 2013)



PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

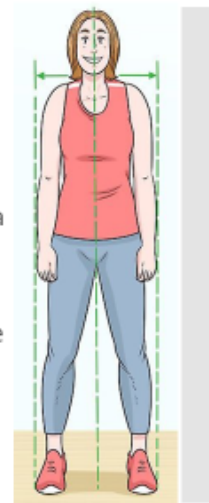
3. MECÂNICA CORPORAL



3.1.PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- -ESQUELÉTICAS

POSTURA CORRETA:

- **Cabeça:** ereta, alinhada com a coluna vertebral;
- **Coluna:** alinhada;
- **Membros superiores:** ao longo do corpo (ligeira flexão dos cotovelos);
- **Membros inferiores:** alinhados com a anca e maléolo (joelhos ligeiramente fletidos);
- **Pés:** paralelos, virados para a frente;
- **Músculos:** abdominais e nádegas contraídos.



3.1.PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- -ESQUELÉTICAS

BASE DE SUSTENTAÇÃO:

- Área onde a pessoa está apoiada.
- Quanto maior a base de sustentação, maior a estabilidade.
- Atenção à posição e orientação dos pés.



3.1.PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- -ESQUELÉTICAS

- Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do cliente;
- Segurar um peso junto do corpo requer menos esforço que segurar o peso com os braços estendidos;



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Órgão das Enfermeiras (2002)

11

3.1.PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- -ESQUELÉTICAS

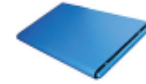
- Analisar quais os recursos humanos e técnicos disponíveis e a ajuda que o cliente pode dar: **cada profissional não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal;**
- Identificar quem coordena os movimentos;
- Criar uma boa base de sustentação primeiro;
- Na execução de esforços, manter a coluna direita, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco e colocar a força nos músculos dos membros inferiores;

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

12

3.1. PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- -ESQUELÉTICAS

- Utilizar sempre que possível:
 - Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento;
 - Auxiliares mecânicos: tábua de transferência, transfer, elevadores, resguardos ou outros.
- Utilizar pegadas consistentes;
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- Respeitar a funcionalidade e estado do cliente.



4. POSICIONAMENTOS

Posicionar: Executar: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição.

CIPE Versão 2015

Objetivos:

- Promover e/ou minimizar as complicações da imobilidade;
- Promover o conforto

4. POSICIONAMENTOS

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Material Necessário:

- Almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento que se pretende. (70x40cm; 55x30cm; 30x20cm) e rolos de diferentes dimensões;



- Superfície de apoio (colchões estáticos, de poliuretano e espuma de alta especificidade e dinâmicos).

15

4. POSICIONAMENTOS

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Princípios:

- Planear a atividade de acordo com o nível de dependência e a situação clínica;
- Instruir o cliente sobre o procedimento e solicitar a sua colaboração de acordo com as suas capacidades;
- Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável, o peso corporal distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares;

16

4. POSICIONAMENTOS

Frequência:

- A pessoa em situação de imobilidade deve ser posicionada de **2 em 2 horas**.

MAS...

- ...mobilidade da pessoa
- ...condição clínica
- ...objetivos do tratamento
- ...condições globais da pele
- ...superfícies de apoio usadas

4. POSICIONAMENTOS

Ao alternar decúbitos:

- Movimentos suaves e firmes;
- Redistribuir a pressão;
- Evitar contato com dispositivos médicos (ex. algalias e SNG);
- Se utilizado resguardo: colocar desde a região escapulo-umeral até à região poplíteia;
- Manter a roupa esticada, mas cobertores folgados nos pés;
- Avaliar regularmente a pele.



4. POSICIONAMENTOS

- Decúbito dorsal;
- Decúbito semidorsal (direito/esquerdo);
- Decúbito lateral (direito/esquerdo);
- Decúbito ventral;
- Decúbito semiventral (direito/esquerdo);
- Posição de Fowler.

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

19

4.1. DECÚBITO DORSAL



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermarias (2022)

20

4.1. DECÚBITO DORSAL

- Posicionar a pessoa de forma que fique centrada na cama;
- Colocar almofada para apoio da cabeça e da cintura escapular para apoio de toda a região cervical, evitando tensão e flexão da região cervical;



4.1. DECÚBITO DORSAL

Membros superiores:

- Ao longo do corpo com os cotovelos em extensão, antebraço voltado para baixo e punho ligeiramente levantado;

Ou:

- Escapulo-umeral em abdução e rotação externa, dorso da mão apoiado na almofada (braço a formar um "L";



4.1. DECÚBITO DORSAL

Membros inferiores:

- Coxofemoral em extensão; pode ser colocada almofada sob a região trocantérica para prevenir a rotação externa do membro;
- Colocação de uma pequena almofada na região poplíteia para relaxar os músculos abdominais;
- Se necessário, colocar pequenas almofadas nas regiões aquilianas para aliviar a pressão dos calcâneos;
- Posicionar o pé em ângulo reto com o auxílio de almofadas.



4.2. DECÚBITO SEMIDORSAL



4.2. DECÚBITO SEMIDORSAL

- Almofada sob a região cervical e cabeça;
- Almofada colocada na região dorsal, desde os ombros até à crista ilíaca;



4.2. DECÚBITO SEMIDORSAL

Membros Superiores:

- **Do lado do decúbito:** ligeira abdução e rotação interna da escapulo-umeral, a mão apoiada na cama ou flexão do cotovelo, antebraço em supinação e mão em extensão apoiada em almofada;
- **Do lado oposto ao decúbito:** escapulo-umeral em ligeira abdução, cotovelo em ligeira flexão, punho em posição neutra, dedos em extensão, todo o membro apoiado na almofada.



4.2. DECÚBITO SEMIDORSAL

Membros Inferiores:

- **Do lado do decúbito:** posiciona-se na base da cama, com coxofemoral e joelho em ligeira flexão e pé em posição neutra;
- **Do lado oposto ao decúbito:** o membro inferior está todo apoiado na almofada. Posiciona-se a coxofemoral e o joelho em extensão ou ligeira flexão apoiado na almofada; pé em posição neutra.



4.3. DECÚBITO LATERAL



4.3. DECÚBITO LATERAL

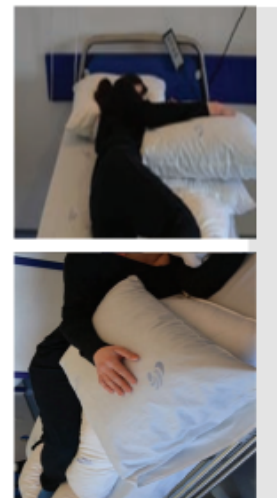
- Posicionar a cabeça sobre a almofada, que deve ter a mesma altura que a distância do ombro ao pescoço;
- Almofada a apoiar as costas, se necessário;



4.3. DECÚBITO LATERAL

Membros Superiores:

- **Do lado do decúbito:** escapulo-umeral e cotovelo em flexão; antebraço apoiado na cama ou com uma almofada pequena se necessário (evitar a retração da escapulo-umeral);
- **Do lado oposto ao decúbito:** flexão da escapulo-umeral fazendo um ângulo de aproximadamente 90°. Membro apoiado na almofada com antebraço voltado para baixo, punho e dedos em extensão.



4.3. DECÚBITO LATERAL

Membros Inferiores:

- Colocar almofada de comprimento igual ou superior ao tamanho da perna do lado para onde se vai virar a pessoa. Verificar se a altura da almofada é adequada para não colocar o membro em adução ou abdução;



4.3. DECÚBITO LATERAL

Membros Inferiores:

- **Do lado do decúbito:** apoiado na cama com ligeira flexão do joelho e pé em posição neutra;
- **Do lado oposto ao decúbito:** Posicionar o membro inferior sobre almofada; a articulação coxofemoral e joelho formam um ângulo de 90°. O pé deve estar em posição neutra para que o trocânter, joelho e maléolo externo se encontrem no mesmo plano, apoiados na almofada;



4.4. POSIÇÃO DE FOWLER



Mobidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermeiras (2022)

33

4.4. POSIÇÃO DE FOWLER

- Partindo do decúbito dorsal elevar a cabeceira do leito entre 30 e 60°;



Mobidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermeiras (2022)

34

4.4. POSIÇÃO DE FOWLER

Membros superiores:

- Ligeira flexão da escapulo-umeral, flexão do cotovelo, pronação e extensão do punho;

Membros inferiores:

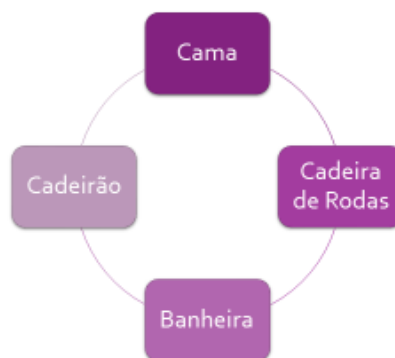
- Coxofemoral em flexão e ligeira abdução, joelhos em flexão.



5. TRANSFERÊNCIAS

Transferir: mover alguém ou alguma coisa de um local para outro.

CIPE Versão 2015



5. TRANSFERÊNCIAS

- A técnica a utilizar depende da colaboração que a pessoa pode dar.
- **Garantir segurança de cuidador e cliente:**
 - Necessidades e capacidades da pessoa;
 - Tamanho e peso;
 - Capacidade de compreender e vontade de colaborar;
 - Condições clínicas.

5. TRANSFERÊNCIAS

- Segurar a pessoa com firmeza.
- Sempre que possível usar meios auxiliares (elevadores mecânicos, tábuas de transferência, cintos com pegas, pranchas ou resguardos).
- **Prevenção de quedas:**
 - O uso de calças facilita o procedimento;
 - Calçado fechado e antiderrapante.

5.1. MOBILIDADE NO LEITO



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermarias (2022)

39

5.1. MOBILIDADE NO LEITO

- Ajustar a altura da cama ao profissional.
- Deve ser feita, preferencialmente, por dois profissionais em movimentos sincronizados;
- Usar sempre que possível o resguardo ou acessório de deslize.

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

40

5.1. MOBILIDADE NO LEITO

COM DOIS PROFISSIONAIS, UTILIZANDO RESGUARDO:

- Retirar as almofadas da cama;
- Baixar a cabeceira e os pés da cama;
- Colocar as pernas da pessoa com os joelhos dobrados;
- O resguardo deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na prensão e melhor controlar o movimento;
- Ao mesmo tempo levantar o resguardo e puxar para cima e/ ou lado.



Ordem das Enfermeiras (2002)



5.1. MOBILIDADE NO LEITO

COM DOIS PROFISSIONAIS, SEM RESGUARDO:

Mobilizar na largura do leito (esquerda/direita):

- Os profissionais devem colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada a pessoa.



Mobilizar para cima ou para baixo:

- Os profissionais devem colocar-se um de cada lado do leito.



5.1. MOBILIDADE NO LEITO

COM DOIS PROFISSIONAIS, SEM RESGUARDO:

Fazer deslizar o corpo da pessoa sobre o leito, colocando os antebraços sob o corpo nos seguintes locais:

- **Cintura escapular:** a mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto;
- **Região dorsal:** entre a cintura escapular e a região lombar;
- **Cintura pélvica:** ao nível da segunda vértebra sagrada;
- **Cavado poplíteo**



5.1. MOBILIDADE NO LEITO

COM UM PROFISSIONAL:

- Usar os mesmos princípios de colocação do antebraço sob o corpo;
- Verificar se a força a exercer é compatível com a que pode despendar;
- Deslocar em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores).



5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE



Mobidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

45

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

CAMA PARA CADEIRA DE RODAS OU CADEIRÃO

- Providenciar o material necessário (ex. cadeira de rodas ou cadeirão, cintos de segurança, tábuas ou elevadores mecânicos);
- Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e coloca-lo paralelo à cama.



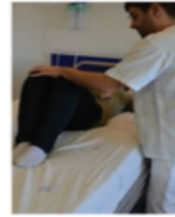
Mobidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

46

5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

**CAMA PARA CADEIRA DE RODAS OU
CADEIRÃO**

- Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos;
- Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra na região trocantérica e rodar a pessoa;



5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

**CAMA PARA CADEIRA DE RODAS OU
CADEIRÃO**

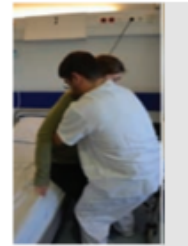
- Assistir na elevação do tronco com uma mão e ao mesmo tempo fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado;
- Com a pessoa sentada na beira do leito fazê-la apoiar as mãos na cama, descer a base da cama para que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que está calçada ou usa meias antiderrapantes;



5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

CAMA PARA CADEIRA DE RODAS OU CADEIRÃO

- Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição de pé;
- Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;



5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

CAMA PARA CADEIRA DE RODAS OU CADEIRÃO

Na pessoa com grau de dependência elevado ou que não colabora

- A transferência deve ser feita **SEMPRE** com a ajuda de meios mecânicos, exceto se houver algum obstáculo que o impeça.



- Nesse caso, se o peso e altura o permitirem, a transferência poderá ser feita por duas pessoas, **mas será uma prática não segura** para cliente e profissionais.

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE TRANSFER

- Os transferes devem ser utilizados nas transferências entre a cama e a maca para minimizar o esforço.



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermeiras (2012)

53

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA

- A transferência poderá ser efetuada entre todos os tipos de assento desde que se encontrem a alturas semelhantes.



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

54

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE CINTO DE TRANSFERÊNCIA

- Colocar o cinto ao redor da cintura do cliente e ajustá-lo corretamente, tornando-o seguro para manuseio e confortável para uso;



- Pode ser usado em simultâneo por cuidador e cliente.



5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE ELEVADOR

- Transferências entre todas as superfícies ou transporte entre divisões;
- A carga máxima suportada deve ser sempre verificada no caso de transferências de pessoas com peso elevado;
- O tamanho e o tipo das lonas deve ser ajustado ao tamanho, peso e condições específicas da pessoa para garantir a segurança e o conforto.



5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

USO DE ELEVADOR

- Em pessoas com grau de dependência baixo ou moderado pode ser feito por um profissional;
- Deve ser feito por dois se o grau de dependência for elevado;
- Instruir a pessoa sobre a técnica a executar e solicitar a sua colaboração;
- Providenciar o material necessário e preparar a cadeira/cadeirão para receber a pessoa;

5.2.
TRANSFERÊNCIAS
DA PESSOA
DEPENDENTE

USO DE ELEVADOR

- Rodar ou assistir a pessoa a rodar para o lado;
- Colocar a lona desde a região cervical até à região sagrada;
- Rodar a pessoa para o lado oposto e esticar a lona;



5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

USO DE ELEVADOR

- Deslocar-se para o lado oposto e passar a lona por baixo dos membros inferiores;
- Colocar o elevador em ângulo de 90° com a cama, com triângulo de suspensão por cima da pessoa;
- Fazer descer triângulo de suspensão até cerca de um palmo do doente e aplicar as presilhas superiores nos respetivos ganchos;
- Aplicar as presilhas dos membros inferiores nos ganchos inferiores;



Ordem das Enfermeiras (2022) 57

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

USO DE ELEVADOR

- Elevar triângulo, verificando se a pessoa está bem apoiada, destravar elevador e desloca-lo até que a pessoa esteja centrada sobre a cadeira onde vai permanecer sentada;
- Fazer descer o triângulo, apoiando a pessoa;
- Retirar a lona e posicionar na cadeira.



Ordem das Enfermeiras (2022); Thomas, McManis & Thomas (2022) 58

5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE ELEVADOR

- Para efetuar a transferência da cadeira/cadeirão para a cama utiliza-se o mesmo procedimento pela ordem inversa;



5.2. TRANSFERÊNCIAS DA PESSOA DEPENDENTE

USO DE ELEVADOR



- Sempre que possível, a pessoa deve participar ativamente nos procedimentos.

5.3. CORREÇÃO DO POSICIONAMENTO NA CADEIRA



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

61

5.3. CORREÇÃO DO POSICIONAMENTO NA CADEIRA

GRAU DE DEPENDÊNCIA BAIXO OU MODERADO

- Instruir a pessoa sobre a técnica a executar;
- Aproximar os pés da pessoa do cadeirão;
- Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente



Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Ordem das Enfermeiras (2020)

62

5.3.
**CORREÇÃO DO
POSICIONAMENTO
NA CADEIRA**

GRAU DE DEPENDÊNCIA BAIXO OU MODERADO

- Elevar a pessoa e voltar a sentá-la (verificar se a região poplíteia está próxima do cadeirão);
- Verificar se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90º de flexão e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeirão.



5.3.
**CORREÇÃO DO
POSICIONAMENTO
NA CADEIRA**

GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO

- Utilizar elevador;
OU
- Colocar-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços;
- Para maior estabilidade e segurança, segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o direito com a mão esquerda;



5.3.
**CORREÇÃO DO
POSICIONAMENTO
NA CADEIRA**

GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO

- Fletir os joelhos e alinhar a coluna;
- Efetuar extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa;
- Colocar a força nas coxas;
- Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.



5.3.
**CORREÇÃO DO
POSICIONAMENTO
NA CADEIRA**

GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO

Com Dois Profissionais:

- Colocar-se um à esquerda e outro à direita da cadeira/cadeirão, de frente um para o outro;
- Enrolar o resguardo e segurar firmemente com uma mão ao nível dos ombros da pessoa e outra ao nível do cavado poplíteo;

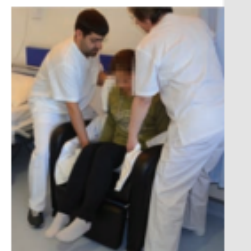
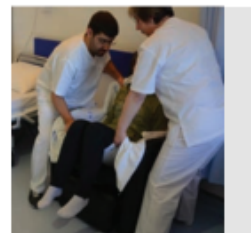


5.3. CORREÇÃO DO POSICIONAMENTO NA CADEIRA

GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO

Com Dois Profissionais:

- Elevar, com o resguardo, os membros inferiores;
- Mantendo os membros inferiores elevados, puxar o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente;
- Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.



VAMOS TREINAR?





6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Minimizar os efeitos da imobilidade implica o diagnóstico precoce e o planeamento de intervenções que visem a prevenção de complicações e a manutenção ou recuperação da funcionalidade, o que se traduz em ganhos importantes para a pessoa em independência e qualidade de vida.
- Contudo, a mobilização, posicionamento e transferência envolvem movimentos e sustentação de cargas que podem resultar em lesões para os profissionais que os executam. Como tal, é essencial que se respeitem os princípios da mecânica corporal e se utilizem recursos mecânicos e produtos de apoio adequadamente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 356-357). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. 2013. *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Secretaria Regional da Solidariedade Social e Direção Regional da Solidariedade Social, n.d. *Manual do Cuidador - Cuidados à Pessoa Dependente*. Governo dos Açores. Disponível em: http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/0E9B9DA2-2C7D-4754-95B4-057B3DD1DD3A/932096/M5_Idoso_dependente_SITE.pdf
- Thomas, D., McMahon, A., Thomas, Y. (2012). *Moving and Handling People: The New Zealand Guidelines*. Disponível em: <http://www.acc.co.nz/preventing-injuries/at-work/industry-specific-safety/moving-and-handling-people-nz-guidelines/index.htm>

Obrigada pela vossa
atenção!

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Mobilidade, Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Enfermeira Nádja Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



junho de 2021

**Apêndice 10 – Plano da Sessão de Formação
“Otimização da Inaloterapia”**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Otimização da Inaloterapia

Nádia Garcia Soares N°9571

Lisboa
2021



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Otimização da Inaloterapia

Nádia Garcia Soares N°9571



Orientador Clínico: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação [REDACTED]

Docente Orientador: Professor José Carlos Magalhães



Lisboa
2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE	Câmara Expansora
DPI	Inaladores de Pó Seco – <i>Dry Powder Inhaler</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Ex.	Exemplo
LABA	Beta-2-Agonista de Ação Longa - <i>Long Acting β Agonist</i>
LAMA	Anti Muscarínico de Ação Longa - <i>Long Acting Antimuscarinic</i>
Min.	Minutos
pMDI	Inaladores Pressurizados Doseáveis - <i>Pressurized Metered Dose Inhaler</i>
SABA	Beta-2-Agonista de Ação Curta - <i>Short Acting β Agonist</i>
SAMA	Anti Muscarínico de Ação Curta - <i>Short Acting Antimuscarinic</i>
Seg.	Segundos
SMI	Inaladores de Névoa Suave – <i>Soft Mist Inhaler</i>
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO	1
2. DURAÇÃO DA SESSÃO	1
3. DATA DA SESSÃO	1
4. LOCAL DA SESSÃO	1
5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR	1
6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA SESSÃO	1
7. CONTEÚDOS DA SESSÃO	1
8. OBJETIVO GERAL	2
9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	2
11. AVALIAÇÃO	3
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	5
ANEXOS	0
Anexo I – Apresentação em Power Point da Formação	1

1. DESIGNAÇÃO DA SESSÃO

Otimização da Inaloterapia

2. DURAÇÃO DA SESSÃO

60 minutos (das 11h00 às 12h00).

3. DATA DA SESSÃO

04 de junho de 2021.

4. LOCAL DA SESSÃO

Sala de Enfermagem [REDACTED]

5. IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR

Enfermeira Nádia Soares, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA SESSÃO

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados

[REDACTED].

7. CONTEÚDOS DA SESSÃO

- Inaloterapia
- Fármacos e Dispositivos Inalatórios
- Técnica Inalatória
- Câmaras Expansoras
- Papel do Enfermeiro na Otimização da Inaloterapia

8. OBJETIVO GERAL

- Capacitar os Enfermeiros da UCCI- [REDACTED] para otimizar a inaloterapia.

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Identificar os diferentes fármacos e dispositivos inalatórios e respetivas técnicas de utilização;
- Referir os erros mais comuns na realização da Inaloterapia;
- Explicar a correta utilização das câmaras expansoras.

10. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Conteúdo	Tempo	Metodologia	Recursos
Apresentação do formando e da temática e objetivos da sessão	2 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro orientador clínico; • Equipa de Enfermagem da UCCI- [REDACTED]
Apresentação dos conteúdos da sessão	40 minutos	• Método Expositivo • Método Ativo • Método Demonstrativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Câmara expansora; • Inaladores; • Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem da UCCI- [REDACTED]
Esclarecimentos de dúvidas relativas à sessão e à prática diária de cuidados	5 minutos	• Método Ativo • Método Demonstrativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Câmara expansora; • Inaladores;

			• Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem da UCCI- [REDACTED]
Avaliação da Sessão	10 minutos	• Método Interrogativo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro Orientador Clínico; • Equipa de Enfermagem da UCCI- [REDACTED]
Encerramento da sessão	3 minutos	• Método Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Tela de projeção; • PowerPoint; • Equipamento de Proteção Individual; • Cadeiras; • Enfermeiro orientador clínico; • Equipa de Enfermagem da UCCI- [REDACTED]

11. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através aferição da adesão dos participantes à sessão e do nível de motivação, interesse e participação manifestado ao longo da mesma.

No final da sessão serão ainda colocadas três questões aos participantes:

- Identifique dois fármacos e dispositivos inalatórios e respetivas técnicas de utilização;
- Refira dois erros comuns na realização da Inaloterapia;
- Explique a correta utilização de uma câmara expansora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. et al (2017). *Terapêutica Inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 25(1), 9-26.
Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v25n1/25n1a02.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Cordeiro, M.C. & Mateus, D. (2014). Dispositivos inalatórios In Cordeiro, M.C. *Terapêutica inalatória: princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 48-63). Loures: Lusodidacta
- Cordeiro, M.C. (2014). *Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios*. Loures: Editora Lusodidacta
- Cordeiro, M.C (2017). *Terapêutica Inalatória: Dificuldades, erros críticos, doentes e profissionais de saúde*. Dossier especial II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem In Enfermeiro Anuário. Ano 2 (2), 5-10 In: Vida Saudável, Suplemento comercial publicado com o Diário de Notícias de 11 de Maio de 2019
- Cordeiro, M., & Brito, E. (2020). *Saber + 2.0. Webinares: Reabilitação Respiratória para EEER - Terapêutica Inalatória Nas Doenças Respiratórias nos CSP*. Webinar promovido pela Secção Centro da Ordem dos Enfermeiros, Coimbra
- Direção Geral de Saúde (2013) Orientação sobre Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia. Orientação nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102013-de-02082013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2011) Norma de Orientação Clínica Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização. Norma nº 021/2011 de 28/09/2011 atualizada a 11/09/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/>

saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/normas-e-orientacoes.aspx

Direção Geral de Saúde (2017) Orientação sobre Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma nº 010/2017 de 26/06/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Fontes, A. (2015). *Dispositivos Inalatórios: a Escolha e a Otimização da Terapêutica Inalatória* (Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade de Coimbra

National Asthma Council Australian. *Inhaler technique: Device-specific checklists*. Acedido a 17/05/2021 Disponível em: https://d8z57tiamduo7.cloudfront.net/resources/Inhaler-technique-checklist_NPS_Medicinewise_2020.pdf

Anexo I – Apresentação em Power Point da Formação



Otimização da Inaloterapia

Enfermeira Nádia Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

junho de 2021





SUMÁRIO

1. Objetivos
2. Inaloterapia
3. Fármacos e Dispositivos Inalatórios
4. Técnica Inalatória
5. Câmaras Expansoras
6. Papel do Enfermeiro na Otimização da Inaloterapia
7. Considerações finais
8. Referências Bibliográficas

Otimização da Inaloterapia



1. OBJETIVOS

Geral:

- Capacitar os Enfermeiros da UCCI para otimizar a inaloterapia.

Específicos:

- Identificar os diferentes fármacos e dispositivos inalatórios e respetivas técnicas de utilização;
- Referir os erros mais comuns na realização da Inaloterapia;
- Explicar a correta utilização das câmaras expansoras.

Otimização da Inaloterapia



2. INALOTERAPIA

Inaloterapia: Terapia.

Otimizar: Manter: conseguir o melhor resultado.

CPE Versão 2015

Otimização da Inaloterapia



2. INALOTERAPIA

VIA INALATÓRIA	
Via de eleição para administração de fármacos para tratamento de doenças respiratórias;	
Melhoria da qualidade de vida dos doentes respiratórios crónicos;	
Diversidade de fármacos e dispositivos permite ajuste às características e necessidades do doente;	

Otimização da Inaloterapia



2. INALOTERAPIA

VANTAGENS DA VIA INALATÓRIA:

- Deposição direta do fármaco no pulmão;
- Rápido início de ação;
- Maior eficácia;
- Necessidade de doses menores que as utilizadas por via sistémica;
- Redução de efeitos secundários;
- Fármacos exclusivos da via inalatória.



Otimização da Inaloterapia

2. INALOTERAPIA

"Uma terapêutica teoricamente eficaz não terá sucesso se não for utilizada corretamente."

Dra. Elsa Fragoso, 2018



Mesmo em condições ideais, apenas 10% a 35% do fármaco atinge o pulmão!

Cordeiro (2014)

Otimização da Inalação

2. INALOTERAPIA

EFICÁCIA CONDICIONADA POR:

- Formulação e tamanho aerodinâmico das partículas do fármaco;
- Idade do cliente;
- Capacidade funcional;
- Características anatómicas das vias aéreas;
- Padrão ventilatório do cliente;
- Capacidade de correto desempenho da técnica inalatória;
- Características dos dispositivos inalatórios.




Otimização da Inalação

3. FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

FÁRMACOS UTILIZADOS POR VIA INALATÓRIA

```

graph TD
    A[FÁRMACOS UTILIZADOS POR VIA INALATÓRIA] --> B[Broncodilatadores]
    A --> C[Corticosteroides]
    B --> D[Beta-2-Agonistas]
    B --> E[Anticolinérgicos Anti Muscarínicos]
    D --> F[SABA]
    D --> G[LABA]
    E --> H[SAMA]
    E --> I[LAMA]
  
```

Otimização da Inalação

3. FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

FÁRMACOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

FÁRMACO	TIPO DE INALADOR	DISPONÍVEL NA FARMÁCIA	DURAÇÃO DE AÇÃO
Beta-agonista - ação curta			
Salmeterol	MDI DPI	Sim	12 horas
Formoterol	DPI	Sim	12 horas
Beta-agonista - ação longa			
Formoterol	DPI	Sim	12 horas
Indacaterol	DPI	Sim	24 horas
Olodaterol	DPI	Sim	24 horas
Salmeterol	DPI	Sim	12 horas
Anticolinérgico - ação curta			
Tiotropio	MDI DPI	Sim	24 horas
Anticolinérgico - ação longa			
Aciclovir	DPI	Sim	12 horas
Clonazepam	DPI	Sim	12 horas
Tiotropio	DPI	Sim	24 horas
Umeclidina	DPI	Sim	24 horas
Combinação de ação curta Beta-2-Agonista / Anticolinérgico			
Salmeterol / Tiotropio	DPI	Sim	12 horas
Combinação de ação longa Beta-2-Agonista / Anticolinérgico			
Formoterol / Tiotropio	DPI	Sim	12 horas
Indacaterol / Clonazepam	DPI	Sim	24 horas
Olodaterol / Salmeterol	DPI	Sim	24 horas
Umeclidina / Salmeterol	DPI	Sim	24 horas

Adaptado de Eurico Silva (MGF) in Cordeiro, M., & Brito, E. (2020)

Otimização da Inalação

3. FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

TIPOS DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS:

- Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDI);
- Inaladores de pó seco (DPI);
- Inaladores de Névoa Suave (SMI);
- Sistemas de nebulização pneumáticos, ultrassônicos e eletrónicos.



Aguiar, R. et al (2017)

Otimização da Inalação

3. FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

FÁRMACOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

FÁRMACO	TIPO DE INALADOR	DISPONÍVEL NA FARMÁCIA	DURAÇÃO DE AÇÃO
Beta-agonista - ação curta			
Salmeterol	MDI DPI	Sim	12 horas
Formoterol	DPI	Sim	12 horas
Beta-agonista - ação longa			
Formoterol	DPI	Sim	12 horas
Indacaterol	DPI	Sim	24 horas
Olodaterol	DPI	Sim	24 horas
Salmeterol	DPI	Sim	12 horas
Anticolinérgico - ação curta			
Tiotropio	MDI DPI	Sim	24 horas
Anticolinérgico - ação longa			
Aciclovir	DPI	Sim	12 horas
Clonazepam	DPI	Sim	12 horas
Tiotropio	DPI	Sim	24 horas
Umeclidina	DPI	Sim	24 horas
Combinação de ação curta Beta-2-Agonista / Anticolinérgico			
Salmeterol / Tiotropio	DPI	Sim	12 horas
Combinação de ação longa Beta-2-Agonista / Anticolinérgico			
Formoterol / Tiotropio	DPI	Sim	12 horas
Indacaterol / Clonazepam	DPI	Sim	24 horas
Olodaterol / Salmeterol	DPI	Sim	24 horas
Umeclidina / Salmeterol	DPI	Sim	24 horas

Eurico Silva (MGF) in Cordeiro, M., & Brito, E. (2020)

Otimização da Inalação

FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

FÁRMACOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

pMDI	DPI (Unidose e Multidose)		SMI

Adaptado de Carmo-Cordeiro, in Cordeiro, M., & Brito, E. (2020).

FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

FÁRMACOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

DPOC	ASMA

Carmo-Cordeiro, in Cordeiro, M., & Brito, E. (2020).

FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

SEQUÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DOS FÁRMACOS:

Quando prescritos no mesmo horário

1. Broncodilatadores

↓ 5 a 10 minutos

2. Corticosteroides

Aguilar, R. et al (2017); Cordeiro, M., & Brito, E. (2020).

FÁRMACOS E DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

CUIDADOS PÓS-ADMINISTRAÇÃO DE CORTICOIDES INALADOS:

- Lavagem da boca e face (se utilizada máscara), sem deglutir a água;
- Aguardar pelo menos 10 minutos para comer ou beber.

Cordeiro, M., & Brito, E. (2020).

TÉCNICA INALATÓRIA

ERROS CRÍTICOS COMUNS:

- Preparação e manuseamento;
- Não retirar a tampa;
- Não utilizar o inalador na posição adequada;
- Utilização incorreta do dispositivo;
- Técnica inalatória incorreta;

Cordeiro, M., & Brito, E. (2020).

TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

TÉCNICA INALATÓRIA

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aquecê-lo entre as mãos e adaptá-lo novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;

Atuação da Inaladora Aguilar, R. et al. (2012), DGS (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

TÉCNICA INALATÓRIA

6. Efetuar uma expiração lenta até à capacidade de reserva funcional;
7. Colocar o bocal entre os lábios, cerrando-os, e a língua por baixo;
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;
9. Continuar a inspirar lenta e profundamente até à capacidade pulmonar total (3-5 seg.);
10. Fazer pausa inspiratória de 10 segundos;
11. Realizar uma expiração forçada;

Atuação da Inaladora Aguilar, R. et al. (2012), DGS (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

ERROS COMUNS

- Não retirar a tampa;
- Não agitar o inalador antes da utilização;
- Não expirar antes da inalação - "deitar todo o ar fora";
- Utilizar o inalador em posição inadequada (de P);
- Dificuldade na coordenação "mão-pulmão";
- Inspirar muito lenta e superficialmente;
- Não efetuar pausa inspiratória de 5 a 10 segundos;
- Efeito "cold freon";
- Não aguardar 30 seg. a 1 min. para a 2ª inalação ("puff").

Atuação da Inaladora Aguilar, R. et al. (2012); Fontes, A. (2005)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

ESPECIFICIDADES

- Uso individual!
- Na primeira utilização e após um intervalo de tempo sem ser utilizado, antes da utilização devem ser realizadas 3-4 ativações para o ar;
- Se tiver sido prescrito mais que uma inalação ("puff"), aguardar 30 Seg. a 1 Min. para nova inalação;
- Agitar sempre antes da utilização, de forma a garantir a dose adequada de fármaco;

Atuação da Inaladora Cordato, M., & Brito, E. (2020), DGS (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

ESPECIFICIDADES

- O flutiform® k-haler® é ativado pela respiração (BTI - breath-triggered inhaler), por isso, não necessita de coordenação mão-pulmão.
- Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem;

Atuação da Inaladora Cordato, M., & Brito, E. (2020), DGS (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

ESPECIFICIDADES

- Quando não existir contador de doses:
 - Técnica de flutuação/submersão do canister na água (método falível e desaconselhado por prejudicar o funcionamento da válvula do dispositivo);
 - Tail-off: é a redução progressiva de fármaco pulverizado à medida que o dispositivo esvazia;
 - Contagem do número de doses pelo utilizador;

Atuação da Inaladora Aguilar, R. et al. (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES PRESSURIZADOS DOSEÁVEIS (pMDI)

HIGIENIZAÇÃO

- Limpeza do bucal com um pano húmido, de forma a retirar resíduos;
- 2-3 vezes por semana:
 - Retirar o canister e lavar a embalagem plástica (atuador) com água morna e detergente suave e secar bem.



Aguiar, F. et al (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)



Cordêiro, M., & Brito, F. (2020)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

TÉCNICA INALATÓRIA GERAL

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador;
3. Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI;
4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);

DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

TÉCNICA INALATÓRIA GERAL

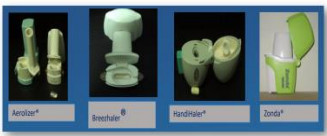
5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar;
6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca;
7. Sustentar a respiração durante 10 segundos;
8. Expirar lentamente;
9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador.

DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI UNIDOSE



Cordêiro, M., & Brito, F. (2020)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

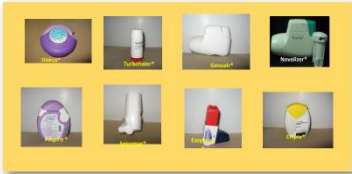
TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI UNIDOSE

Dispositivos unidose	Instruções
Aerolizer® (3)	1. Retirar a tampa; 2. Alisar, rodando no sentido do visto; 3. Colocar a cápsula no compartimento e fechar; 4. Apertar os perfis laterais (para perfurar a cápsula); 5. Respirar; 6. Selar lábios no bocal; 7. Respirar profunda e rapidamente; 8. Sustentar a respiração durante 5-10 segundos; 9. Alisar o bocal, tirar a cápsula usada e verificar se está vista.
Brechhaler® (4)	1. Retirar a tampa de proteção e, posteriormente, o bocal; 2. Colocar a cápsula no dispositivo e fechar o bocal; 3. Dispositivo na vertical – corrigir no mesmo tempo os perfis laterais para perfurar a cápsula (ajudar); 4. Respirar; 5. Dispositivo na horizontal – selar lábios no bocal e inalar rápida e profundamente (sustentar a respiração); 6. Sustentar a respiração 5-10 segundos; 7. Alisar o bocal, tirar a cápsula usada e verificar se está vista.
Handihaler® (5)	1. Alisar a tampa de proteção e, posteriormente, o bocal; 2. Colocar a cápsula e fechar o bocal (ajudar); 3. Dispositivo na vertical – corrigir no mesmo tempo para perfurar a cápsula; 4. Respirar; 5. Dispositivo na horizontal – selar lábios no bocal e inalar rápida e profundamente (sustentar a respiração); 6. Sustentar a respiração 5-10 segundos; 7. Alisar o bocal, tirar a cápsula usada e verificar se está vista.

Aguiar, F. et al (2012)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI MULTIDOSE



Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI MULTIDOSE

Dispositivos multidoses	Instruções	Notas
Accuhaler® (DPI)	1. Colocar o pólipo na ranhura e apertar o clip. 2. Inserir o pólipo até ouvir um clique. 3. Expirar. 4. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 5. Segurar a expiração 5-10 segundos. 6. Respirar a tempo novamente até ouvir clique.	• Cada vez que o pólipo é puxado a cápsula é carregada para a dose. • Apenas com o pólipo (DPI) a pólipo. • O pólipo deve ser usado antes de 30 dias. • O pólipo deve ser usado antes de 30 dias.
Exhaler® (DPI)	1. Respirar a tempo. 2. Apertar o dispositivo. 3. Expirar. 4. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 5. Segurar a expiração 5-10 segundos. 6. Respirar a tempo novamente até ouvir clique.	• Necessário de um último respiratório mínimo de 20 litros (baixo).
Ellipta® (DPI)	1. Respirar a tempo. 2. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 3. Não respirar os medicamentos com os dedos. 4. Segurar a expiração 5-10 segundos. 5. Respirar a tempo para a próxima inalação.	

Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020); Aguiar, R. et al (2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI MULTIDOSE

Dispositivos multidoses	Instruções	Notas
Fomoter® (DPI)	1. Retirar o pólipo do dispositivo e deixar a boca aberta. 2. Inserir o pólipo. 3. Expirar. 4. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 5. Segurar a expiração 5-10 segundos. 6. Respirar a tempo.	
Genzio® (DPI)	1. Respirar a tempo. 2. Apertar o dispositivo sempre na horizontal. 3. Pressionar o botão de disparo - ouvir o clique - inalar rapidamente e profundamente. 4. Expirar. 5. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente - ouvir o clique e respirar a tempo novamente para a próxima inalação. 6. Segurar a expiração 5-10 segundos.	• Dispositivo muito silencioso no Genzio® não há percepção com o fôlego. • No caso do Genzio® não se deve fazer com o dedo indicador a pólipo da boca de cor e não há dispositivo para dose.
Nasaltec® (DPI)	1. Respirar a tempo. 2. Apertar o dispositivo sempre na horizontal. 3. Pressionar o botão de disparo - ouvir o clique - inalar rapidamente e profundamente. 4. Expirar. 5. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente - ouvir o clique e respirar a tempo novamente para a próxima inalação. 6. Segurar a expiração 5-10 segundos.	• Esse tipo de dispositivo não é recomendado para o uso em crianças. • De acordo com as instruções do produto, deve ser utilizado em crianças a partir de 12 anos. • O pólipo deve ser utilizado de 3 em 3 meses. • O pólipo deve ser utilizado de 3 em 3 meses.

Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020); Aguiar, R. et al (2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
TÉCNICA INALATÓRIA DOS DPI MULTIDOSE

Dispositivos multidoses	Instruções	Notas
Spirimax® (DPI)	1. Respirar a tempo até ouvir um clique. 2. Expirar. 3. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 4. Segurar a expiração 5-10 segundos. 5. Respirar a tempo.	• O espiralizador pode sentir um sabor doce no sabor e no sabor doce. • O espiralizador pode sentir um sabor doce no sabor e no sabor doce. • O espiralizador pode sentir um sabor doce no sabor e no sabor doce.
Turbuhaler® (DPI)	1. Respirar a tempo de dispositivo. 2. Dispositivo no fundo e inalar a tempo para o fundo e para o fundo até ouvir um clique. Durante uma inspiração profunda o dispositivo deve estar na posição vertical. 3. Expirar. 4. Soltar o pólipo no fundo e inalar rapidamente e profundamente. 5. Segurar a expiração 5-10 segundos.	• Quando o dispositivo é usado, o medicamento não é inalado, mas é inalado no dispositivo. • Quando o dispositivo é usado, o medicamento não é inalado, mas é inalado no dispositivo. • Quando o dispositivo é usado, o medicamento não é inalado, mas é inalado no dispositivo.

Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020); Aguiar, R. et al (2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
ERROS COMUNS

- Não carregar a dose;
- Perfurar várias vezes a cápsula dos dispositivos unidos ou não retirar os dedos dos botões laterais;
- Engolir as cápsulas dos dispositivos unidos;
- Perda de pó antes da inalação devido à posição do inalador após carregar a dose;
- Não expirar lentamente antes da inalação ("deitar todo o ar fora");

Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020); Aguiar, R. et al (2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)
ERROS COMUNS

- Não ativar o dispositivo;
- Expirar para dentro do dispositivo;
- Peça bucal incorretamente colocada entre os lábios;
- Inspiração pouco vigorosa;
- Não fazer pausa de 10 Seg. após inspiração;
- Repetição da dose por não sentir o fármaco ou dificuldade em perceber que o fármaco acabou.

Divulgação do medicamento Cordero, M., & Brito, E. (2020); Aguiar, R. et al (2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

ESPECIFICIDADES

- Uso individual!
- O DPI deve ser guardado em local seco (evitar a casa de banho).
- Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;
- Não realizar a expiração forçada com o inalador na boca.

Direção da Instrução DGS(2013), DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE PÓ SECO (DPI)

HIGIENIZAÇÃO

- O bucal deve ser limpo com um lenço de papel, após cada utilização;
- Não lavar o inalador com água ou limpar com pano húmido.

Direção da Instrução DGS(2013), DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)



Direção da Instrução

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

TÉCNICA INALATÓRIA

1. Segurar o inalador na vertical, com a tampa de proteção fechada, rodar a base transparente na direção das setas vermelhas, até ouvir um clique (meia volta);
2. Expirar lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional);
3. Selar os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressionar o botão de libertação de dose e continuar a inspirar lentamente, o máximo que se conseguir;
4. Sustar a respiração 10 segundos;
5. Expirar lentamente.

Direção da Instrução Aguiar, R. et al (2012), DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

ERROS COMUNS

- Agitar;
- Rodar a base com a tampa aberta e libertar doses inadvertidamente;
- Não roda completamente a base até ouvir o clique;
- Ausência de expiração forçada prévia;
- Expiração na direção do inalador;
- Inspiração por via nasal;
- Dificuldade na preparação inicial do fármaco para a 1ª utilização.



Direção da Instrução Aguiar, R. et al (2012), Cordeiro, M., & Brito, E. (2010), DGS(2017)

4. TÉCNICA INALATÓRIA

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

ESPECIFICIDADES

- Uso individual!
- Preparar o inalador antes da primeira utilização e sempre que não for utilizado por um período superior a 21 dias;
- Se não for utilizado durante mais de 7 dias, antes da nova utilização deve libertar-se uma nebulização para o chão;
- Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem.



Direção da Instrução Aguiar, R. et al (2012), DGS(2017)

**4.
TÉCNICA
INALATÓRIA**

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

ESPECIFICIDADES

Preparação antes da 1ª utilização:

1. Com a tampa de proteção fechada, pressionar o botão de segurança e puxar a base transparente;
2. Depois de removida a base transparente, inserir o cartucho no interior do inalador;
3. Pressionar o cartucho contra uma superfície dura, para garantir que foi totalmente introduzido;
4. Recolocar a base transparente no inalador;



Aguilar, R. et al (2017)

Otimização do tratamento

**4.
TÉCNICA
INALATÓRIA**

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

ESPECIFICIDADES

Preparação antes da 1ª utilização:

5. Segurar o inalador na vertical com a tampa de proteção fechada e rodar a base;
6. Abrir totalmente a tampa;
7. Colocar o inalador direcionado para baixo e pressionar o botão de libertação de dose de forma a visualizar uma nuvem.



Aguilar, R. et al (2017)

Otimização do tratamento

**4.
TÉCNICA
INALATÓRIA**

INALADORES DE NÉVOA SUAVE (SMI)

HIGIENIZAÇÃO

- O bucal deve ser limpo com um lenço ou pano húmido, pelo menos uma vez por semana, incluindo a parte metálica dentro do bucal.



Aguilar, R. et al (2017)

Otimização do tratamento

**4.
TÉCNICA
INALATÓRIA**

RESUMO

Quadro n.º 3 – Os três passos da técnica inalatória

Dispositivo de pó seco- DPI	Inalador Pressurizado doseável- pMDI	Inalador de Névoa suave	Inalador Pressurizado doseável com câmara expansora
Expiração Prévia a Inalação			
Inalação Rápida, vigorosa	Inalação lenta e profunda	Inalação Lenta e profunda	Sem expiração prévia Inalação a volume corrente
Pausa inspiratória 10 seg. (contar até 10) / crianças 5 seg.			
Posição do doente: Para permitir uma maior expansão torácica a inalação deve ser realizada na posição de pé, sentado ou semi-sentado; Inclinar ligeiramente a cabeça para trás.			

Adaptado de Barreto et al. 2000; ERS/ISAM TASK FORCE REPORT. 2011; DGS. 2013; Silva, Eurico. 2014.

Cordeiro, M., & Brito, E. (2020)

Otimização do tratamento

**5.
CÂMARAS
EXPANSORAS**



Cordeiro, M., & Brito, E. (2020)

Otimização do tratamento

**5.
CÂMARAS
EXPANSORAS**

- Dispositivos que se acoplam aos pMDI, criando um reservatório para onde é gerado o aerossol;
- Aumentam a eficácia do pMDI:
 - Melhoram as características do aerossol, permitindo uma maior deposição do fármaco nas vias aéreas e menor deposição na orofaringe;
 - Não implicam coordenação mão-pulmão;
 - Menos efeitos secundários associados aos corticosteroides, pela menor deposição na orofaringe;
 - Minimizam o efeito "cold freon".

Aguilar, R. et al (2017); DGS (2013); Fontes, A. (2015)

Otimização do tratamento

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

- Diversidade de modelos e características, como:
 - Válvula Inspiratória
 - Válvula Expiratória
 - Sinalizador Fluxo
- Interfaces:
 - Bucal: mais eficiente
 - Máscara Facial: crianças pequenas e idosos, incapazes de respirar eficazmente pelo bucal.





Otimização da Inalação

Aguilar, R. et al. (2017); DGS (2013)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

- A câmara expansora **não pode ser reutilizada noutro doente** (são exceção algumas CE, após métodos de esterilização dispendiosos e não utilizados correntemente);
- Cada cliente deve fazer-se acompanhar da sua câmara expansora quando recorrer à urgência ou for internado.




Otimização da Inalação

DGS (2013)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE pMDI COM CÂMARA EXPANSORA

- A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
- Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aquecê-lo entre as mãos e adaptá-lo novamente;
- Retirar a tampa da embalagem e agitar a embalagem 5 Seg. na posição vertical;
- Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;

Otimização da Inalação

Aguilar, R. et al. (2017); DGS (2017)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE pMDI COM CÂMARA EXPANSORA

- Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);
- Câmara expansora com:
 - Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo;
 - Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;

Otimização da Inalação

Aguilar, R. et al. (2017); DGS (2017)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE pMDI COM CÂMARA EXPANSORA

- Ativar o pMDI no final da expiração, colocando o indicador na parte superior e o polegar na parte inferior;
- Com o bucal:
 - Inspirar lenta e profundamente até à capacidade pulmonar total e sustentar a respiração 10 Seg.;
 - Pode fazer-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose;
- Com a máscara: contar 5-10 ciclos respiratórios (aproximadamente 30 Seg.).

Otimização da Inalação

Aguilar, R. et al. (2017); DGS (2017)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE pMDI COM CÂMARA EXPANSORA

ERROS COMUNS

- Não higienização;
- Ajuste incorreto do bucal ou máscara facial;
- Atraso entre a ativação do pMDI e a inalação;
- Acionar múltiplos "puffs" numa só inalação.



Otimização da Inalação

Aguilar, R. et al. (2017); Fontes, A. (2015)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE pMDI COM CÂMARA EXPANSORA

ESPECIFICIDADES

- Se tiverem sido prescritas mais inalações ("puffs"), retirar o bucal da boca ou afastar da face a máscara e aguardar, pelo menos, 30 segundos antes de repetir uma nova inalação. Agitar novamente o pMDI antes de adaptar à CE;
- Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara.

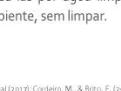
Aguiar, R. et al. (2017); DGS (2017)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

HIGIENIZAÇÃO

- Desmontar todas as peças possíveis **1 vez por semana** colocá-las num recipiente com água quente e detergente suave, durante 15 minutos.
- Passá-las por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar.




Aguiar, R. et al. (2017); Cordero, M., & Brito, E. (2020)

**5-
CÂMARAS
EXPANSORAS**

HIGIENIZAÇÃO

- Não esfregar as paredes da câmara expansora;
- Após cada utilização, no caso de ter sido utilizada a máscara, esta deve ser lavada com água quente e detergente e seca. No caso de utilização de bucal, limpar com um lenço de papel;
- As câmaras expansoras de longa duração podem ser usadas pelo mesmo doente por período prolongado (superior a 1 ano).

Aguiar, R. et al. (2017); Cordero, M., & Brito, E. (2020)

**6-
PAPEL DO
ENFERMEIRO NA
OTIMIZAÇÃO DA
INALOTERAPIA**






DGS (2017); Cordero, M., & Brito, E. (2020)

**6-
PAPEL DO
ENFERMEIRO NA
OTIMIZAÇÃO DA
INALOTERAPIA**

Inhaler technique



<https://dx.doi.org/10.1111/ans.12007>

**6-
PAPEL DO
ENFERMEIRO NA
OTIMIZAÇÃO DA
INALOTERAPIA**

Tabela 3. Técnica de inalação com inalador pressurizado (pMDI)

	Sim	Não
1. Examine o bocal antes de usar para verificar se está limpo.		
2. Agite o inalador vigorosamente para misturar o medicamento antes de usar.		
3. Inspire profundamente e inspire o spray.		
4. Segure o inalador com a mão direita e inspire o spray.		
5. Espire totalmente.		
6. Espere 30 segundos antes de repetir a inalação.		

Tabela 4. Técnica de inalação com inalador pressurizado (pMDI) com CE

	Sim	Não
1. Examine o bocal antes de usar para verificar se está limpo.		
2. Agite o inalador vigorosamente para misturar o medicamento antes de usar.		
3. Inspire profundamente e inspire o spray.		
4. Segure o inalador com a mão direita e inspire o spray.		
5. Espire totalmente.		
6. Espere 30 segundos antes de repetir a inalação.		

Tabela 5. Técnica de inalação com inalador de pó seco (DPI)

	Sim	Não
1. Examine o bocal antes de usar para verificar se está limpo.		
2. Agite o inalador vigorosamente para misturar o medicamento antes de usar.		
3. Inspire profundamente e inspire o spray.		
4. Segure o inalador com a mão direita e inspire o spray.		
5. Espire totalmente.		
6. Espere 30 segundos antes de repetir a inalação.		

Tabela 6. Técnica de inalação de Respirometria

	Sim	Não
1. Examine o bocal antes de usar para verificar se está limpo.		
2. Agite o inalador vigorosamente para misturar o medicamento antes de usar.		
3. Inspire profundamente e inspire o spray.		
4. Segure o inalador com a mão direita e inspire o spray.		
5. Espire totalmente.		
6. Espere 30 segundos antes de repetir a inalação.		

DGS (2017)



7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A via inalatória é a via de eleição para administração de terapêutica utilizada no tratamento de doenças respiratórias, existindo uma panóplia de fármacos e dispositivos inalatórios, que se encontram em constante atualização.
- Assim, o Enfermeiro deve acompanhar esta evolução e conhecer as suas diferentes características e técnicas de manuseamento e administração, de forma a garantir a otimização da inaloterapia não só através da sua aplicação, como também da educação, monitorização e capacitação do cliente/família.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. et al (2017). *Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 25(1), 9-26. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpim/v25n1/25n1a02.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Cordeiro, M.C. & Mateus, D. (2014). Dispositivos inalatórios In Cordeiro, M.C. *Terapêutica inalatória: princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 48-63). Loures: Lusodidacta
- Cordeiro, M.C. (2014). *Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios*. Loures: Editora Lusodidacta
- Cordeiro, M.C. (2017). *Terapêutica inalatória: Dificuldades, erros críticos, doentes e profissionais de saúde*. Dossier especial II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem In *Enfermeiro Anuário*. Ano 2 (1), 5-10 In: Vida Saudável, Suplemento comercial publicado com o Diário de Notícias de 11 de Maio de 2019
- Cordeiro, M., & Brito, E. (2020). *Saber + 2.0. Webinars: Reabilitação Respiratória para EER - Terapêutica Inalatória Nas Doenças Respiratórias nos CSP*. Webinar promovido pela Secção Centro da Ordem dos Enfermeiros, Coimbra

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2013) *Orientação sobre Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia*. Orientação nº 020/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0202013-de-02082013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013) *Norma de Orientação Clínica Cuidados Respiratórios Domiciliares: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização*. Norma nº 052/2013 de 28/09/2013 atualizada a 13/06/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-2/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/norm-as-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017) *Orientação sobre Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma* nº 020/2017 de 26/06/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0202017-de-26072017-pdf.aspx>
- Fontes, A. (2015). *Dispositivos Inalatórios: a Escolha e a Otimização da Terapêutica Inalatória* (Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas). Universidade de Coimbra
- National Asthma Council Australian. *Inhaler technique: Device-specific checklists*. Acedido a 11/05/2021. Disponível em: https://db257tiandm07.cloudfront.net/resources/inhaler-technique-checklist_NPS_MedicinesUse_2020.pdf

Obrigada pela vossa atenção!

Otimização da Inaloterapia

Enfermeira Nádia Soares, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

junho de 2021

ANEXOS

**Anexo 1 – Certificado de Participação no Webinar
“Projetos de Reabilitação Cardíaca”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “**Reabinar da Comissão Regional de Peritos Enfermagem Reabilitação**” subordinado à temática “**Projetos de Reabilitação Cardíaca**” no dia **12 de Janeiro de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 13 de Janeiro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.



Programa:

Projetos de Reabilitação Cardíaca

- Programa de Reabilitação Cardíaca Fase 1 do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE
PRELETORA: Ana Cristina Martins Alferes Vermelho
- Programa de Reabilitação Cardíaca Fase 2 e 3 do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, EPE
PRELETORA: Fatima Edviges Carvalho Marques

MODERADORA:

Sandra Maria da Cruz Pestana

Destinatários:
Enfermeiros

Organizador:
Secção Regional do Norte
da Ordem dos Enfermeiros

Inscrições:
Balcão Único



**Anexo 2 – Certificado de Participação no Webinar
“Bandas Neuromusculares e Técnicas Miofasciais”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÁDIA GARCIA SOARES

membro nº 00000 desta Ordem, participou no **Webinar¹ Bandas Neuromusculares e Técnicas Miofasciais**, inserido no Ciclo de Webinars: Técnicas Complementares na Prática do Enfermeiro de Reabilitação, no dia **10 de Maio de 2021**, com duração total de **03h00**, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

Lisboa, 26 de Maio de 2021.

P^l A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **6,40** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº90 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.



PROGRAMA

17h00

Sessão de abertura

Luís Filipe Barreira | Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros (OE)
Ana Fonseca | Presidente do Conselho de Enfermagem da OE
Maria Loureiro | Secretária da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE

17h30

Mesa 1 - Bandas Neuromusculares na prática de Enfermagem de Reabilitação
Rúben Fernandes | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)

18h15

Mesa 2 - Técnicas miofasciais na prática de Enfermagem de Reabilitação
Rúben Fernandes | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)

19h00

Debate

Moderadora: Maria Loureiro | EEER

20h00

Sessão de encerramento