

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO REGRESSO A
CASA DA PESSOA COM DOENÇA CARDÍACA

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio


PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO REGRESSO A
CASA DA PESSOA COM DOENÇA CARDÍACA

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Só quando o cuidar tem como horizonte a saúde da pessoa, é que o profissional toma consciência que não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras nas quais o prestador de cuidados cuida.”

Hesbeen (2010)

Agradecimento

Agradeço ao **professor orientador Joaquim Paulo Oliveira** pela orientação, disponibilidade e palavras de incentivo em momentos difíceis.

Aos **enfermeiros orientadores** pela confiança e partilha de saberes.

Às **pessoas de quem cuidei** pelo espaço partilhado.

Aos **amigos e colegas** sempre presentes.

Todo o meu apreço e carinho.

O caminho percorrido jamais seria o mesmo sem aqueles que me amam e que trago em mim: **a Deus e à minha família.**

Obrigada!

Siglas

AAM – Auxiliar de Ação Médica

AS – Assistente Social

AVDs – Atividades de Vida Diária

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EACPR – *European Association of Cardiac Prevention and Rehabilitation*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECMO – *extracorporeal membrane oxygenation*

EE(ER) – Enfermeiro Especialista em (Enfermagem de Reabilitação)

EpS – Educação para a Saúde

ESC – *European Society of Cardiology*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FPC – Fundação Portuguesa de Cardiologia

GSA – Gasimetria Arterial

IC(C) – Insuficiência Cardíaca Congestiva

JA – Jornal de Aprendizagem

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – *Mini Mental State Examination*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIAH – Projeto Integrado de Alta Hospitalar

RC – Reabilitação Cardíaca

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

TAVI – *transcatheter aortic valve implantation*

TCP – Técnico Cardiopneumologista

Resumo

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte a nível nacional. De entre estas, a doença cardíaca tem particular destaque e crê-se que uma percentagem significativa dessa mortalidade possa ser evitada. De acordo com a FPC, a prevenção passa pelo controlo de fatores de risco modificáveis. Fruto dessas patologias ocorrem alterações significativas que podem proporcionar incapacidades e dependências nos doentes. Do mesmo modo, são exigidos novos papéis interventivos aos familiares. O défice de autocuidado que daí advém é um espaço de intervenção próprio do EEER, capaz de utilizar as suas competências específicas na reabilitação do doente.

O presente relatório versa sobre as competências – comuns e específicas – desenvolvidas para a obtenção do título de EEER. Retrata as diversas atividades e intervenções implementadas no decorrer dos ensinamentos clínicos, com posterior análise e reflexão sobre o seu impacto no desenvolvimento de competências.

Procura ainda revelar a pertinência do papel do EEER na promoção do autocuidado no regresso a casa da pessoa com doença cardíaca.

A teoria de enfermagem que suporta tais cuidados é a de Dorothea Orem, cujo conceito de autocuidado aponta a capacidade de autonomia da pessoa no seu processo de saúde, utilizando-o em benefício próprio para a promoção da sua qualidade de vida. É o EEER que, através dos seus conhecimentos e competências, orienta o seu exercício profissional de acordo com as necessidades manifestadas pelo doente e famílias. Igualmente, o regresso a casa, devido às transições daí decorrentes, carece de toda a atenção do EEER contribuindo para que este seja um processo satisfatório. Incumbe-lhe o desenvolvimento de áreas comunicacionais entre profissionais e de articulação institucionais. Finalmente, revela a importância da RC na prevenção da doença, na capacitação do doente e na maximização da sua independência.

Palavras chave: Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação, Regresso a Casa, Doença Cardíaca.

Abstract

Cardiovascular diseases continue to be the leading cause of death nationwide. Of these, heart disease is particularly prominent and it is believed that a significant percentage of such mortality can be avoided. According to the PCF, prevention is controlled by modifiable risk factors. As a result of these pathologies, there are significant changes that can lead to disability and dependence in patients. Similarly, new interventional roles are required of family members. The resulting self-care deficit is na Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) intervention area capable of using its specific skills in patient rehabilitation.

This report deals with the common and specific competences developed to obtain the RNS title. It portrays the various activities and interventions implemented during the course of clinical teaching, with subsequent analysis and reflection on their impact on the development of competencies.

It also seeks to reveal the relevance of the role of the RNS in promoting self-care on the return home of the person with heart disease.

The nursing theory that supports such care is that of Dorothea Orem, whose concept of self-care indicates the person's capacity for autonomy in his health process, using it to his own advantage to promote his quality of life. It is the RNS, which through its knowledge and skills guides its professional practice according to the needs expressed by the patient and families. Likewise, discharge planning, due to the resulting transitions, lacks the full attention of the RNS and contributes to this satisfactory process. It is responsible for the development of communication areas between professional and institutional articulation. Finally, it reveals the importance of CR in preventing disease, in empowering the patient, and in maximizing their independence.

KeyWords: Self-Care, Rehabilitation Nursing, Discharge Planning, Heart Disease

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15 -
1. Componente científica e formativa	18 -
1.1 – A pessoa com doença cardíaca e a reabilitação cardíaca	18 -
1.2 – Quadro de referência em Enfermagem.....	21 -
1.3 – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	24 -
2. Desenvolvimento de Competências.....	26 -
2.1 Descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos.....	27 -
2.2 Análise e reflexão da experiência de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências de EEER	37 -
3. Avaliação global do percurso desenvolvido	51 -
4. Considerações Finais e Trabalho Futuro	56 -

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação

Apêndice II – Estudo de Caso

Apêndice III – Jornais de Aprendizagem

Apêndice IV – Folheto Informativo

Apêndice V – Ficha de avaliação do doente com compilação de escalas

Apêndice VI – Educação para a Saúde ao doente com SCA

Apêndice VII – Estrutura do vídeo de apresentação do programa de RC

Apêndice VIII – Protocolo de atuação da reabilitação ao doente submetido a TAVI

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença em reuniões científicas

Anexo II – Reorganização do programa de RC (do serviço hospitalar)

Anexo III – Atas das reuniões de avaliação

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da concretização do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, entre os anos 2015-2018. Incide sobre a promoção do autocuidado no regresso a casa da pessoa com doença cardíaca e visa analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências, gerais e específicas, decorrente da realização de ensinamentos clínicos.

A concretização do relatório teve por base orientadora a implementação de um projeto de formação previamente elaborado. (Apêndice I) Teve implementação em contexto de ensino clínico, seguido de descrição analítica do percurso com sistematização das aprendizagens e competências desenvolvidas. Esta metodologia permitiu espelhar a mobilização da fundamentação teórica, realizada aquando da construção do projeto de formação, nos contextos da prática clínica, enfatizando as competências adquiridas no percurso. A sua operacionalização permitiu o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER, definidas pela OE e, as mesmas, serão espelhadas no decorrer do presente relatório.

Neste percurso de implementação de projeto de formação, o objetivo geral foi o de desenvolvimento de competências no campo de intervenção definido para o EEER, sobretudo na área da reabilitação cardíaca e com ênfase na promoção do autocuidado da pessoa com doença cardíaca no seu regresso a casa. A cardiologia tem sido a área onde exerço funções desde início de atividade profissional, pelo que teve influência na escolha do tema de projeto.

O objetivo geral foi complementado com objetivos específicos, concretamente:

- 1- Aprofundar conhecimentos técnico-científicos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardíaca, com ênfase nas intervenções autónomas de enfermagem promotoras do autocuidado;
- 2- Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a conhecer a sua estrutura orgânico-funcional e a identificar o campo de intervenção do EEER;

- 3- Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com doença cardíaca;
- 4- Prestar cuidados de enfermagem especializados gerais e específicos à pessoa / família com doença cardíaca, tendo em vista a promoção do autocuidado e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- 5- Refletir criticamente sobre a eficácia e eficiência das aprendizagens e das intervenções realizadas na promoção do autocuidado;
- 6- Elaborar protocolos de atuação, procedimentos e / ou projetos de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas pelos serviços;
- 7- Planear e implementar sessões de formação dirigidas aos profissionais de acordo com as necessidades formativas identificadas e;
- 8- Produzir relatório de ensino clínico que reflita as aprendizagens realizadas em função das competências previstas pela OE para o EEER.

A escolha dos locais de realização de ensino clínico foi crucial para o desempenho de atividades, para o desenvolvimento de competências e para a prossecução dos objetivos definidos. Ambos os locais apresentam características organo-funcionais que visam ser um contributo seguro à aquisição de competências do enfermeiro especialista, com especificidade na área da reabilitação. São as experiências aí desenvolvidas e as aprendizagens realizadas que, conjuntamente com a aprendizagem efetuada no decurso das unidades curriculares, servem de base ao relatório. Numa primeira fase, foi realizado o ensino clínico na área de cuidados de saúde primários, numa ECCL da periferia de Lisboa, num período de 9 semanas. A fase seguinte decorreu em meio hospitalar, num serviço de cuidados intensivos e internamento de um hospital central de Lisboa, integrado no CHLC, e decorreu num período de 11 semanas.

Sumariamente, a estrutura do relatório é composta por descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos definidos e como estas favorecem a prossecução e desenvolvimento de competências de EE, quer comuns quer específicas. Versa, igualmente, a análise e reflexão das aprendizagens, assim como as dificuldades / obstáculos encontrados e forma de os ultrapassar.

Posteriormente, é realizada uma avaliação desse percurso que recai sobre os resultados obtidos, os pontos fortes e fracos e o contributo para o desenvolvimento

de competências de enfermeiro especialista em enfermagem na área de reabilitação.

Finalmente, avaliação de todo o percurso formativo com conclusão do relatório, onde se destaca a perspetiva de desenvolvimento futuro.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1 – A pessoa com doença cardíaca e a reabilitação cardíaca

O desenvolvimento científico na área da cardiologia tem sido constante e evolutivo e, no entanto, a **doença cardiovascular** mantém-se entre as principais causas de mortalidade a nível mundial (OMS, 2013) com custos económicos avultados. É uma doença crónica, que vai tendo o seu desenvolvimento ao longo dos anos e com impacto importante na incapacidade sendo considerada a principal causa física de perda de produtividade (ESC, 2012). A sua relação com o estilo de vida e consequentes fatores de risco modificáveis encontra-se documentada, pelo que a prevenção é o maior desafio lançado no combate a estas patologias. (ESC, 2012) As recomendações da sociedade europeia de cardiologia vêm reforçar quais os objetivos a atingir para cada fator de risco modificável, concretamente para a dieta, atividade física, peso, tensão arterial, concentração lipídica e diabetes e define ainda, as possíveis estratégias a serem implementadas com vista ao alcance dos objetivos definidos.

A **insuficiência cardíaca** sendo igualmente uma doença crónica, caracteriza-se pela impossibilidade de satisfação das necessidades do organismo face à debilidade da função cardíaca, o que comporta sintomatologia múltipla, com a consequente morbi-mortalidade elevada. A ICC caracteriza-se por ser uma doença crónica, com períodos de agudização que, na sua maioria, implicam o internamento hospitalar, com importante impacto na pessoa e família, acrescido de significativo impacto socioeconómico (Arsénio, 2013) A documentação dos seus números está integrada nas doenças cardiovasculares, no entanto a SPC (2012) reforça que a IC atinge mais de 260 mil pessoas, considerando-a como o diagnóstico mais frequente no internamento de pessoas com mais de 60 anos.

São, ambas, patologias com impacto na vida da pessoa que sofre da doença, mas igualmente, com repercussões familiares e sociais.

Surge a **reabilitação cardíaca** como tema basilar deste projeto, porque é evidente a carência de cuidados nesta área, documentada a nível nacional (Mendes, 2015) O desenvolvimento do projeto contribui para um conhecimento fundamentado

do tema e, conseqüentemente, serve de base para a aquisição de competências na referida área.

O meu conhecimento do estado da arte no que remete à RC, vem sendo obtido ao longo dos anos, no contacto próximo com a realidade da cardiologia, no entanto só através de uma pesquisa aprofundada foi possível a percepção real do que sucede nesta área de intervenção. Assim, uma das metodologias utilizadas para o aprofundamento do conhecimento, foi a da pesquisa bibliográfica em manuais de referência, consulta de livros, periódicos, teses de Mestrado e Doutoramento e ainda através de artigos selecionados, baseados numa pesquisa de *scoping review*. Sucintamente, para a realização da *scoping review*, procedeu-se à construção dos objetivos que se pretendiam alcançar, seguida de construção da questão de partida, recorrendo a palavras-chave, pesquisa dos termos de indexação nas bases de dados selecionadas, com critérios de exclusão e inclusão previamente definidos e realizada a pesquisa.

Após seleção de artigos, resulta a síntese de dados que demonstra que a intervenção de enfermagem tem impacto na melhoria dos cuidados de saúde, na redução do risco de um novo evento cardíaco, na melhoria da qualidade de vida e da adesão a programas de RC e que é importante conhecer as necessidades individuais de cada doente no que toca a educação, apoio, supervisão e reforço. Aponta ainda que os programas educacionais devem iniciar-se no internamento e que a RC pode ocorrer no hospital ou em ambulatório, estando dependente de diversas variáveis. Estes resultados corroboram a restante documentação selecionada que reforça o impacto positivo da RC, nas suas diferentes intervenções.

A reabilitação cardíaca tem demonstrado ser uma das intervenções mais custo-eficazes (reflexão dos ganhos em saúde expresso em anos de vida ganhos) no tratamento das doenças cardiovasculares. Quando comparados dados entre a realidade portuguesa e a realidade europeia, o desnível é evidente. A título de exemplo, a percentagem média de inclusão de potenciais candidatos em programas de RC na Europa é de 30% a 50% em comparação com os menos de 10% em Portugal (Mendes, 2013).

Segundo a OMS, a RC "... é o processo pelo qual os doentes com doença cardíaca, em parceria com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, são encorajados e apoiados para atingir e manter ótima a saúde psíquica e física.

O envolvimento de parceiros, da família e prestadores de cuidados é também importante”. Trata-se, de acordo com a EACPR, de “...um programa de prevenção secundária, tendo o exercício físico como marco de uma intervenção abrangente, que inclui um programa educacional, controlo de fatores de risco e adoção voluntária pelo doente de um estilo de vida saudável para ser mantido durante toda a vida” (Gomes, 2013:35)

A RC apresenta definições específicas associadas às características da pessoa, da sua condição clínica, tornando-o cada vez mais e na medida do possível, individualizada, levando os doentes a “... pelos seus próprios meios, preservar ou readquirir o seu lugar na comunidade o mais cedo possível”. (Gomes, 2013:37)

Tem um impacto positivo a nível de redução da mortalidade cardiovascular (26% a 36%) e da mortalidade total (13% a 26%) em doentes com patologia coronária e há evidências de associação na redução de readmissões hospitalares, na melhoria da capacidade funcional, na qualidade de vida e no retorno precoce à atividade profissional (Carrageta, 2015).

Como componente essencial da RC, encontra-se a intervenção / contributo dos profissionais de saúde na ajuda à mudança de fatores de risco modificáveis e assim à adesão a estilos de vida saudáveis. Os programas devem ser adaptados às necessidades dos doentes e sempre com uma avaliação da motivação.

A RC surge como uma das vias de maior eficácia na prevenção e tratamento da doença cardiovascular, aliando a componente da saúde à vertente económica desta intervenção. São diversos os estudos que apontam para a redução de eventos, nomeadamente hospitalização e cirurgias de revascularização, assim como melhoria na qualidade de vida.

No que reporta à IC, os resultados dos estudos são ainda mais evidentes, também associado ao facto de que os novos tratamentos destes doentes se revelam dispendiosos de diversos pontos de vista, quer pelo recurso a dispositivos implantáveis, a fármacos de última geração ou transplante cardíaco. (Abreu, 2013)

Há ainda a referência à RC fora do contexto hospitalar, o que denota a evolução do tratamento da doença cardíaca, com internamentos cada vez mais curtos, menores graus de incapacidade, mas com redução do tempo disponível para o processo de transição saúde / doença que a pessoa tem de vivenciar assim como reduzido tempo para a educação para a saúde (Mendes, 2013).

A RC domiciliária parece ser uma alternativa que abarca maior número de pessoas, com menor dispêndio económico, e com semelhantes repercussões positivas, apesar de apresentar variabilidade nos programas implementados. Talvez por reflexo dos escassos programas de RC a nível nacional, os estudos não reportam a Portugal, havendo necessidade de avaliação do panorama vigente. (Abreu, 2013)

Globalmente, a RC é considerada uma intervenção de classe I nas recomendações das sociedades científicas europeias e americanas, o que remete para a urgência da sua aplicabilidade sem desperdício dos benefícios, não apenas para a pessoa com doença cardíaca e sua família, mas para a sociedade. (Mendes, 2015)

1.2 – Quadro de referência em Enfermagem

De modo a dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem é essencial que a prática seja baseada numa filosofia de cuidados. A opção de modelo conceptual aqui contextualizado é o de Dorothea Orem, que enfatiza as ações que o ser humano promove continuamente para a manutenção da vida e saúde, ou para a recuperação da doença. (Taylor, 2004).

A teoria de Orem remete para a importante componente de a própria pessoa ser autónoma no seu processo de doença, na utilização do autocuidado em benefício próprio, favorecendo o seu bem-estar (Cunha *et al.*, 2009)

A **Teoria Geral de Enfermagem** assenta em três constructos teóricos interrelacionados, nomeadamente a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Souza, Magalhães, Leite & Segura, 2013) A Teoria do Autocuidado contempla em si diversos conceitos centrais, especificamente autocuidado, agente de autocuidado, agente dependente de cuidados, ação de autocuidado, comportamentos de autocuidado, necessidade terapêutica de autocuidado, fatores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado, défice de autocuidado e sistemas de enfermagem (Orem & Taylor, 2011)

O conceito de **autocuidado** é referido por Orem (2001), nesta teoria, como as ações que o próprio desencadeia em benefício da melhoria do seu bem-estar e manutenção da vida e saúde. Implica a ocorrência de práticas positivas que proporcionem *outcomes* benéficos diretamente relacionados com os resultados clínicos (Petronilho, 2012) A autora remete para o facto de cada pessoa ter habilidades, conhecimento e experiência, que lhe permitem o autocuidado. Desta forma, a pessoa é componente central nas decisões da sua vida e saúde. Neste modelo, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências de autocuidado (Taylor, 2004)

A teoria do Défice de Autocuidado constitui-se como central na Teoria geral de Orem e tende a definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. Inclusive, aponta os métodos de ajuda a seguir que proporcionem a assistência com autocuidado. Orem (2001) identificou-os como sendo agir, guiar, apoio físico e psicológico, favorecer ambiente de desenvolvimento pessoal e ensinar.

Finalmente a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que revela o grau de intervenção do enfermeiro, da pessoa ou de ambos, na resposta às necessidades de autocuidado identificados (Petronilho, 2012) Neste, são identificadas três classificações de sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório em que a pessoa depende do outro para garantir o seu bem-estar, o sistema parcialmente compensatório em que ambos, enfermeiro e pessoa com doença, podem desempenhar as intervenções variando de acordo com as capacidades do indivíduo e, o sistema de apoio educação em que a pessoa é encarada como capaz de autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução (Petronilho, 2012)

Assumir a minha prática de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo por base a referida teoria, não foi tarefa árdua. Como anteriormente referido, na sequência da doença cardíaca podem surgir défices de autocuidado, assim como situações de incapacidade, ou défices de conhecimento, quer para o doente quer para as famílias / cuidadores. Neste âmbito, a intervenção do enfermeiro visa colmatar os desequilíbrios daí decorrentes, estruturando os planos de cuidados de acordo com as necessidades identificadas por si e por aqueles de quem cuida. Nesta parceria estabelecida, são organizados os cuidados de reabilitação,

potenciando as capacidades da pessoa e família, assim como os seus conhecimentos, favorecendo tomadas de decisão informadas.

Para além do autocuidado e do modelo conceptual que o suporta, também outro conceito surge no presente estudo, como sendo central, concretamente o **regresso a casa**.

A complexidade com que as pessoas dependentes de cuidados regressam a casa, tem enorme impacto sobre as famílias e o prestador de cuidados. Isto tem sido alvo de estudos de investigação e de implementação de algumas medidas direccionadas a diminuir o impacto. Contudo, o processo de preparação para o regresso a casa continua a não contemplar "... a saúde dos prestadores de cuidados", entre outros. (Driscoll, 2000 cit in Pereira, 2013:17) São múltiplos os fatores que condicionam a possibilidade de regresso a casa da forma mais benéfica, para a própria pessoa e para a família. Dependem da duração do internamento, da variedade de necessidades, do apoio aos familiares, da informação cedida, do conhecimento dos recursos, da envolvência do próprio e do prestador de cuidados ao longo do tratamento e reabilitação, entre outros (Maramba, Richards e Larrabee, 2004, Martins, 2012 e Martins, 2013, cit in Pereira, 2013) Outros dados são apontados como relevantes e a ter em conta aquando do planeamento do regresso a casa, como a comunicação entre profissionais de saúde e a articulação hospitalar e a comunidade (Jewel, 1993 cit in Pereira, 2013) A associação das referidas variáveis contribui para o desfasamento entre as expectativas da instituição, dos profissionais, da pessoa alvo de cuidados e das suas famílias. (Pereira, 2013)

Pereira (2013:19) aborda o regresso a casa na perspetiva de "... conjunto de ações e processos, facilitador da transição saudável ..." e o enfermeiro, como o elemento na equipa de saúde cuja permanência contínua favorece a independência no autocuidado ou a preparação da continuidade de cuidados. Acrescenta ainda, que a preparação do regresso a casa deve ser organizada precocemente, reduzindo os eventuais riscos. Finalmente, que este é o garante da transição dos cuidados hospitalares para o domicílio, e que implica a contínua resposta às necessidades identificadas.

Este conceito foi, frequentemente, abordado na minha prática de cuidados de reabilitação o que me permitiu aprofundar conhecimentos. Com a possibilidade de

verificar a diferença, na comunidade, entre referenciações articuladas entre instituições e envolvimento da pessoa com doença e famílias, em oposição a transições hospital-domicílio céleres e sem preparação, foi possível perceber a vasta área de trabalho ainda a desenvolver e melhorar. Assim, assumi na minha prática de cuidados de reabilitação, uma abordagem que teve em conta a comunicação entre profissionais, a utilização dos meios existentes para a articulação entre instituições, a centralização na pessoa alvo de cuidados conjuntamente com a sua família /cuidador. Ainda, exigente avaliação da pessoa, a abrangente identificação de necessidades e o conhecimento dos recursos existentes. Só desta forma, pude colmatar e dar resposta às necessidades de cuidados contribuindo para melhores transições.

1.3 – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As necessidades de cuidados de saúde a nível nacional carecem de respostas diferenciadas por parte dos enfermeiros, sobretudo dos enfermeiros especialistas a quem se exige cuidados específicos na sua área de intervenção. Este é o profissional que, por via das suas competências, intervém num nível de complexidade mais elevado (Pestana, 2016) A OE, no seu regulamento nº125/2011, refere como competências específicas do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e;
- Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades das pessoas.

Definiu, igualmente, que o EEER tem o dever de, na sua atividade, identificar as necessidades de saúde, analisar os dados sobre cada situação, formular diagnósticos, prescrever intervenções e avaliá-las de forma a implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação.

Por forma a refletir sobre a prática especializada e constituindo um instrumento para a procura da excelência no cuidar de enfermagem em reabilitação, a entidade reguladora apresenta enunciados descritivos, sucintamente:

- A satisfação dos clientes,
- A promoção da saúde,
- A prevenção de complicações,
- O bem-estar e autocuidado,
- A readaptação funcional,
- A reeducação funcional,
- A promoção da inclusão social e,
- A organização dos cuidados de enfermagem.

Ao apreciar os documentos norteadores da profissão, particularmente os da especialidade de enfermagem de reabilitação, entende-se crucial o assumir de responsabilidades acrescidas nos cuidados de saúde. Entende-se o EEER como um profissional central na equipa de saúde, focado na capacitação da pessoa e família e na qualidade de vida, com tudo o que esta implica. Este tem uma atuação privilegiada, a diversos níveis, indo ao encontro das necessidades e das novas exigências em cuidados de enfermagem. Os resultados das suas intervenções revelam-se importantes para a pessoa cuidada, mas, igualmente, para a melhoria dos cuidados de saúde em geral e para a introdução de mudanças nas políticas de saúde. Neste âmbito, a investigação, incentivada pela OE, revela-se primordial para o nível avançado de prática que se exige aos EEER.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem a função de descrever e refletir criticamente sobre a prática clínica realizada nos ensinamentos clínicos, assim como refletir o desenvolvimento pessoal e profissional alcançados. A construção dos saberes, pessoal e profissional, envolve-se de tal modo que se espera a repercussão positiva naqueles de quem se cuida.

O presente capítulo divide-se em dois subcapítulos. No primeiro, apresentam-se as atividades em função dos objetivos estabelecidos, e no segundo consta a análise e reflexão da experiência de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências de EEER.

As vias de estruturação do subsequente subcapítulo são as de separação das atividades realizadas em prol da concretização dos objetivos previamente delineados. Nesta fase, ficam explícitas as ações, sendo que a fundamentação das mesmas, a sua análise crítica e o seu reflexo na construção das competências, versam no subcapítulo posterior. Esta opção parece diminuir o risco de os objetivos se confundirem com as competências.

É crucial recordar a existência do objetivo geral que norteia todo o percurso - desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na área da reabilitação cardíaca com ênfase na promoção do autocuidado da pessoa com doença cardíaca, no seu regresso a casa - cujo esmiuçar do mesmo ficou repartido em outros oito objetivos. Uma vez que, algumas atividades realizadas alcançam a concretização de mais do que um objetivo, é lícito que as mesmas surjam repetidamente. Por outro lado, optou-se pela agregação de alguns objetivos, dado o cerne dos mesmos ser semelhante. Assim, ficam criados cinco grupos por onde são repartidos os oito objetivos.

As atividades, que ora ficam explícitas, foram realizadas num continuum temporal desde o início de construção do relatório de estágio, que por sua vez teve início aquando da reflexão sobre a área temática a estudar. No entanto, a acompanhar e balizar este percurso, existiu um cronograma (Apêndice I) e um total de horas a concretizar em ensino clínico. O total das 500 horas a realizar, foram divididas em 250 horas na vertente comunitária e as restantes em ambiente

hospitalar. A distribuição em termos semanais foi de 9 semanas na comunidade e 11 a nível hospitalar.

Se bem que os campos de estágio, funções e atuações nos mesmos sejam díspares, opta-se pela não distinção, compartimentada, do que foi realizado num ou noutro campo de estágio e assim, ter como guia a concretização dos objetivos estabelecidos e não os campos de estágio. Esta opção prende-se, igualmente, pelo facto de na vertente comunitária não existir um campo específico do doente cardíaco.

No que refere ao segundo subcapítulo, a sua estruturação versa sobre o desenvolvimento de cada competência a adquirir, quer comuns quer específicas, enquanto EEER.

2.1 Descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos

Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a conhecer a sua estrutura organo-funcional e a identificar o campo de intervenção do EEER

O processo de integração, em ambas as equipas, decorreu de forma continua e linear. Teve o seu início nas visitas prévias realizadas aos locais de estágio e nas correspondentes reuniões com o enfermeiro orientador. Nestas visitas e reuniões foi possível conhecer o espaço físico do campo de estágio, compreender algumas das áreas de intervenção do EEER, assim como a estrutura organizacional do serviço.

No decorrer de ambos os estágios, foram sucedendo as reuniões formais com enfermeiro orientador e professor e que geravam as atas correspondentes.

Nos campos de estágio, foi importante a consulta de documentação, nomeadamente, procedimentos, protocolos, instruções de trabalho, lista de apoios para doentes e famílias, parecerias institucionais, entre outros. O conhecimento da área geográfica envolvente e a conseqüente caracterização da população abrangida foi mais evidente na comunidade, dado as características do serviço aí prestado (domicílio das pessoas).

Como contributo à integração, foram consideradas as reuniões informais com outros enfermeiros dos locais de estágio. Igualmente relevante, o contacto com a equipa multidisciplinar: médicos, AS, fisioterapeutas, gestor, TCP, nutricionista, psiquiatra, entre outros, que foi sucedendo à medida da necessidade e pertinência para a prestação de cuidados.

No decorrer dos estágios, aprendi sobre a utilização e manutenção de equipamento (especificamente para a reabilitação respiratória em doente ventilado). Em contexto hospitalar, ocorreu ainda a verificação de *stocks* de farmácia, carro de urgência, operacionalidade dos equipamentos (monitor desfibrilhador, ventilador) e logística de equipamento (de acordo com as funções de segundo elemento de serviço, do enfermeiro orientador).

Adquiri conhecimento, na ótica do utilizador, sobre o sistema informático para os registos de enfermagem em processo (concretamente *Soarian* e *S Clinic*). Para a integração dos doentes na RNCCI, foi necessário o conhecimento de outro aplicativo de monitorização informático, o *GestaCare CCI*. Estes sistemas, uma vez referentes ao processo de enfermagem implicavam, entre outros, a avaliação / registo de diagnósticos de enfermagem com intervenções, regime medicamentoso, avaliação das escalas de equilíbrio, dispneia, força muscular, consciência, equilíbrio postural e marcha, funcionalidade nas AVDs, cognição, espasticidade, úlcera por pressão, quedas, autocuidado, dor, especificamente Berg, Borg, Lower, Glasgow, Tinetti, MIF, MMSE, Asworth, Braden, Morse, Barthel.

Em fases mais avançadas dos estágios, mas revelando igualmente a integração efetuada, tive a oportunidade de assistir a reuniões de equipa, assistir a reuniões de direção hospitalar para a implementação de RC (para além do já realizado) assim como a criação das consultas de TAVI e de IC, assistir a reunião de direção hospitalar de enfermagem sobre a implementação / utilização da Tabela Nacional de Funcionalidade. Assisti à implantação de TAVI e às consultas pré cirúrgicas (consulta multidisciplinar) assim como o processo de construção de uma consulta (projeto *Valve for Life*). Para além destas, participei na formação ECMO (introdução da técnica no serviço), acompanhei o enfermeiro coordenador dos estudos no Gabinete de Investigação, conjuntamente com o enfermeiro orientador realizei visitas domiciliárias multidisciplinares com a AS, assisti a reunião de

articulação institucional, com enfermeiro do centro de saúde no âmbito do projeto PIAH, admiti doentes na RNCCI, participei na transferência entre hospitais de doente crítico, assim como na identificação de situações de risco e referenciação hospitalar.

Quando aplicável, privilegiei a transmissão da informação oral (na passagem de ocorrências) e escrita (pela realização de registos fiéis às intervenções realizadas). Debati os processos de enfermagem e os planos de cuidados elaborados com os enfermeiros e com o professor orientador. Neles refiro-me aos sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos de autocuidado.

Objetivos:

1 - Aprofundar conhecimentos técnico-científicos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardíaca, com ênfase nas intervenções autónomas de enfermagem promotoras do autocuidado;

3 - Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com doença cardíaca;

4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados gerais e específicos à pessoa / família com doença cardíaca, tendo em vista a promoção do autocuidado e utilizando a metodologia do processo de enfermagem

Este representa o maior grupo de objetivos, cuja concretização mais contribuiu para o objetivo geral.

Para tal, realizei estudo de diferentes patologias (nomeadamente AVC, Parkinson, fratura colo do fémur com prótese, fratura de *couls*, ICC, Insuficiência Respiratória, ...), através da consulta de bibliografia diversa e de acordo com as situações encontradas.

Realizei estudo de caso (Apêndice II)

Apoiei a minha intervenção no que considerei adequados conhecimentos científicos e técnicos, recorrendo à evidência científica com pesquisa em bases de dados EBSCO, pesquisa livre (google) e pesquisa no centro de documentação da ESEL, ainda aos conhecimentos colecionados durante os anos da prática, aos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que precederam o estágio e

aos saberes partilhados pelos enfermeiros orientadores e restantes membros da equipa multidisciplinar.

Analisei, aprofundei e procurei aplicar o meu conhecimento, em múltiplas intervenções referentes aos diversos projetos existentes no âmbito da instituição hospitalar. Estes são:

Contract for life - programa integrado na iniciativa *Stent for Life* que teve início em 2009 a nível europeu e que teve como fito a redução da mortalidade por STEMI (atualmente designado *Stent Save a Life*, após globalização) – sendo o *Contract for Life* uma componente educacional que visa elevar o conhecimento sobre a doença atuando na prevenção de eventos subsequentes, composto essencialmente por entrevistas, ensino e realização de exercícios;

PIAH – projeto integrado de alta hospitalar com o propósito de assegurar a continuidade de cuidados específicos dos utentes, melhorar a articulação entre instituições, e potenciar o envolvimento dos cuidadores / familiares. Envolve o hospital e as unidades de saúde da área de residência do ACES central e favorece que estes detetem sinais de alerta precoce às 48h pós alta. Participei no mesmo por via de consulta de processo, entrevista, acompanhamento e referênciação;

Consulta de reabilitação - inserida no programa de RC, visa o acompanhamento do utente no seu processo de conhecimento da doença, responsabilização e autocuidado, promovendo a melhoria da qualidade de vida. Intervim realizando a consulta de forma autónoma, com o respetivo ensino, esclarecimento de dúvidas e referênciação que a mesma preconiza;

Consulta de *follow up* telefónico - tem como objetivo gerir o processo de alta de forma a garantir os cuidados necessários no pós alta, reforçando comportamentos adequados para controlo da doença, promoção da saúde e a melhor utilização dos serviços de saúde. Articula-se com outras instituições de saúde de modo a monitorizar e encaminhar os doentes de acordo com as necessidades identificadas. Tive a oportunidade de assistir e conhecer toda a documentação assim como os registos informáticos realizados e respetivos dados que daí podem ser colhidos;

Airmed - programa informatizado que visa dar resposta à necessidade de gestão do regime medicamentoso do utente cardíaco hipocoagulado, em ambulatório, através do controlo do valor de INR. É enfatizada a componente de responsabilização de saúde individual, indo ao encontro da promoção do autocuidado. Tive conhecimento por via do acompanhamento do enfermeiro orientador, aquando da realização das intervenções;

Consultas de hipocoagulação, arritmologia, IC, das quais consultei documentação utilizada e para onde encaminhei doentes.

Apesar de previamente referido, a elaboração de planos de cuidados, também contribuiu para estes objetivos.

Após seleção fundamentada dos doentes a seguir, concebi, implementei e monitorizei planos de cuidados, efetuei a aplicação de diferentes escalas, de acordo com a pertinência para cada doente.

Realizei sessões de educação para a saúde, individualizadas e em grupo (quer para diversos doentes, quer para doente e famílias), sobretudo a doentes com patologia coronária.

Coloquei em prática a realização de exercícios de reabilitação, nomeadamente, técnica de descanso e relaxamento com consciencialização e controlo da respiração (expiração com lábios semicerrados); mobilização da tibiotársica: dorsi-flexão / flexão plantar; mobilização do joelho: flexão e extensão em simultâneo com flexão e extensão coxo-femural. Atividade terapêutica: ponte, treino de marcha controlada, levante (cama, cadeira, utilização de cadeira de escritório, pau a substituir bastão, cinto do robe para ajudar no levante autónomo); mobilização passiva por segmentos nos membros inferiores (ativa resistida, assistida); reeducação diafragmática com ajuda, dorsal e laterais das hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda; reeducação costal global; automobilização dos membros superiores; subida e descida de escadas; deslocação à rua (marcha em piso irregular); musicoterapia (solicitada pela doente); e exercícios faciais. Ainda, ensino e treino com produtos de apoio, nomeadamente andarilho, canadianas e pedaleira.

Realizei técnicas de RFR para a sincronia e a adaptação ao ventilador: técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronia com o ventilador, exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costal (seletivos e globais). Técnicas que pretendiam melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e a mobilização e eliminação das secreções.

Avaliei e reformulei planos de RFR em função dos resultados.

Trabalhei com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação.

Particpei na formação de pares (informalmente), pessoa e família de acordo com as necessidades diagnosticadas.

Adquiri equipamento, nomeadamente oximetria de pulso, para utilização própria no decorrer do estágio. Senti necessidade de utilização deste equipamento para a monitorização de doentes, sobretudo aquando da realização de exercícios respiratórios. Esta preocupação foi partilhada pela enfermeira orientadora que referiu estar a aguardar a aquisição do equipamento, por parte da ECCI. Aprendi sobre a utilização e manutenção deste e de outros equipamentos.

Particpei nas jornadas de Enfermagem de EEER do CHLO e na reunião científica do NEC (Anexo I)

Assisti à implantação de TAVI e às consultas pré cirúrgicas (consulta multidisciplinar) (projeto *Valve for Life*), acompanhando o processo de implementação de uma consulta (inclusive a componente de enfermagem de reabilitação).

Realizei a reabilitação a doentes pós TAVI (particularmente exercícios de equilíbrio e força muscular).

Avaliei raio X, GSA e auscultação, com apoio dos enfermeiros orientadores e suportada pela componente teórica, e fui realizando a avaliação evolutiva no decorrer dos dias de sujeição a reabilitação.

Apliquei e monitorizei a técnica de atmosfera húmida.

Apliquei diversas escalas na avaliação dos doentes.

Colaborei com o enfermeiro orientador na avaliação, planeamento e implementação de intervenções, avaliação e registo, para as variadas situações, em ambiente de comunidade e hospitalar.

Assisti a: criação de consulta de enfermagem dirigida ao doente com IC, na qual se prevê a introdução da reabilitação; a reuniões de direção hospitalar para o alcance de maior taxa de reabilitação cardíaca, com a implementação de Reabilitação Cardíaca noutros horários e sob protocolos distintos; a reunião de direção para o conhecimento e implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade

Realizei a referenciação de doentes para o domicílio, para a RNCCI, para o hospital, para outros serviços hospitalares e para diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de reabilitação – por vezes identificado de forma simples como “encaminhamento” - o que implicou, sempre, uma avaliação estruturada e fundamentada a par de conhecimento sobre os protocolos de atuação, nos diferentes contextos. No mesmo enquadramento, fiz deteção precoce de diversas situações, antecipando maiores riscos.

Realizei o acompanhamento de famílias / cuidador principal (enquanto mediadora de conflitos, implicando o entendimento das partes e o conhecimento da dinâmica familiar), na medida da permissão das famílias e doentes.

Colaborei na orientação, reorganização e adaptação da estrutura física dos domicílios, em função das necessidades dos doentes e famílias, tomando consciência das dificuldades no que se refere a barreiras arquitetónicas na casa das pessoas com deficiência ou limitação.

Tive o cuidado de aplicar técnicas de conservação de energia e gestão do esforço do doente, aquando dos exercícios, e de estabelecer relações de confiança em que o afeto no cuidado foram constantes.

Apliquei os princípios da ergonomia e da mecânica corporal em prol da segurança profissional e da pessoa de quem assumi cuidar.

Realizei entrevistas aos doentes, por vista, entre outros a compreendê-lo e a respeitar o que é qualidade de vida para si, que objetivos tem traçados, quais as dificuldades encontradas. Tive em ponderação a proteção da autonomia e das liberdades de fazer as suas escolhas livres e esclarecidas, sendo que para isso fornecia as informações necessárias sobre potencialidades e objetivos das intervenções, respondendo às questões colocadas pela pessoa e família. Saliento a assertividade na gestão da relação pessoa e família, a negociação na estruturação do plano de reabilitação, a parceria na tomada de decisão, a valorização da pessoa como ser único no seu ambiente familiar e integrado no seu contexto, a consciencialização da relação como ferramenta na potencialização da reabilitação e desenvolvimento de conhecimentos sobre relação terapêutica nomeadamente com a realização do jornal de aprendizagem.

Mantive a atenção, entre outros, ao dever de sigilo, a que o CDE remete, o que contribuiu amplamente para o estabelecimento de relações de confiança, favorecendo os cuidados.

Orientei a minha conduta profissional pelo CDE e pelo REPE, que me norteiam nas minhas ações profissionais.

Embora o estágio seja de ER, foram realizadas outras atividades que complementaram este objetivo. Realizei cuidados gerais de enfermagem com o enfermeiro orientador, integrada na equipa (realização de pensos, otimização de drenos, administração de terapêutica, punção venosa periférica, cuidados a pessoa traqueostomizada e colostomizada, cuidados de higiene, etc.) Realizei ensinamentos e, ainda, treino sensório-motor durante os cuidados de higiene pela mobilização e estimulação sensorial (contacto com água, massagem, toque). Favoreci a promoção de momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo a função de EEER.

5 - Refletir criticamente sobre a eficácia e eficiência das aprendizagens e das intervenções realizadas na promoção do autocuidado

As atividades realizadas que foram ao encontro deste objetivo foram as reuniões formais com professor e consequente elaboração das atas. Elaboração de

notas de campo (os referidos registos diários em diário de campo). Elaboração de Jornais de Aprendizagem (Apêndice III), utilizando como metodologia o Ciclo reflexivo de Gibbs, cujo paradigma construtivista contribui para a construção ativa do conhecimento.

Reflexão sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem, entre os quais a facilidade de retirar o EER das funções para outras, e partilha com os enfermeiros orientadores sobre as reflexões realizadas.

6 - Elaborar protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas pelos serviços;

7 - Planear e implementar sessões de formação dirigidas aos profissionais de acordo com as necessidades formativas identificadas

Ambos os objetivos aqui comportados implicam a integração realizada (e já referida) assim como conhecimento dos serviços, sua dinâmica, organização e preocupações, pois só assim foi possível discernir o que seria ou não pertinente para cada campo de estágio.

Uma vez relacionados com a integração, algumas atividades, foram já mencionadas noutros grupos de objetivos E, igualmente, os planos de cuidados, notas de campo e jornais de aprendizagem. Relativamente a documentação específica, apresentei: Folheto informativo dirigido à família / cuidador principal (Apêndice IV); ficha de avaliação do doente com compilação das escalas anexas de avaliação do doente (Apêndice V); estudo de caso (Apêndice II). Elaborei a componente teórica para a implementação de Sessão de Educação para a Saúde ao doente com SCA (Apêndice VI).

Realizei a reorganização da componente teórica do programa de reabilitação existente a nível hospitalar, tonando-o num documento único, compilando alguns documentos existentes, por vista a facilitar a sua consulta e utilização. Quer para utilização própria no decorrer do estágio, quer para futuros estudantes de reabilitação. (Anexo II).

Realizei a estruturação e argumentação de vídeo de apresentação do programa de reabilitação cardíaca do serviço (Apêndice VII)

Uma vez que, o serviço hospitalar, estava a dar início a uma nova fase dirigida aos doentes submetidos a TAVI, estruturei protocolo de atuação para a reabilitação do doente, através da realização de um documento único. Neste consta a informação pertinente para a implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação. (Apêndice VIII)

Partilhei e analisei criticamente, em conjunto com o enfermeiro orientador, diversos artigos científicos cujos contributos favoreceram a realização da documentação anteriormente referida.

No que reporta às atividades planeadas, não foram realizadas ações de formação dirigidas aos profissionais, visto que estas não se integravam nos planos dos diferentes serviços. Assim, entendi não sobrepor os meus objetivos às necessidades dos serviços.

8 - Produzir relatório de ensino clínico que reflita as aprendizagens realizadas em função das competências previstas pela OE para o EEER

Semelhante ao sucedido no grupo de objetivos prévios, também o alcance deste, impõe a descrição de atividades já mencionadas.

Compreendi a realização diária de registos. Adquiri, prévio aos estágios, um caderno ao qual apelidei de diário de campo, uma vez que fiz o exercício de aí documentar os acontecimentos em campo de estágio, assim como as dúvidas, sentimentos e informações pertinentes.

Realizei jornais de aprendizagem, que foram sendo apresentados aos enfermeiros orientadores e entregues e discutidos com o professor orientador.

Partilhei e analisei criticamente, em conjunto com o enfermeiro orientador, diversos artigos científicos.

Realizei reflexões sobre incidentes críticos (já mencionados)

Realizei diversos documentos (explícitos nos objetivos prévios), consultei e analisei outros, procurando o contributo de cada um para a prossecução dos objetivos estruturados.

E, não menos importante, elaborei e organizei o cronograma, com a devida antecedência, consultando-o com regularidade, por vista a balizar as atividades realizadas.

Participei nas aulas que decorreram na ESEL, ao longo dos estágios e em três dias distintos, contribuindo para a reflexão e direção das aprendizagens que vinham sendo realizadas.

2.2 Análise e reflexão da experiência de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências de EEER

A aprendizagem que veio sendo realizada não fica circunscrita às atividades previamente descritas, mas é um facto que aí foi firmada. Refiro que não se limita a estas, uma vez que os acontecimentos e crescimento pessoais têm o seu cunho na construção da profissional que sou. Desta forma, creio que o obtido nas diversas aprendizagens difere do quanto quis (e consegui) colher a cada dia de estágio.

O ensino clínico visou o desenvolvimento de competências específicas da área de reabilitação que a diferenciam das demais, a par de um conjunto de **competências comuns** aos enfermeiros especialistas. Estas últimas dividem-se em quatro domínios.

A - Responsabilidade profissional, ética e legal;

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no campo de intervenção.

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Reconheço que a minha atuação profissional foi, sempre, baseada no código deontológico, destacando-se o respeito pelo indivíduo, a sua singularidade, os seus valores e crenças. Mantive o dever de sigilo profissional e a privacidade do doente, o que favoreceu o estabelecimento de relações de confiança. Esforcei-me por conhecer os doentes de quem cuidei, procurando ir ao encontro das suas necessidades e preocupações, respeitando as suas escolhas, trabalhando em parceria com os mesmos, com vista ao melhor cuidado. Procurei integrar as famílias nos cuidados, sempre que estas, e sobretudo o doente, assim o pretendiam. Conjuguei técnicas de comunicação na negociação dos planos de cuidados, mantendo uma postura de assertividade.

Exemplos destas situações são algumas das relações estabelecidas, inclusive, que se refletiram em estudo de caso, folheto ou reflexões. Destaco o desenvolvimento da relação de confiança com a Sra. M., que creio, estar na base da celeridade da sua reabilitação. A Sra. M. encontrava-se há anos acamada, sendo acompanhada pela equipa de cuidados continuados, em particular o EEER há alguns meses. Desde então, com pouca colaboração da doente em qualquer cuidado. Senti necessidade de muito estudo face à sua patologia e de, aos poucos, ir conhecendo a sua dinâmica familiar (identificado como crucial no seu estado anímico). No fim desta jornada conjunta, a Sra. M. realizava levante autónomo, com carga nos membros inferiores e caminhava pelo domicílio com o apoio do andarilho. Também a sua relação com a cuidadora principal, a irmã, se encontrava mais tranquila. Foi, igualmente, importante a relação estabelecida com a cuidadora principal, o que favoreceu a sua compreensão de alguns pormenores da doença, refletindo-se numa alteração da relação entre ambas. Tudo isto sem pôr em causa a relação de confiança criada com a sra. M.

Destaco também a relação com o Sr. J. que, com olhos em lágrimas, agradeceu os cuidados e dedicação, num momento em que pôde retornar à rua, simplesmente estar ali a apreciar o momento, reencontrar vizinhos e conversar com outros que não os profissionais de saúde ou cuidadores.

Procurei a realização permanente de um exercício seguro, das melhores práticas profissionais tendo em conta as preferências do doente. Isto implicou a pesquisa bibliográfica, previamente referida, assim como os conhecimentos e

experiência prévios, a componente teórica da especialidade, e ainda as entrevistas e dedicação aos doentes. Só desta forma entendo as tomadas de decisão que fui assumindo, como autónomas, seguras, preventivas, com resultados que pude ir avaliando e reestruturando.

B – Melhoria contínua da qualidade:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A melhoria contínua que o enfermeiro especialista almeja alcançar remete para a “certificação de competências” (OE, 2011) pelo que, este domínio pressupõe uma evolução individual em prol da evolução profissional. Impõe que o conhecimento adquirido não se encerre em si mesmo, mas antes, seja extrapolado e produza frutos.

São diversas as atividades a enquadrar neste domínio e, no decorrer das mesmas, fui tendo a perceção da importância a atribuir-lhes no computo da enfermagem.

Tive a oportunidade de colaborar na conceção e concretização de diversos projetos do serviço hospitalar e a nível institucional, uma vez que o enfermeiro orientador se encontrava envolvido em alguns deles. Outros, fui eu que tomei a iniciativa de envolvência, identificando as oportunidades de melhoria, confirmando com o enfermeiro a pertinência dos mesmos. Da parte do enfermeiro orientador, houve sempre abertura para essa envolvência. No entanto, exigiu que eu realizasse reflexão sobre os temas e apresentasse fundamentação para justificar a minha envolvência, enquanto EEER. Estas situações foram muito motivadores e constituíram forte impulso para a aprendizagem assim como para a estruturação e desenvolvimento de aptidões em análise e planeamento estratégico. De entre as

várias situações, registo a componente educacional do programa de RC (já existente), ao qual acrescentei o guia de EpS (EpS como componente da RC) e a formação em *ppt* (Conferência cardíaca – EpS integrada no programa de RC) (Apêndice VI).

Igualmente de relevo, a melhoria de toda a documentação do programa de RC, com o intuito de melhor acesso à informação, focando-me nas metas e objetivos que favorecessem a concretização de indicadores. Desta forma, contribuí para melhorar a colheita de dados favorecendo a comunicação dos resultados que daí advêm. Revi os documentos de Avaliação Inicial do Utente em programa de RC: Programa de RC – fase1 e Consulta de RC (Anexo II). Acrescentei, no mesmo, por iniciativa própria, documento de apoio ao programa de RC - Programa de RC dirigida ao utente com SCA – onde consta fundamentação teórica, estruturação, percurso do doente e, em anexo, os documentos previamente referidos. Elaborei este documento uma vez que, enquanto estudante, senti falta de documentação de apoio quando quis iniciar a prestação de cuidados enquanto EEER.

Dentro desta área de intervenção, realizei a estruturação e argumentação de um vídeo de apresentação do programa de RC, para a disseminação do mesmo. O plano é que este seja apresentado à equipa multidisciplinar, sofra os melhoramentos necessários, seja realizado e difundido, quer via internet no sítio do serviço, quer em ocasiões estratégicas como reuniões científicas ou outras.

Após a apresentação destes documentos, que exigiram estudo, pesquisa, fundamentação e reflexão para os mesmos, o enfermeiro orientador optou por solicitar a minha intervenção em outras áreas onde o EEER pode intervir. Desta forma, partilhou alguns artigos científicos sobre TAVIs, que conjuntamente debatemos, com o intuito de organizar o programa de RC dirigido a estes doentes. Entendi esta solicitação como o reconhecimento do meu esforço e trabalho. Assim, estruturei o protocolo de atuação para o doente submetido a TAVIs, nomeadamente: RC em TAVI, Avaliação Inicial de Utente em programa de RC (protocolo TAVI), Avaliação de Enfermagem de Utente em consulta pré TAVI.

Por outro lado, tive a oportunidade de acompanhar o processo de implementação de consultas e de assistir a diversas reuniões (algumas de decisões e planeamento estratégicos, de projetos institucionais ou de comunicação de

resultados a enfermeiros e gestores), acompanhando os enfermeiros orientadores, uma vez que, ambos, tinham um papel de relevo no apoio direto às chefias. Revela a pertinência e importância da intervenção dos EEER. Prévio às reuniões, os orientadores fizeram questão de partilhar comigo o assunto das mesmas dando-me espaço para a reflexão e discussão conjunta.

Uma outra vertente em que identifiquei ambos os enfermeiros, e com os quais colaborei, foi na verificação de operacionalidade e manutenção de equipamentos, entre outras atividades, que visam a estabilidade de cuidados e a manutenção de um ambiente seguro.

Numa atuação mais próxima com os doentes, entendo que criei espaço para um ambiente terapêutico e seguro na medida em que procurei ter uma prática de cuidados baseada na evidência científica. Procurei e consegui em diversos momentos a envolvência da família nos cuidados. Mantive o respeito pelas necessidades dos doentes, nomeadamente as espirituais em que, como exemplo, um doente solicitou a não realização do programa de exercícios e queria, da minha parte, que favorecesse a vinda de um padre. Procurei manter a ergonomia, minha, dos doentes e cuidadores principais, aquando da realização de exercícios de reabilitação. Colaborei com a família e doente, na identificação de obstáculos domiciliários e na organização do ambiente, favorecendo a que o doente mantivesse alguma autonomia e em segurança. E, enquadrado neste domínio, a elaboração de um guia de avaliação do doente onde incluí diversas escalas permitindo que, ao avaliar um doente, não perdesse informação. Serviu, para mim, como uma estratégia de boa prática.

C – Gestão dos cuidados;

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Para o alcance do estipulado nas diferentes unidades de competência deste domínio entendo crucial as fases de integração em ambos os campos de estágio. Visaram, como explicitado anteriormente, reuniões prévias e, portanto, um conhecimento dos serviços, dos enfermeiros orientadores e de algumas informações iniciais. Ambas as integrações decorreram sem problema, assim como as interações com os enfermeiros orientadores, que fluíram sem dificuldade. O que se tornou distinto foi a integração nas equipas. Na comunidade foi mais célere, uma vez que a equipa é menor, interage diária e permanentemente, tendo em conta as deslocações conjuntas nos carros de apoio domiciliário. Foram boas oportunidades para conhecer os elementos da equipa e partilha de informações. No entanto, com a restante equipa multidisciplinar, o contacto foi mais lento uma vez que o mesmo ocorreu de forma programada através de reuniões, telefonemas ou visitas domiciliárias conjuntas. A nível hospitalar, a integração com a equipa de enfermagem foi facilitada por ser um ambiente que me é familiar, no entanto, dada a existência de turnos, foi mais lento o conhecimento dos enfermeiros. Pelo contrário, com a restante equipa multiprofissional foi um processo muito natural devido ao contacto permanente em torno do doente. Inclusive, foi neste contexto que consegui colaborar nas decisões da equipa multiprofissional sendo identificada como EEER, havendo situações em que, quer assistente social, médicos, AAM ou TCP, se dirigiam a mim no intuito de discussão de caso. Na comunidade, esta situação foi apenas conseguida com a presença da enfermeira orientadora. Ainda, em ambos os campos, os enfermeiros passaram a solicitar a minha opinião e intervenção enquanto EEER.

No decorrer dos estágios fui adquirindo mais autonomia na seleção de doentes, na prestação de cuidados e na definição dos programas de reabilitação.

Neste percurso, identifiquei situações de risco, implementei ações preventivas, negocieei com a equipa sobre recursos adequados a alguns doentes, realizei a referenciação de doentes, quer para outras instituições quer para diferentes profissionais, o que denota a integração realizada e colaboração entre equipa, assim como a otimização das respostas de enfermagem. Ressalto, ainda, a capacidade de compreensão da importância de todos os outros profissionais nos cuidados aos doentes, assim como das famílias / cuidadores principais. Inclusive, o

tema do cuidador principal foi objeto de reflexão em Jornal de Aprendizagem e de elaboração de folheto informativo.

Entendo que este domínio de competências foi desenvolvido com solidez, permitindo-me uma maior reflexão sobre a especialidade de enfermagem em reabilitação, sobre a perceção de outros do EEER e sobre a pertinência de envolvimento deste profissional em tantos campos de atuação.

Fui entendo a denominação do enfermeiro especialista como “especialistas do pormenor” (Hesbeen, 2003) como gestor de caso, com “um papel de pivot, no contexto da equipa” (OE, 2001), papéis este que devem vir sendo firmados onde quer que o EEER se encontre.

D – Desenvolvimento de aprendizagens profissionais;

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A procura permanente da melhor prática profissional foi sucedendo em simultâneo com o desenvolvimento do processo de autoconhecimento. Ambos, melhor prática e autoconhecimento, têm vindo a ser construídos há muito, mas, de certa forma, esta etapa de especialização veio trazer um cunho de grande responsabilidade a par do conhecimento clínico.

As relações estabelecidas com alguns utentes foram foco de reflexões, nomeadamente Jornais de Aprendizagem. Estes contribuíram, fortemente, para a identificação de algumas limitações e interferências nas relações terapêuticas e foram, também, facilitadores na consolidação das resoluções que daí advieram. Foram, sobretudo, as relações com os utentes que provocaram a necessidade de reflexão sobre a influência da esfera pessoal nas relações profissionais. Creio ter conseguido o distanciamento suficiente para a análise das situações e para a eficaz resolução das mesmas.

Outro foco de atuação que exigiu muita ponderação foi a envolvimento dos cuidadores no cuidado aos doentes. Senti esta pressão, sobretudo, a nível comunitário onde a parceria de cuidados é tão importante e evidente. Inclusive, a necessidade de reflexão sobre este tópico foi de tal modo importante para mim que a deixei expressa em *Jornal de Aprendizagem*, cujo exemplo que deixo remete à situação da Sra. M.. Foi uma situação de constante conflito entre doente e cuidadora principal, que por sua vez referia exaustão. Se, em contexto hospitalar, a atitude poderia ser a de afastar o cuidador da unidade do doente de modo a não causar distúrbios neste último, a nível domiciliário a presença do cuidador é constante e este afastamento não é possível. Ora, esta situação criou em mim sentimentos que tive que gerir por forma a não influenciar a relação que estava a construir com aquela família. Levou-me a gerir as emoções, a antecipar as situações de conflitualidade que sabia existirem para assim ter uma atitude profissional de resolução de conflitos. Foram passos pequenos, mas estáveis e tiveram repercussão positiva quer na doente quer na cuidadora. Entendo que para uma foi sentido como segurança e confiança, o que lhe permitiu esforçar-se pela recuperação, e para outra foi sentido como empatia, aceitação e compreensão, o que lhe permitia verbalizar, expressar emoções e reagir melhor perante as situações.

A nível hospitalar foi mais evidente, para o contributo deste domínio, a aquisição, demonstração e aplicação de conhecimentos, uma vez que a área de cardiologia é onde exerço funções. Este facto facilitador para a integração, intervenção e, inclusive, aceitação pelos pares. Permitiu-me a tomada de iniciativa de forma segura, quer na abordagem aos doentes, quer na discussão de casos clínicos com o enfermeiro orientador e restante equipa multiprofissional. Atuei, por exemplo, em situações de reanimação, com total aceitação por parte da equipa.

Foi também aí que tive a oportunidade em estágio, de discutir, contribuir e desenvolver a área de investigação. Existe um gabinete de investigação, coordenado por uma enfermeira, que tive a possibilidade de acompanhar durante um curto período de tempo, de modo a colher informação sobre o processo de investigação e os vários estudos a decorrer. Sempre que foi oportuno, deixei a minha posição, equilibrada e refletida. Procurei, acima de tudo, o desenvolvimento

de enfermagem, em particular, o desenvolvimento da prática especializada de reabilitação. Identifiquei algumas oportunidades de investigação, nomeadamente relação de EpS e literacia/iliteracia do doente cardíaco face à sua patologia. Senti que podia contribuir, uma vez que tenho procurado divulgar os resultados dos cuidados de enfermagem. Inclusive, no decorrer do mestrado participei em *workshop* com a apresentação de um póster científico que ficou em 2º lugar, participei enquanto formanda em algumas jornadas, e no âmbito do meu serviço, faço parte de duas equipas de investigação em parceria com escolas de enfermagem.

Acresce a este domínio a procura permanente de mais conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica. Conhecimento sobre as patologias, programas de reabilitação, rede informática, RNCCI, equipamentos, entre outros. Também a realização de estudo de caso favoreceu a validação de conhecimentos e melhor implementação dos planos de cuidados. A aplicação de escalas levou à elaboração de documento de avaliação do doente e obrigou ao aprofundamento de conhecimento e aplicabilidade das mesmas.

Assim, entendo este domínio desenvolvido refletindo uma prática especializada em enfermagem.

No que se refere a **competências específicas** do EEER, e que permite a sua distinção dentro das demais especialidades da profissão, são três os domínios a considerar.

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

J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde / doença e ou incapacidade.

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas.

No que concerne a este domínio a sua concretização sucedeu pelos diferentes contextos em que pude intervir, nomeadamente, comunidade (especificamente domicílios) e ambiente hospitalar. Senti, como mais evidente, o contributo da minha intervenção, na comunidade. Aí, os doentes evidenciaram situações de restrição da participação, quer familiar quer social. As suas limitações nas atividades foram tidas em conta aquando da conceção de planos de cuidados, tendo sido organizadas algumas estratégias de intervenção. Nestes programas de reabilitação, que procurei personalizar, foram alcançados objetivos que os doentes valorizaram como muito importantes. Para alguns deles, assim como para as suas famílias, foram pequenos passos para uma melhor qualidade de vida assim como maior participação em momentos familiares e sociais. Dou os exemplos da sra. M. que teve sucesso na deslocação do quarto até outras áreas da casa, até aí impossibilitada de o fazer; o Sr. J. e a Sra. J. que puderam descer as escadas dos respetivos prédios, o que lhes permitiu voltar a encontrar vizinhos, ou ainda, o Sr. V. que conseguindo deslocar-se à sala de casa voltou a tocar piano e a utilizar o computador. Entendo estes pequenos (mas enormes) sucessos como um esforço conjunto entre doente, cuidadores principais e a minha intervenção enquanto EEER.

No decorrer dos estágios fui melhorando a avaliação a realizar aos doentes, com o contributo do estudo de caso, dos planos de cuidados, das diversas escalas utilizadas, incluindo o exame neurológico. A rigorosa e personalizada avaliação dos doentes favoreceu a conceção, implementação e avaliação dos programas de reabilitação. Foi, inclusive, com estes suportes que contribuí para a melhor seleção de produtos de apoio. Ensinei e realizei a demonstração sobre a utilização de produtos de apoio, nomeadamente andarilho, canadianas e pedaleira, assim como orientei os cuidadores principais sobre a aquisição dos mesmos. A avaliação realizada enquanto EEER permitiu melhorar a transmissão de informação entre pares e aquando da referenciação de doentes para outros profissionais ou outras

instituições. A referenciação, assim como a deteção precoce situações de risco foi evidente em ambos os contextos de atuação. A nível hospitalar, a deteção sucedeu, entre outros, baseado em exames complementares, como por exemplo, a visualização diária do raio X ou das GSA, num caso concreto de RFR em doente ventilado; mas também com base na auscultação pulmonar ou na avaliação da pele, em momentos de cuidados de higiene, posicionamentos ou outros. A nível comunitário sucederam, sobretudo, na avaliação prévia ao início das técnicas reabilitação. Foram exemplos disso, a situação de dificuldade respiratória do Sr. J.P., a úlcera de pressão do Sr. B. ou a atelectasia do Sr. F. Por via destas intervenções, entendo ter contribuído para a melhor continuidade de cuidados, para a prevenção de situações de risco e ainda para a promoção do autocuidado.

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

J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD`s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Na procura do melhor cuidado às pessoas e famílias de quem cuidei, enquanto EEER, visei a promoção da autonomia das mesmas, por via do desenvolvimento do seu autocuidado. Assim, em situações concretas, procurei dar resposta às problemáticas levantadas, particularmente situações de limitação nas AVD`s. Destacam-se os casos do Sr. C., que em ambiente hospitalar, foi realizando, após ensino, técnicas específicas de levantar, transferência cama-cadeira e cadeira-duce, evoluindo na sua capacidade de realização de esforços e de gestão da energia. No caso concreto, foi essencial a conjugação entre o conhecimento da pessoa e das suas necessidades, com o programa de reabilitação cardíaca em vigor. Também, a nível comunitário, o ensino ao cuidador principal da Sr. E., sobre técnicas de mobilização no leito e vigilância da integridade cutâneo foram essenciais na diminuição de riscos. Quanto ao Sr. J. a intervenção de maior destaque foi a de

identificação de barreiras no domicílio e a orientação para a sua eliminação ou adaptação.

A realização dos planos de cuidados e estudo de caso foram um significativo contributo nos cuidados implementados, uma vez que especificam e personalizam cada situação, em pormenor.

Realizei, ainda, ensino e treino a ajudantes de lar, uma vez identificadas algumas lacunas nos cuidados. Especificamente no caso da Sra. M.R., que se encontrava sob cuidados domiciliários após AVC, em que foi realizado ensino sobre posicionamentos, utilização de ajudas técnicas, técnica de levantar para a cadeira e vigilância de sinais de dificuldade respiratória. Nesta mesma situação foi realizado ensino à filha, sua cuidadora principal, sobre a vigilância de sinais de desidratação, de dificuldade respiratória e de remoção de secreções. Foi realizado ensino sobre alimentação e vigilância da deglutição. O treino e supervisão foram cruciais para o sucesso das técnicas ensinadas. A cada novo dia de visita a esta Sra., os ensinamentos realizados revelavam-se, quer nos corretos posicionamentos assim como na utilização dos equipamentos e ainda na melhoria da condição respiratória ou na segurança e tranquilidade da cuidadora. Ainda neste caso, foi realizado ensino sobre alguma legislação em vigor acerca da utilização de cuidados de saúde, assim como orientação para os mesmos.

A prevenção de riscos, a promoção da saúde e a promoção da melhor qualidade de vida foram buscas permanentes.

Igualmente importante foram as cartas de transferência realizadas e a referenciação para outras entidades, contribuindo para transições mais saudáveis e de acordo com as necessidades dos doentes e famílias, quer do hospital para o domicílio, quer deste para o hospital, quer para outras instituições.

Hoeman (2011) aponta como essenciais para o sucesso do regresso à comunidade, um plano de alta rigoroso, a par da colaboração interdisciplinar.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

Neste domínio foi essencial toda a fundamentação teórica que veio sendo adquirida ao longo do mestrado, a par da experiência adquirida, para a melhor conceção dos planos de reabilitação de forma individualizada. Os contextos clínicos destacaram-se pela diferença, sendo que na comunidade não havia um programa rigoroso a ser implementado. Assim, tendo sido o primeiro campo de estágio, obrigou a uma rigorosa individualização dos planos. Para cada doente foi realizado um plano de cuidados personalizado, tendo em conta os objetivos do próprio e tendo em conta as suas necessidades, mas também as do cuidador principal. Implicou conhecer, avaliar e refletir sobre cada doente e família. Isto contribuiu para um vasto conhecimento de diferentes áreas de intervenção, e também muito estudo para a compreensão dos melhores planos e sessões de treino para cada pessoa. Implicou, igualmente, um rigoroso registo da evolução e dos resultados alcançados.

Para tal, foi crucial a utilização das diversas escalas já instituídas e utilizadas em cada serviço.

Considero que tive um crescimento significativo na forma como avalio a pessoa e as famílias, o que se repercute na prestação diária de cuidados.

Este campo foi fundamental para a melhor atuação a nível do segundo campo, o hospitalar. Aí, o programa de reabilitação estava já definido, sendo necessário a sua adaptação a cada pessoa. Foi muito desenvolvida a componente de avaliação da pessoa, a manutenção da segurança, a utilização de muitos outros dados, que na comunidade são de mais difícil acesso, e a implementação de diversas técnicas e exercícios. Entendo que melhorei significativamente na execução das técnicas, com ajuda da melhor observação e da monitorização frequente.

Neste campo de estágio houve mais oportunidade para a pesquisa científica em função dos objetivos do meu projeto de estágio. Houve, igualmente, a oportunidade de pesquisa e utilização de outras escalas de avaliação ainda não instituídas, no sentido de determinar se a sua utilização seria pertinente. Foram

identificadas escalas de autocuidado, e neste sentido, foi essencial a reflexão sobre as mesmas, conjuntamente com o enfermeiro orientador, e a perceção da pertinência das mesmas ou a possibilidade de utilização nos contextos de prática clínica.

Entendo ter demonstrado conhecimento aprofundado sobre as funções cardiorrespiratória e motora, essenciais na promoção dos programas de reabilitação, na sua implementação e monitorização dos resultados. Em todas as situações, entendo ter procurado a concretização de objetivos definidos pelas próprias pessoas em conjugação com objetivos essenciais à sua reabilitação.

No computo geral, avalio o caminho que percorri como positivo, com muito bom desempenho e com aquisição aprofundada de conhecimento. Este nível foi corroborado por ambos os enfermeiros orientadores e refletido em atas. (Anexo III) Entendo ter alcançado os objetivos propostos em Projeto de Estágio e ter adquirido as competências de EEER.

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PERCURSO DESENVOLVIDO

O olhar para o trabalho desenvolvido e os frutos daí obtidos, não pode e não se confina aos ensinamentos clínicos realizados. No entanto, estes foram um marco importante no processo de transição para especialista. O desenvolvimento de competências, comuns e específicas, progrediu com passos fundamentados e cada vez mais consolidados, permitindo-me a prestação de cuidados de EEER de qualidade visando a excelência no cuidar e a intervenção “a um nível de complexidade mais elevado” (Pestana in Marques-Vieira e Sousa, 2016). Foi um percurso iniciado no momento de decisão de realização do mestrado, o que pressupôs o interesse formativo e evolutivo. No decorrer do mesmo, as diversas disciplinas foram alicerçando o conhecimento e o projeto de formação contribuiu para a sua consolidação.

Deixei retratadas algumas situações particulares dos estágios, que entendo favorecerem a enfermagem de reabilitação no seu todo e que só foram possíveis pela possibilidade de realização destes estágios em concreto. Foram situações muito específicas da evolução de alguns doentes, mas também, os diversos documentos reveladores dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Em ambos os locais, foram muitas as experiências de aprendizagem e as oportunidades de intervenção e de reflexão, no entanto a par destas também foram surgindo as dificuldades, limitações ou obstáculos.

A nível dos campos de estágio, se inicialmente houve entusiasmo com a vertente comunitária, rapidamente percebi que não conseguiria focar-me na área do meu projeto, o que me deixou um pouco apreensiva. Após ponderação consegui ver esta insuficiência como oportunidade. Oportunidade de desenvolvimento de competências, de novos conhecimentos, de melhoria de técnicas e, igualmente, de desenvolvimento de práticas reflexivas, pensamento crítico, diferentes áreas de intervenção e de investigação. Revelou-se um campo de estágio muito bom, com uma forte componente relacional, com aprofundado assumir da família no centro do cuidado assim como desenvolvimento da capacidade de personalizar cuidados de reabilitação. Foi aí, também, que tive a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre referenciação de doentes. Embora seja uma intervenção que sempre realizei,

o que é certo é que vista na perspetiva comunitária permitiu perceber algumas lacunas e compreender as necessidades de melhor informação. A preocupação com a transição para o domicílio implica melhor planeamento de cuidados e, conseqüentemente reflexos mais positivos e satisfatórios para o doente e famílias.

Apesar de saber que a RC é uma vertente, ainda, pouco explorada a nível nacional, o que contraria a tendência europeia, estava ciente de que encontraria a possibilidade de intervenção nessa área a nível hospitalar. Aí, procura-se o alcance de melhores metas nacionais no que toca a RC. Este é um objetivo partilhado pela equipa multidisciplinar, quiçá pela promoção exercida pelas chefias diretas assim como pela direção de serviço e hospitalar. Neste, foi possível identificar resultados decorrentes do programa de RC, através da aplicação de escalas e inclusive de modo informal, quer ao nível da qualidade de vida, quer ao nível da melhoria da condição física de doentes, quer no que toca à literacia em saúde. Presenciei, em consulta, as manifestações positivas dos doentes relativamente a todo o acompanhamento que têm, ao impacto do programa nas suas vidas e à comparação de antes e depois (do evento) da condição de saúde.

Tive particular gosto em perceber que os enfermeiros EER procuram colher dados desde o internamento até ao pós-alta, de modo a partilharem resultados das suas intervenções. Inclusive, no decorrer do estágio, tive a oportunidade de ouvir o enfermeiro orientador sobre o programa de RC, em reunião científica. Houve ainda a oportunidade de prosseguir com uma matéria desenvolvida no estágio comunitário, que foi a referenciação de doentes. Neste serviço a articulação é fortemente estruturada e valorizada pelo que parece contribuir para a melhor qualidade de vida do doente e família, na medida de não os privar dos cuidados necessários no pós-alta.

Do meu ponto de vista, entre as questões polémicas ou de maior relevância para a sua resolução, entendo ser o facto de o EEER se encontrar em muitas valências. Se, por um lado vejo essa dinâmica com orgulho, por perceber que as competências adquiridas permitem uma vasta abrangência, por outro, não posso deixar de questionar se efetivamente o EEER consegue atingir os objetivos a que se propõe em cada vertente, ou se não seria mais eficaz a sua ação/intervenção focada num objetivo. É certo que depende da opção, interesse ou possibilidade de cada um

e de cada serviço. Mais, creio que esta situação surge pela escassez de enfermeiros especialistas de reabilitação que possam dar o seu contributo. Presenciei que ambos os enfermeiros orientadores são, igualmente, responsáveis de serviço e/ou substitutos da chefia de serviço. Ora, só esta vertente de gestão preenche o tempo e permite uma panóplia interventiva que leva a enfermagem e a enfermagem de reabilitação, particularmente, a evoluir, a caminhar no sentido de revelar a sua importância. Os mesmos enfermeiros gerem equipas, orientam ensinamentos clínicos, realizam investigação, intervêm em múltiplos projetos, publicam artigos, fazem parte de equipas de investigação, ministram formações e prestam cuidados de reabilitação. Em termos de campo de estágio, esta diversidade interventiva criou algumas situações de menor disponibilidade dos enfermeiros e por conseguinte - vendo-o na perspetiva positiva - foi um impulso à minha autonomia e responsabilidade a par de maior conhecimento de tantas vertentes.

Particpei em diferentes modelos de atuação do EEER. A nível da comunidade foi mais evidente o “papel de *pivot*” do EEER ou de “gestor de caso” estabelecendo a ligação entre todos os elementos do processo de cuidados, naquela que aparenta ser uma equipa transdisciplinar em que o enfermeiro “assume o papel de gestor de cuidados, intervindo na sua própria disciplina e nas disciplinas de outros membros da equipa, sob orientação destes.” (Branco in Marques-Vieira e Sousa, 2016). Já no hospital revii o contributo de EEER no seio de uma equipa multidisciplinar e/ou interdisciplinar, em que o enfermeiro promove o autocuidado e a reintegração familiar e social, através da mobilização das suas competências.

Não surgiram dilemas éticos e/ou deontológicos na vertente formativa, propriamente dita, no entanto, ressaltaram algumas questões na área da saúde, que a ocorrerem no serviço onde exerço funções e, portanto, com total responsabilidade assumida, as minhas intervenções e comportamentos seriam distintas do sucedido. Nos casos concretos, não sendo eu a protagonista, coube o lugar de intervenção aos enfermeiros orientadores, conhecedores do campo de ação. Ainda assim, nenhuma das situações pôs em causa a prestação de bons cuidados de enfermagem, tão pouco a qualidade de vida ou dignidade da pessoa cuidada. Neste sentido, entendo ter garantido um “agir ético do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” (Deodato, in Marques-Vieira e Sousa, 2016)

Dos pontos fortes a assumir ressalvo o facto de realizar um projeto de gosto particular, que conjuga a importância para o desenvolvimento profissional assim como para benefício daqueles que são cuidados, indo ao encontro de objetivos nacionais para a vertente da RC. Ainda, o facto de eu exercer funções na área da cardiologia já há alguns anos, o que me deu maior disponibilidade e segurança na intervenção.

A satisfação e contentamento com os ensinamentos clínicos, com os objetivos alcançados e com os trabalhos realizados - acima de tudo com a evolução sucedida - não impedem a reflexão e referência às dificuldades ou limitações que ocorreram ao longo do percurso.

Entendo que a maior dificuldade foi a conciliação temporal entre a vida profissional, pessoal e de estudante. A carga horária é elevada o que se refletiu em alguma exaustão ao longo do caminho que foi necessário ir gerindo.

Especificamente do projeto ficaram por realizar algumas atividades, no entanto, a realização das mesmas dependia da pertinência para os respetivos campos de estágio. Nesta medida, esta situação era expectável pelo que não teve qualquer impacto negativo na prossecução dos objetivos delineados. Inclusive, foram realizadas muitas outras atividades que, inicialmente, não haviam sido projetadas. Entendo que poderia ter sido terminado o segundo estudo de caso, ao qual dei início, uma vez que estes se revestem de crucial importância para organizar o julgamento crítico, implementar as intervenções, perceber os resultados e permitir a melhoria. Gostaria ainda de ter concretizado um mapa conceptual, revelando a integração de conceitos realizada através da fácil visualização da relação entre estes.

No decorrer do tempo, fui olhando para o tema do projeto de diferentes formas. Tentei não me desviar do foco, nem dos objetivos delineados. Ainda assim, a aquisição de novas competências, os conhecimentos adquiridos, o contacto com outras realidades, a comunicação com diferentes pessoas, a par da muita pesquisa realizada, foi suscitando outros interesses, outras curiosidades e áreas de eventual intervenção e investigação. Quiçá, novas abordagens do mesmo tema. Concretamente, pormenorizar o autocuidado ou, cingir à componente educacional

como mote para o *empowerment* do doente e família ou ainda, particularizar a doença cardíaca, assim como enfatizar a autonomia e/ou a qualidade de vida.

Considero pertinente salientar que no processo de desenvolvimento de competências, entendo ter atingido outra maturidade profissional que se coaduna com o exigido para um segundo ciclo de estudos. Revelando desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos previamente adquiridos, novos conhecimentos e capacidade na sua aplicação, inclusive em situações novas e contextos desconhecidos até aí. Através da minha tomada de decisão revelei capacidade de lidar com situações complexas, emitir juízos fundamentados, e capacidade comunicacional de resultados obtidos. Sinto que autoaprendizagem foi reforçada, ao durante este percurso, facilitando-me o processo autónomo de aprendizagem ao longo da vida.

Ressalvo que esta componente de mestrado vem trazer uma conotação científica, que vai ao encontro das minhas perspetivas de desenvolvimento. É um percurso que, segundo entendo, reforça o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Favorece também a pessoa alvo de cuidados, pois como refere Santos (in Marques-Vieira e Sousa, 2016) "... o desenvolvimento do conhecimento científico do enfermeiro de reabilitação torna-se primordial numa ótica de potenciar a capacidade da pessoa para o autocuidado" sabendo, no entanto, que como refere o mesmo autor citando Costa (2010) "... o caminho é longo e ainda temos muito trabalho pela frente para termos uma melhor e maior Enfermagem de reabilitação".

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E TRABALHO FUTURO

Contemporaneamente, o grau de exigência aos profissionais de saúde, quer por parte da sociedade quer por parte dos próprios, é elevado. A profissão de enfermagem enquadra-se nestes níveis de exigência e tem pugnado por evoluir no seu campo de intervenção e conseqüentemente por melhores cuidados de saúde. É o fito profissional que vem sendo realizado com a progressão de cada enfermeiro. Considero que, findo este percurso de formação, contribuí para mais uns passos evolutivos uma vez que este reflete a minha evolução profissional a par da vertente pessoal.

Este relatório retrata a descrição, análise e reflexão das competências – comuns e de especialista – adquiridas para a obtenção do título de EEER. Foram alcançados os objetivos, geral e específicos, inicialmente delineados. Fica explanado o percurso trilhado, onde se destaca a importância do EEER e das intervenções de autocuidado instituídas para um regresso a casa satisfatório por parte do doente cardíaco e suas famílias. Intervenções essas cuja base assenta na ampla fundamentação teórica, com resultados de investigação que favorecem a melhoria contínua da qualidade de cuidados. No caminho percorrido, alguma documentação foi tendo destaque primordial por forma a nortear os cuidados, nomeadamente os Regulamentos de Competências Comuns e Específicas. Foram assegurados os princípios deontológicos e éticos que vigoram no Código deontológico dos Enfermeiros e no Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros.

A área das doenças cardiovasculares continua a estar entre as que carecem de maior intervenção a nível nacional, sendo responsáveis por 30% do total de óbitos, de acordo com dados da DGS (2015). E a RC, pela taxa diminuta de participação continua a ser considerada como área prioritária para a investigação na especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015). A investigação em RC tem demonstrado bons resultados com impacto na qualidade de vida das pessoas e famílias e como forte componente preventiva e de tratamento. As intervenções que implementei foram ao encontro dos resultados de investigação, contribuíram para ganhos em saúde e, os locais de estágio - com particular destaque para o hospitalar – contribuíram largamente para a possibilidade dessas intervenções.

O conceito de autocuidado suportado na teoria de Orem, particularmente a teoria dos Sistemas de Enfermagem, permitiu manter presente a forma de intervenção enquanto EEER, garantindo o encontro com as necessidades de cada pessoa e família cuidadas. O regresso a casa, sendo um momento crítico, foi tido em consideração por vista a diminuir o seu impacto. Foram diversas as intervenções neste sentido e procurei, para além do vasto conhecimento obtido, valorizar significativamente os cuidadores informais. Reforcei o entendimento de que os enfermeiros, particularmente os EEER devem contribuir para a harmonização do processo de transição, com ênfase em intervenções comunicacionais entre profissionais e de articulação entre instituições.

Gostaria que este projeto contribuísse para diferentes áreas, tais como gestão, formação, investigação e prática clínica. No entanto, reconhecendo que nem todas estas áreas foram exploradas, entendo que, futuramente, haverá espaço para estudo, investigação e desenvolvimento. Pretendo dar-lhe continuidade tornando-o num projeto de intervenção a nível do serviço onde presto cuidados.

Ainda aí, devo ter em conta muitas lacunas e/ou necessidades interventivas, nomeadamente, ausência de resposta na área da reabilitação; referenciação insuficiente ou inadequado na transição do doente para o domicílio ou outras instituições; reinternamentos frequentes; iliteracia em saúde (inclusive de doentes com internamentos frequentes); escassez de formação; graus elevados de dependência nas AVD's; entre outros. Implica, necessariamente, ponderação e reflexão com as chefias assim como identificação das necessidades mais prementes.

Considero que o caminho que percorri foi sustentado em bases sólidas o que me permite pôr em prática os conhecimentos e competências desenvolvidas. Este desenvolvimento não se esgota. Pretendo a progressão contínua para a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, particularmente de cuidados de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. (2013). Impacto económico da reabilitação cardíaca. In: A. Abreu, C. Aguiar, M. Mendes & H. Santa-Clara (Eds). *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 21-30). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Arsénio, A. (2013). Reabilitação cardíaca em doentes com insuficiência cardíaca. In: A. Abreu, C. Aguiar, M. Mendes & H. Santa-Clara (Eds). *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 247 - 257). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Branco, P.S. (2016). Equipa de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Carrageta, M.O. (2015). Benefícios da reabilitação cardíaca em doentes coronários. *Factores de Risco*, nº35, 24-27.
- Costa M.A.M. (2010). Prefácio I. In M.A. Costa, B.P. Gomes & M.M. Martins (Orgs). *Enfermagem de Reabilitação: Coletânea de textos*. Coimbra: Formasau.
- Cunha, J., Sales, F., Rabelo, A., Sousa, N., Galeno, N. & Moura, S. (2009). Emprego da Teoria de Enfermagem de Orem, uma revisão bibliográfica. In *Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Fortaleza, 7 a 10 de dezembro de 2009.
- Deodato S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-40). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- European Society of Cardiology (2012). *Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. France: European Society of Cardiology.

- Gomes, A. (2013). Reabilitação cardíaca no século XXI – Qual a importância? In: A. Abreu, C. Aguiar, M. Mendes & H. Santa-Clara (Eds). *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 35-40). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*: Lusodidacta.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- Mendes, M. (2015). Após enfarte do miocárdio: da prevenção à reabilitação – o que temos feito em Portugal até ao presente? *Factores de Risco*, nº35, 14-17.
- Mendes, M. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca. In A. Abreu, C. Aguiar, M. Mendes & H. Santa-Clara (Eds). *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 11 - 16). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Ordem dos Enfermeiros (Org.) (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E & Taylor, S.G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*, 24, 35–41.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, I.C.B.F. (2013). Regresso a casa. *Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pestana H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização dos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nº125/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Diário da República 2ª série*, nº 35 (18-02-2011). 8658-8659.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação nº350/2015 de 22 de junho (2015). *Diário da República 2ª série*, nº119 (22-06-2015). 16655-16660.
- Santos L.L. (2016). O Processo de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-24). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L. P., Magalhães, A. S., Leite, K. M. & Segura, J. S. (2013). Processo de Enfermagem em Paciente Portador de Alzheimer baseado na Teoria do Autocuidado. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 4, 11-19.
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de Enfermagem. In: A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 211-235). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Trabalho de Projeto

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM DOENÇA CARDÍACA

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira

Orientação: Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2016

Não contempla as correções da discussão pública



*“A capacidade de cuidar é o que dá à vida
o seu mais profundo sentido e significado”*

Pablo Casals

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

EACPR – *European Association of Cardiac Prevention and Rehabilitation*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESC – *European Society of Cardiology*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESH – *European Society of Hypertension*

HTA – Hipertensão Arterial

IC(C) – Insuficiência cardíaca congestiva

ICN - *Internacional Council of Nurses*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População / Conceito / Contexto

PQCE(ER) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (de Enfermagem de Reabilitação)

RC – Reabilitação Cardíaca

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SCA – Síndrome Coronária Aguda

UC – Unidade Curricular

UCI – unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 – Título

1.2 – Palavras-chave

1.3 – Data de Início

1.4 – Duração

2 – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

3 – COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 – Sumário

3.2 – Enquadramento Conceptual

3.2.1 – A pessoa com doença cardíaca e sua reabilitação

3.2.2 – Quadro de referência / Filosofia de Cuidados e Conceitos

3.2.3 – A função do EEER

3.3 – Plano de Trabalho e Métodos

3.3.1 - Problema Geral e Problemas Parcelares

3.3.2 - Objetivo Geral e Objetivos Específicos

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de entrevista aos enfermeiros orientadores, nos locais de ensino clínico.

Apêndice II – Fundamentação da escolha dos locais de ensino clínico (com síntese das entrevistas realizadas e caracterização dos locais)

Apêndice III – *Scoping review*

Apêndice IV – Tabelas de Planeamento de Atividades

Apêndice V – Cronograma de atividades

Correspondentes aos Objetivos Específicos

De Elaboração do Projeto

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 – Título do Projeto

Promoção do autocuidado no regresso a casa da pessoa com doença cardíaca.

1.2 – Palavras-Chave

Enfermagem, Competências do EEER, Reabilitação cardíaca, Autocuidado, Regresso a casa.

1.3 – Data de Início

28 de setembro de 2016

1.4 – Duração

18 semanas

2 – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições que se encontram envolvidas no projeto e que lhe permitem o seu desenvolvimento são a ESEL, o serviço de cardiologia / UCI do [REDACTED] e a ECCI de [REDACTED] dos ACES Sintra, cujas características se designam como forma de perceção do seu enquadramento, no projeto que se desenvolve. O conhecimento mais abrangente dos locais de estágio só foi possível com o contributo das entrevistas realizadas aos enfermeiros orientadores (Apêndice I) e visita aos locais.

ESEL – A instituição académica onde decorre a realização da especialidade em enfermagem e mestrado integrado na área da enfermagem de reabilitação e de onde provém a orientação tutorial para o presente projeto, na pessoa do Sr. Professor Enfermeiro Joaquim Paulo Oliveira.

Cardiologia / UCI [REDACTED] – serviço de enfermagem e de cuidados intensivos de cardiologia onde existe um programa de reabilitação cardíaca, formalmente implementado e com a intervenção direta de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

ECCI – Unidade de cuidados de saúde primários que contempla a presença e intervenção de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Os locais de estágio apresentam características organo-funcionais, que aparentam ser um contributo seguro à aquisição de competências do enfermeiro especialista, com especificidade na área da reabilitação. A síntese da identificação dessas características a par das entrevistas realizadas e da consequente fundamentação da sua escolha enquanto locais de ensino clínico, encontra-se em apêndice II.

3 – COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 – Sumário

O presente projeto de formação encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular Opção II e visa contribuir para a reflexão sobre as práticas e paradigmas existentes ao nível da enfermagem e, quiçá, desenvolver processos de inovação na prática de cuidados, operacionalizando a ligação entre enfermagem centrada na pessoa e cuidados baseados na evidência. (Botelho, 2016)

A possibilidade de escolha é vasta dado que a intervenção do EEER abrange todo o ciclo vital, incluindo a pessoa, família e comunidade. No entanto, o percurso pessoal veio dar um forte contributo à decisão que se afigura no presente projeto. O percurso pessoal encontra-se ligado à área da cardiologia, desde o início da atividade profissional, com envolvimento significativa em projetos de intervenção, grupos de trabalho ou investigação, cujo foco tem sido a melhoria dos cuidados prestados e por conseguinte a melhoria da qualidade de vida das pessoas de quem cuido.

Surge a reabilitação cardíaca como tema central deste projeto, porque é evidente a carência de cuidados nesta área, documentada a nível nacional (Mendes, 2015) O desenvolvimento do presente projeto vem dar o seu contributo para que haja um conhecimento fundamentado no tema e assim, talvez em momento oportuno, possa passar de um projeto de formação, para um projeto de intervenção. Com um cunho muito pessoal, visa fortalecer o meu crescimento e desenvolvimento profissional e assim, contribuir para a melhoria na prestação de cuidados visando a melhor qualidade de vida daqueles de quem cuido.

O conhecimento do estado da arte no que remete à RC, vem sendo obtido ao longo dos anos, no contacto próximo com a realidade da cardiologia, no entanto só através de uma pesquisa aprofundada foi possível a percepção real do que sucede com esta área de intervenção. Assim, a metodologia utilizada para prossecução de tal conhecimento, foi a de pesquisa bibliográfica em manuais de referência, consulta de livros, periódicos, teses de Mestrado e Doutoramento e ainda através de artigos seleccionados, cuja seleção se baseou numa pesquisa de *scoping review* (Apêndice III). Sucintamente, para a realização da *scoping review*, procedeu-se à construção

dos objetivos que se pretendiam alcançar, seguida de construção da questão de partida, com base em palavras-chave, pesquisa dos termos de indexação nas bases de dados selecionadas, com critérios de exclusão e inclusão previamente definidos e realizada a pesquisa.

Da síntese de dados obtidos da seleção de artigos resulta que a intervenção de enfermagem tem impacto na melhoria nos cuidados de saúde, na redução do risco de um novo evento cardíaco, na melhoria da qualidade de vida, na melhoria da adesão a programas de RC e que é importante conhecer as necessidades individuais de cada doente no que toca a educação, apoio, supervisão e reforço. Ainda que, os programas educacionais devem iniciar-se no internamento e que a RC pode ocorrer no hospital ou em ambulatório, estando dependente de diversas variáveis.

Estes resultados corroboram a restante documentação selecionada que reforça o impacto positivo da RC, nas suas diferentes intervenções.

A reabilitação cardíaca tem demonstrado ser uma das intervenções mais custo-eficazes (reflexão dos ganhos em saúde expresso em anos de vida ganhos) no tratamento das doenças cardiovasculares, no entanto quando comparados dados entre a realidade portuguesa e a realidade europeia, o desnível é evidente, tendo em conta a título de exemplo que, a percentagem média de inclusão de potenciais candidatos em programas de RC na Europa é de 30% a 50% em comparação com os menos de 10% em Portugal (Mendes, 2013).

Segundo a OMS, a RC “é o processo pelo qual os doentes com doença cardíaca, em parceria com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, são encorajados e apoiados para atingir e manter ótima a saúde psíquica e física. O envolvimento de parceiros, da família e prestadores de cuidados é também importante”. Trata-se, de acordo com a EACPR de “um programa de prevenção secundária, tendo o exercício físico como marco de uma intervenção abrangente, que inclui um programa educacional, controlo de fatores de risco e adoção voluntária pelo doente de um estilo de vida saudável para ser mantido durante toda a vida” (Gomes, 2013, 35)

Apresenta definições específicas associadas às características da pessoa, da sua condição clínica, tornando-o cada vez mais e na medida do possível, individualizado, levando os doentes a “pelos seus próprios meios, preservar ou readquirir o seu lugar na comunidade o mais cedo possível”. (Gomes, 2013, 37)

Tem um impacto positivo a nível de redução da mortalidade cardiovascular (26% a 36%) e da mortalidade total (13% a 26%) em doentes com patologia coronária e há evidências de associação na redução de readmissões hospitalares, na melhoria da capacidade funcional, na qualidade de vida e no retorno precoce à atividade profissional (Carrageta, 2015).

Como componente essencial da RC, encontra-se a intervenção / contributo dos profissionais de saúde na ajuda à mudança de fatores de risco modificáveis e assim à adesão a estilos de vida saudáveis. Os programas devem ser adaptados às necessidades dos doentes e sempre com uma avaliação da motivação.

O enfermeiro tem o papel de ser facilitador, capacitando a pessoa a seguir o seu caminho e a direção que este traçou, oferecendo o seu suporte pessoal e perícia prática. É necessário flexibilidade, reciprocidade, transparência, negociação e uma presença empática. (McCormark, 2003)

A OE, no seu regulamento nº125/2011, definiu que o EEER tem o dever de na sua atividade, identificar as necessidades de saúde, analisar os dados sobre cada situação, formular diagnósticos, prescrever intervenções e avaliá-las de forma a implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação.

Neste percurso de projeto de formação, o objetivo geral é o de desenvolvimento de competências no campo de intervenção definido para o EEER. Espera-se que a sua operacionalização permita o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEER, definidas pela OE.

3.2 – Enquadramento conceptual

3.2.1 – A pessoa com doença cardíaca e sua reabilitação

A doença cardíaca é o termo geral que permite designar diversas condições crónicas e agudas, que afetam uma ou mais componentes do coração. No entanto, no presente projeto formativo, a pessoa com doença cardíaca aqui tratada, remete para a patologia coronária, de insuficiência cardíaca e em menor escala, condições de cirurgia cardíaca (coronária e valvular ou implantação de dispositivos)

A doença cardiovascular mantém-se entre as principais causas de mortalidade a nível mundial (OMS, 2013) com custos económicos avultados. É uma doença crónica, que vai tendo o seu desenvolvimento ao longo dos anos e com impacto importante na incapacidade sendo considerada a principal causa física de perda de produtividade (ESC, 2012). A sua relação com o estilo de vida e consequentes fatores de risco modificáveis, encontra-se documentada, pelo que a prevenção é o maior desafio lançado no combate a estas patologias. (ESC, 2012)

As recomendações da sociedade europeia de cardiologia de 2016 vêm reforçar quais os objetivos a atingir para cada fator de risco modificável, concretamente para a dieta, atividade física, peso, tensão arterial, concentração lipídica e diabetes e define ainda, as possíveis estratégias a serem implementadas com vista ao alcance dos objetivos definidos.

A Insuficiência cardíaca sendo igualmente uma doença crónica, caracteriza-se pela impossibilidade de satisfação das necessidades do organismo face à debilidade da função cardíaca, o que comporta sintomatologia múltipla, com a consequente morbimortalidade elevada. A ICC caracteriza-se por ser uma doença crónica, com períodos de agudização, que na sua maioria implicam o internamento hospitalar, com importante impacto na pessoa e família, acrescido de significativo impacto socioeconómico (Arsénio, 2013)

A documentação dos seus números está integrada nas doenças cardiovasculares, no entanto a SPC (2012) reforça que a IC atinge mais de 260 mil pessoas, considerando-a como o diagnóstico mais frequente no internamento de pessoas com mais de 60 anos.

São patologias com impacto na vida da pessoa que sofre da doença, mas igualmente com repercussões familiares e sociais.

A RC surge como uma das vias de maior eficácia na prevenção e tratamento da doença cardiovascular, aliando a componente da saúde à vertente económica desta intervenção. São diversos os estudos que apontam para a redução de eventos, nomeadamente hospitalização e cirurgias de revascularização, assim como melhoria na qualidade de vida.

No que reporta à IC, os resultados dos estudos são ainda mais evidentes, também associado ao facto de que os novos tratamentos destes doentes se revelam dispendiosos de diversos pontos de vista, quer pelo recurso a dispositivos implantáveis, a fármacos de última geração ou transplante cardíaco.(Abreu, 2013)

Há ainda a referência à RC fora do contexto hospitalar, o que denota a evolução do tratamento da doença cardíaca, com internamentos cada vez mais curtos, menores graus de incapacidade, mas com redução do tempo disponível para o processo de transição saúde / doença que a pessoa tem de vivenciar assim como reduzido tempo para a educação para a saúde (Mendes, 2013).

A RC domiciliária parece ser uma alternativa que abarca maior número de pessoas, com menor dispêndio económico, e com semelhantes repercussões positivas, apesar de apresentar variabilidade nos programas implementados. Talvez por reflexo dos escassos programas de RC a nível nacional, os estudos não reportam a Portugal, havendo necessidade de avaliação do panorama vigente. (Abreu, 2013)

Globalmente, a RC é considerada uma intervenção de classe I nas recomendações das sociedades científicas europeias e americanas, o que remete para a urgência da sua aplicabilidade sem desperdício dos benefícios, não apenas para a pessoa com doença cardíaca e sua família, mas para a sociedade. (Mendes, 2105)

3.2.2 – Quadro de referência / Filosofia de cuidados e conceitos

De entre os níveis de estrutura do conhecimento no domínio da enfermagem, muitos seriam os possíveis a ter fundamentação no presente estudo. No entanto, a opção de modelo conceptual aqui contextualizado é o de Dorothea Orem, que veio dar ênfase às ações que o ser humano promove continuamente para a manutenção da vida e saúde, ou para a recuperação da doença. (Taylor, 2004).

A teoria de Orem remete para a importante componente de a própria pessoa ser autónoma no seu processo de doença, na utilização do autocuidado em benefício próprio, favorecendo o seu bem-estar (Cunha et al., 2009)

A Teoria Geral de Enfermagem assenta em três constructos teóricos interrelacionados, nomeadamente a teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a teoria dos Sistemas de Enfermagem (Souza, Magalhães, Leite & Segura, 2013) A teoria do Autocuidado contempla em si diversos conceitos centrais, especificamente autocuidado, agente de autocuidado, agente dependente de cuidados, ação de autocuidado, comportamentos de autocuidado, necessidade terapêutica de autocuidado, fatores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado, défice de autocuidado e sistemas de enfermagem (Orem & Taylor, 2011)

O conceito de autocuidado é referido por Orem (2001), nesta teoria, como as ações que o próprio desencadeia em benefício da melhoria do seu bem-estar e manutenção da vida e saúde. Implica a ocorrência de práticas positivas que proporcionem *outcomes* benéficos diretamente relacionados com os resultados clínicos (Petronilho, 2012) A autora remete para o facto de cada pessoa ter habilidades, conhecimento e experiência, que lhe permitem o autocuidado. Desta forma, a pessoa é componente central nas decisões da sua vida e saúde. Neste modelo, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências de autocuidado (Taylor, 2004)

A teoria do Défice de Autocuidado constitui-se como central na Teoria geral de Orem, e tende a definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são

necessários, e inclusive os métodos de ajuda a seguir que proporcionem a assistência com autocuidado. Orem (2001) identificou-os como sendo agir, guiar, apoio físico e psicológico, favorecer ambiente de desenvolvimento pessoal e ensinar.

Finalmente a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que revela o grau de intervenção do enfermeiro, da pessoa ou de ambos, na resposta às necessidades de autocuidado identificados (Petronilho, 2012) Neste, são identificadas três classificações de sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório em que a pessoa depende do outro para garantir o seu bem-estar, o sistema parcialmente compensatório em que ambos, enfermeiro e pessoa com doença, podem desempenhar as intervenções variando de acordo com as capacidades do indivíduo, e, o sistema de apoio educação em que a pessoa é encarada como capaz do autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução (Petronilho, 2012)

Para além do autocuidado e do modelo conceptual que o suporta, também outro conceito surge no presente estudo, como sendo central, concretamente o regresso a casa.

A autora aponta que a complexidade com que as pessoas dependentes de cuidados regressam a casa, tem enorme impacto sobre as famílias e o prestador de cuidados. Isto tem sido alvo de estudos de investigação e de implementação de algumas medidas direccionadas a diminuir o impacto, no entanto o processo de preparação para o regresso a casa continua a não contemplar “a saúde dos prestadores de cuidados”, entre outros. (Driscoll, 2000 cit in Pereira, 2013, 17) São múltiplos os fatores que condicionam a possibilidade de regresso a casa, da forma mais benéfica, para a própria pessoa e para a família. Dependem da duração do internamento, da variedade de necessidades, do apoio aos familiares, da informação cedida, do conhecimento dos recursos, da envolvência do próprio e do prestador de cuidados ao longo do tratamento e reabilitação, entre outros (Maramba, Richards e Larrabee, 2004, Martins, 2012 e Martins, 2013, cit in Pereira, 2013) Outros dados são apontados como relevantes e a ter em conta aquando do planeamento do

regresso a casa, como a comunicação entre profissionais de saúde e a articulação hospitalar e a comunidade (Jewel, 1993 cit in Pereira, 2013) A associação das referidas variáveis, contribui para o desfasamento entre as expectativas da instituição, dos profissionais, da pessoa alvo de cuidados e das suas famílias. (Pereira, 2013)

Pereira (2013, 19) aborda o regresso a casa na perspetiva de “conjunto de ações e processos, facilitador da transição saudável ...” e o enfermeiro, como o elemento na equipa de saúde cuja permanência contínua favorece a independência no autocuidado ou a preparação da continuidade de cuidados. Acrescenta ainda, que a preparação do regresso a casa deve ser preparado precocemente, reduzindo os eventuais riscos. Que este é o garante da transição dos cuidados hospitalares para o domicílio, e que implica a contínua resposta às necessidades identificadas.

Carece aqui a identificação de necessidade enquanto conceito, enquadrado no presente estudo. Necessidade que surge como o que uma pessoa precisa para a manutenção e preservação confortável da sua situação. (Taylor, 2004) Esta pode gerar dificuldades relacionadas com défices: de conhecimento, na capacidade de aprender, na capacidade de tomar decisões ou na capacidade de executar um cuidado. Através dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro facilita a ajuda que possibilita alcançar a saúde e/ou a sensação de bem-estar.” (Rosa e Basto, 2009, 24)

Existem outros conceitos a valorizar e inerentes no presente projeto, no entanto, ficam expressos aqueles que lhe dão maior suporte e fundamentação, dado o foco do projeto formativo.

3.2.3 – A função do EEER

A problemática subjacente ao projeto estruturou-se em torno da reabilitação cardíaca, concretamente assente em alguns conceitos fundamentais, nomeadamente a pessoa com doença cardíaca, o autocuidado e o regresso a casa.

Ora, é nestes que incide a reflexão sobre a função do EEER, sem descurar, contudo, todas as competências gerais e específicas a desenvolver.

As doenças cardiovasculares são um problema de saúde pública, com impacto significativo a nível individual e social, com necessidade de uma abordagem assente na prevenção primária e secundária, considerados os programas de reabilitação cardíaca. (DGS, 2006) Destes, fazem parte fases distintas, mas complementares, que incluem a avaliação médica e estratificação do risco cardiovascular, a prescrição individualizada de treino de exercício, o aconselhamento nutricional e modificação de fatores de risco, a educação da pessoa e família para a adesão à terapêutica farmacológica e adoção de estilos de vida saudáveis, para além do apoio psicossocial (CNDC, 2009; Mendes, 2009)

Muita da documentação encontrada referente à RC foca-se na mudança de hábitos de vida não saudáveis e nos benefícios do exercício físico, em contexto de programas de RC estruturados. Estes programas requerem o encontro de uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte integrante o enfermeiro especialista. (Carrageta, 2013)

Nas suas competências comuns e enquadrando-se, também, no âmbito da RC, o enfermeiro especialista desempenha um papel de consultor para a restante equipa com capacidade desenvolvida na gestão dos processos de tomada de decisão, com base numa prática reflexiva e no respeito pelos princípios ético-deontológicos da prestação de cuidados, assumindo igualmente uma vertente formativa e de gestor de cuidados. (OE, 2010)

Independentemente da sua área de especialidade, existe um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, partilhado entre estes, que evidenciam a “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, assim como um “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2010, 3)

Os seus domínios subjazem à prática do EEER na área da RC, concretamente na promoção do autocuidado da pessoa com doença cardíaca no seu regresso a casa, manifestando-se em diversificadas atividades como exemplificam as práticas de

identificação e adequação de instrumentos para avaliação da pessoa e família e suas necessidades, de implementação de programas de readaptação funcional, de gestão do regime terapêutico, e que revelam respetivamente os domínios de competências da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados, e das aprendizagens profissionais.

A intervenção especialista reveste-se da maior relevância, com impacto ao nível da educação para a saúde, diminuição da iliteracia em saúde, promoção do autocuidado, avaliação de sinais e sintomas, suporte emocional, promoção do retorno às atividades habituais, da prescrição e supervisão de exercício e sessões de reabilitação, da visita domiciliária e da potenciação da relação entre a pessoa com doença cardíaca e a restante equipa de saúde (Micaelo, Valente, Gonçalves e Duarte, 2011)

As atividades implementadas e, por conseguinte, o conjunto de intervenções esperadas do EEER pode ser do domínio das intervenções interdependentes e/ou autónomas, no entanto o foco do presente trabalho visa dar destaque a estas últimas, como forma de contributo ao desenvolvimento profissional. As mesmas são reforçadas pela OE (2015) ao apontar as intervenções autónomas do EEER na Função Cardíaca como área considerada prioritária como investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação.

O autocuidado, a par do bem-estar são, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), elementos essenciais de um exercício profissional de excelência, colocando-os inclusive, como uma das categorias a desenvolver no contexto do Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem (OE, 2004) Das competências específicas do EEER, realça-se a planificação de intervenções com vista ao “autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade. Compete ainda a esta categoria profissional usar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para avaliar ganhos em saúde. (regulamento nº125/2011).

O EEER tem a seu cargo a avaliação do conhecimento e expectativas da pessoa relativamente à sua doença e à forma como esta influencia a sua vida que são

fundamentais no sentido de perceber em que medida a adesão ao regime terapêutico se pode ou não constituir como um problema. Tal abordagem personalizada implica não só um conhecimento da pessoa, que requer investimento, como um compromisso com o objetivo de contribuir para a sua capacitação e responsabilização, tornando-a uma especialista na gestão da sua doença crónica. Deve, igualmente, perceber o desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado da pessoa e as suas capacidades de modo a realizar uma apreciação de como o seu autocuidado se encontra afetado. Avalia o défice de autocuidado, valida a avaliação e adequa a sua intervenção, sendo que esta surge quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa (Pereira, 2012)

Adequar as intervenções, pressupõe uma série de atividades que desenvolvidas, contribuem para ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde/doença da pessoa. Orem (2001) identificou os métodos que podem proporcionar a assistência no autocuidado, que se adequam enquanto intervenções de enfermagem. Reportando à teoria dos sistemas de Enfermagem de Orem, a que maior adequação representa para a pessoa com doença cardíaca varia de acordo com diversas condicionantes, no entanto, idealmente tende a aproximar-se do sistema de apoio-educação. Neste, cabe ao EEER promover a pessoa com doença cardíaca como agente de autocuidado, recorrendo a estratégias como orientação, apoio, instrução, ambientes facilitadores de desenvolvimento e aprendizagem (Petronilho, 2012) A teoria de Orem expressada nas intervenções do EEER, possibilita à pessoa e família a tomada de decisão, assumir responsabilidades e envolver-se no seu percurso de saúde/doença, com vista ao bem-estar (Pereira, 2012)

O autocuidado encontra-se entre as políticas de saúde como área a conhecer e desenvolver, potenciando os ganhos em saúde. (Ribeiro & Pinto, 2014)

Especificamente, no contexto da pessoa com doença cardíaca e do impacto da doença na pessoa e família, é salientada a progressividade da doença com os consequentes reinternamentos associados. No entanto, as patologias cardíacas são distintas e a sua repercussão na vida da pessoa também difere.

Não pretendendo excluir, é legítimo referir que o presente trabalho tem foco particular nos adultos, cujos diagnósticos médicos correspondam às doenças coronárias, do foro da insuficiência cardíaca e, em menor escala, das cirurgias cardíacas nas quais se consideram igualmente os dispositivos cardíacos implantáveis, incluindo as suas famílias e/ou pessoas de referência.

Nas SCA as intervenções de enfermagem, são fulcrais na promoção da saúde, alívio da dor e desenvolvimento de uma relação terapêutica que contribua para a consciencialização da necessidade de alterações dos hábitos de vida não saudáveis, promovendo ainda a adesão à medicação e controlo dos fatores de risco favorecendo o aumento da adesão a programas de reabilitação cardíaca. (Santos, 2014)

Na ICC, entre as dificuldades com as quais a pessoa se defronta passa pela capacidade de gerir de forma eficaz o regime terapêutico que lhe é proposto. Isto implica, capacidade para “adotar e integrar no quotidiano um regime de tratamento complexo, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas”, pelo que a abordagem deve ser “direcionada para a mudança no estilo de vida, para a melhoria das competências de gestão do regime terapêutico e de autovigilância” (Oliveira, 2011; Ávila, 2012 cit in Pereira, 2013) Uma abordagem contínua, de acompanhamento com foco na gestão do regime terapêutico, onde se inclui a restrição de sódio e líquidos, a vigilância e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação, a atividade física, a imunização e a educação para o uso da medicação. (Pereira, 2013)

No domínio cirúrgico, a componente interventiva passa pela mobilização precoce, pelo ensino sobre atividade física e riscos da imobilidade, vigilância de sinais e sintomas, ensino e instrução sobre adaptações para a realização de AVDs.

No entanto, em nenhuma das patologias, a intervenção do EEER se limita a uma ou outra fase da doença. Antes, foca-se na pessoa e abarca as suas necessidades, assegurando a resposta de modo a alcançar os objetivos de “melhorar a função,

promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.” (OE, 2010)

A promoção do autocuidado no regresso a casa, implica que a ação do enfermeiro se foque na continuidade dos cuidados, com base nas necessidades identificadas das pessoas, mas igualmente das suas famílias. (Pereira, 2013) Isto, pressupõe que a alta hospitalar não é significativa da total recuperação da pessoa e que o planeamento da mesma deve ser iniciado desde a admissão no hospital. De acordo com a DGS (2004) na sua circular informativa nº12, um bom planeamento de alta é fundamental, para a redução dos reinternamentos, para o sucesso da reintegração e para a potenciação da autonomia, entre outros. Esta circular informativa é consonante com as competências do EEER, que “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e qualidade de vida” (regulamento nº125/2011)

3.3 – Plano de Trabalho e Métodos

Nesta vertente de construção do caminho a percorrer, foi tido em conta a necessidade de descrever, analisar e problematizar a área de estudo com vista ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, particularizando as de especialista de reabilitação, a par das competências de mestre. Assim, a fase inicial de estudo e pesquisa passou pela revisão das competências gerais do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro de reabilitação, pelas competências de mestre, documentação legislativa e norteadora da prática profissional, nomeadamente da Ordem dos enfermeiros, e outros documentos de apoio à investigação.

Para o tema central em estudo, foi realizada a pesquisa da melhor evidência disponível. Recorreu-se à base de dados EBSCO, cuja pesquisa é contínua no tempo, recorreu-se igualmente a teses de mestrado e doutoramento, livros, periódicos, artigos, sítios na internet e inclusive apontamentos do presente mestrado / especialidade.

Igualmente, a visita aos locais de ensino clínico, com a realização da entrevista aos enfermeiros orientadores, trouxe mais valias ao desenvolvimento do presente trabalho.

É essencial na formação, no planeamento e concretização deste trabalho, destacam-se as orientações tutoriais que foram norteando o percurso e que favoreceram a sua concretização.

3.3.1 - Problema Geral e Problemas Parcelares

O tema do presente projeto compreende os cuidados especializados de enfermagem na reabilitação cardíaca. A sua questão central, à qual se procura dar resposta, é perceber que intervenções de enfermagem especializadas podem ser desenvolvidas no sentido promover o autocuidado da pessoa com doença cardíaca, no regresso a casa?

Daqui emergem diferentes problemas parcelares, que se reúnem nos seguintes:

- Como identificar o campo de atuação do EEER na área da reabilitação cardíaca?
- Como adquirir, melhorar e desenvolver conhecimentos que contribuam para uma melhor prática de cuidados dirigida à pessoa com doença cardíaca?
- Como integrar as equipas dos locais de ensino clínico e neste sentido prestar cuidados de enfermagem especializados?
- Como pode ser desenvolvida uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com doença cardíaca e família, que favoreça a implementação de intervenções autónomas promotoras do autocuidado?
- Como identificar os ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social resultante das intervenções especializadas de enfermagem?
- Como identificar o contributo das intervenções especializadas de enfermagem, no desenvolvimento profissional?

Como forma de resolver tais problemas, geral e parcelares, é essencial a delimitação dos objetivos que daí advêm e assim a definição das atividades que permitirão a sua concretização.

3.3.2 - Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Como objetivo geral neste percurso formativo, define-se desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na área da reabilitação cardíaca com ênfase na promoção do autocuidado da pessoa com doença cardíaca, no seu regresso a casa.

Complementado pelos objetivos específicos, que são:

- 1 – Aprofundar conhecimentos técnico-científicos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardíaca, com ênfase nas intervenções autónomas de enfermagem promotoras do autocuidado;
- 2 – Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a conhecer a sua estrutura organo-funcional e a identificar o campo de intervenção do EEER;
- 3 – Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com doença cardíaca;
- 4 – Prestar cuidados de enfermagem especializados gerais e específicos à pessoa / família com doença cardíaca, tendo em vista a promoção do autocuidado e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- 5 – Refletir criticamente sobre a eficácia e eficiência das aprendizagens e das intervenções realizadas na promoção do autocuidado;
- 6 - Elaborar protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas pelos serviços;
- 7 – Planear e implementar sessões de formação dirigidas aos profissionais de acordo com as necessidades formativas identificadas;
- 8 – Produzir relatório de ensino clínico que reflita as aprendizagens realizadas em função das competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEER.

No que concerne às atividades, sua descrição, assim como as competências que cada atividade visa desenvolver, encontram-se em tabela, em apêndice IV Entende-se que a competência comum do enfermeiro especialista, no domínio A – da responsabilidade profissional, ética e legal, é transversal a todas as atividades descritas e planeadas no presente projeto.

A delimitação temporal das mesmas pode, igualmente, ser consultada em apêndice V, no cronograma das atividades.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa fase inicial tudo parecia óbvio, no sentido do caminho a trilhar para a construção do presente trabalho. No entanto o percurso até à sua definição, passou por diferentes etapas e reflexões, inclusive com necessidade de leitura de documentação reguladora da profissão. Este percurso foi produtivo no sentido em que se clarificou o âmbito do mesmo. O foco de enfermagem é sempre a pessoa alvo de cuidados, neste caso com doença cardíaca, no momento em que o seu autocuidado, ou a necessidade deste, parece ser mais evidenciado – o regresso a casa. Ora, entre as diferentes valências da reabilitação cardíaca, a promoção do autocuidado integra-se eficazmente, enquanto intervenção autónoma de enfermagem.

Para o seu desenvolvimento, foi premente o conhecimento de instituições de saúde, onde fosse viável a implementação do que aqui se estudou. Neste sentido, as entrevistas aos locais de ensino clínico a par das entrevistas aos enfermeiros orientadores, serviu de farol para clarificar o percurso a trilhar. Apesar de o projeto formativo se centrar numa área particular, o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista e das competências de EEER, carecem de maior abrangência, o que será, igualmente, contemplado nos locais de ensino clínico. Sobretudo no local da comunidade, em que a reabilitação não se esgota na área cardíaca.

Referente ao tema abordado, na sua generalidade remete para a área cardíaca. Entende-se que ficou explícito no trabalho, a origem deste interesse, a pertinência do mesmo para o desenvolvimento pessoal, profissional e inclusive académico.

Entende-se que a fundamentação da problemática é a crucial para o desenvolvimento do projeto formativo. Foi necessário realizar a criteriosa seleção dos tópicos de interesse, assim como do seu grau de aprofundamento dada a vasta informação na área temática. Não obstante a seleção, apraz referir que muitos dos temas aqui abordados, interligam-se com tantos outros e que são também alvo de leitura, reflexão e entendimento.

Nomeadamente no que reporta à RC, poder-se-ia ter focado o seu percurso histórico, concretamente a nível nacional, o seu impacto económico, as estratégias e

recursos para a implementação dos programas de RC, a avaliação da pessoa e consequente estratificação do risco cardiovascular, os vários fatores de risco e intervenções dirigidas, o treino de exercício e atividade física de acordo com protocolos e por diagnósticos clínicos, e, a qualidade de vida, entre outros. Também no que remete ao autocuidado ou referências a adotar, outros podem dar o seu contributo. É o caso do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, uma vez que sugere a avaliação e identificação de fatores pessoais facilitadores e limitadores da adesão ao regime terapêutico. Outros conceitos são contemplados de forma indireta, como a autonomia, o *empowerment*, a motivação ou os cuidados centrados na pessoa.

Não obstante a pertinência da informação obtida, acresce mencionar, a necessidade de realização de *scoping review* com adaptação mais fidedigna ao tema que figura enquanto problemática central. A par desta contínua pesquisa no decorrer do percurso formativo, também os objetivos e consequentes atividades poderão ter necessidade de ajustes e adaptações às realidades encontradas.

Crê-se que, aquando da realização dos ensinamentos clínicos, todas estas componentes virão a ser aprofundadas, pois cada uma delas, à sua escala, contribui para o desenvolvimento profissional e consequente melhoria de cuidados à pessoa com doença cardíaca, particularizando naquilo que é a promoção do autocuidado.

O particular destaque foi promovido à função do EEER, pois só desta forma a componente teórica daquilo que é o conhecimento das competências do EEER direcionadas à promoção do autocuidado no regresso a casa da pessoa com doença cardíaca, ficaria efetivamente fundamentado. Este destaque, a par da descrição das atividades, que dão resposta aos objetivos e que por sua vez refletem as competências a desenvolver, favorecem o conhecimento teórico do EEER. Contribuem de forma significativa para a preparação fundamentada, do exercício profissional que se afigura em ensino clínico.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. (2013). Impacto económico da reabilitação cardíaca. In: *Manual de reabilitação cardíaca*: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (21-30).

Arsénio, A. (2013). Reabilitação cardíaca em doentes com insuficiência cardíaca In: *Manual de reabilitação cardíaca*: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (247-257).

Botelho, M.A.R. (2016). Opção II desenho do projeto. Sessão letiva da unidade curricular Opção II Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Carrageta, M.O. (2015). Benefícios da reabilitação cardíaca em doentes coronários. *Factores de Risco*, nº35, 24-27.

Cunha, J., Sales, F., Rabelo, A., Sousa, N., Galeno, N. & Moura, S. (2009). Emprego da Teoria de Enfermagem de Orem, uma revisão bibliográfica, In *61º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental*, Fortaleza, 7 a 10 de dezembro de 2009.

CNDC. (2009). *Reabilitação cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa

DGS. (2006). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde.

European Society of Cardiology (2012). *Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. France: European Society of cardiology.

European Society of Cardiology (2016). *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. France: European Society of cardiology.

Gomes, A. (2013). Reabilitação cardíaca no século XXI – Qual a importância? In: *Manual de reabilitação cardíaca*: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (35-40).

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.

Mendes, M (2015). Após enfarte do miocárdio: da prevenção à reabilitação – o que temos feito em Portugal até ao presente? *Factores de Risco*, nº35, 14-17.

Mendes, M. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca In: *Manual de reabilitação cardíaca*: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (11-16).

Mendes, M. (2009). Reabilita cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, 3 p.5-9.

Micaelo, F.J., Valente, J.P., Gonçalves, O.M. & Duarte, S.R. (2011). Reabilitação cardíaca ... O papel do enfermeiro. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 29, p. 21-25.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, *Suplemento da revista da Ordem dos Enfermeiros*. (13), 3-8.

Orem, D. E & Taylor, S.G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*. (EBSCO with full text) 24 (1), 35–41. **DOI**:10.1177/0894318410389061.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde. Obtido em 20 de Janeiro de 2016,

Organização Mundial da Saúde. (2013). *A Global Brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis*, 40. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Pereira, I.C.B.F. (2013). Regresso a casa. Estrutura da ação de enfermagem. Lisboa. Universidade católica Editora.

Pereira, M. R. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra formasau - Formação e Saúde, Lda.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República II Série, N.º 35* (18-02-2011) 8658 – 8659.

Rosa, J.C. & Basto, M.L. (2009). Necessidade e necessidades: revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar em enfermagem*, 13 nº1, 13-23.

Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32, 27-36.

Sousa, L. P., Magalhães, A. S., Leite, K. M. & Segura, J. S. (2013). Processo de Enfermagem ao Paciente Portador de Alzheimer baseado na Teoria do Autocuidado. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 4 (4), 11-19 acedido em 24 de maio de 2016. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=220348bf-f205-4aff-a264-6987652766bc%40sessionmgr110&vid=5&hid=102>

Santos, L.S. (2014). Consulta telefónica de seguimento, à pessoa com SCA (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Taylor, S. (2004). Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R., *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (211-235). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

GUIÃO DE ENTREVISTA

Cardiologia [REDACTED] / ECCI [REDACTED]

ÁREA	PERGUNTAS
<u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista✓ Obtenção de consentimento
<u>CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u>	<ul style="list-style-type: none">• Qual a missão do serviço?• Quanto ao espaço físico, o que a instituição contempla?• Que valências / serviços diferenciados estão disponíveis?• Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? (condições de acesso)• Qual a proveniência dos utentes? Qual a população abrangida?• Qual a faixa etária dos utentes e patologias mais frequentes?• Qual a taxa de ocupação do serviço?• Qual o horário das visitas?• Como é constituída a equipa multidisciplinar?• Qual o horário de trabalho que é praticado?• O internamento é contínuo ou existe possibilidade de ir no fim de semana ao domicílio? Em que circunstâncias?• Existem utentes em programa de reabilitação em ambulatório ou apenas internamento? Que tipo de situações?
<u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u>	<ul style="list-style-type: none">• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?• O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros especialistas? Se sim, porquê e como?• Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos?• Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no serviço?• Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?

	<ul style="list-style-type: none"> • Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?
<p><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o tempo médio de internamento dos utentes? • Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas) • Na área sensório-motora, existe alguma predominância de patologia? • Qual a incidência de utentes com AVC? • Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?
<p><u>AVALIAÇÃO DOS UTENTES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como realiza a seleção dos utentes alvo dos seus cuidados? • Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Quais são os critérios de internamento? Como é articulado entre as instituições de onde vem referenciados?
<p><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Apenas presta cuidados aos utentes do serviço ou dá apoio a outros serviços? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação? • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Qual a receptividade do utente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação? • Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados? • Como a família é incluída nos cuidados planeados?
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/

<p><u>AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></p>	<p>Nutricionista)</p> <ul style="list-style-type: none">• Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente?• Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta?• Como articula a continuidade de cuidados?• Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade no pós alta?• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
<p><u>OUTRAS ATIVIDADES</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?
<p><u>FIM DA ENTREVISTA</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Agradecimento pela entrevista

Fundamentação da escolha dos locais de ensino clínico

(com síntese das entrevistas realizadas e caracterização dos locais)

A escolha, dos locais de ensino clínico, poderia ser, somente, fruto das possibilidades apresentadas na Unidade Curricular onde o presente estudo se encontra. No entanto, é mais do que isso. Foi uma escolha ponderada e refletida.

Na vertente **comunitária**, a opção poderia ser a de uma instituição com localização próxima do local de habitação. Seria uma opção legítima, provavelmente com semelhante potencial para o desenvolvimento das competências do EEER. No entanto, a opção recaiu sobre uma entidade da qual já tinha algum conhecimento. Este conhecimento provém da articulação entre o hospital onde exerço funções e a comunidade circundante, concretamente Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E. e Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente [REDACTED]. Para além deste detalhe de articulação – pouco desenvolvido no serviço onde exerço funções – sucede ainda, um breve conhecimento de que a área de Sintra (ao contrário da área da Amadora) apresenta enfermeiros de reabilitação em todas as Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Ora, a conciliação destes pormenores, ainda que escassos, guiaram a minha escolha. Entendi que seria possível, aí, o desenvolvimento académico e profissional enquanto futura EEER. Acrescentando ainda a possibilidade de conhecimento dos cuidados de saúde primários envolventes e assim, futuramente, contribuir para o estabelecimento de uma rede de articulação mais fluída, entre o hospital e a comunidade.

Do conhecimento obtido a partir da entrevista realizada, com a Sr. EEER [REDACTED], foi possível perceber algumas características organo-funcionais da ECCL, nomeadamente horários, constituição das equipas, articulação entre os vários intervenientes, áreas de maior intervenção, sistemas de informatização. Foi, igualmente, dado destaque a algumas situações que provocam constrangimentos na atuação do EEER, nomeadamente, expectativas dos doentes e famílias e critérios de referência.

Quanto à vertente **hospitalar**, aparentemente, nenhuma das opções apresentada tinha incidência na área da cardiologia. De certa forma, esta ausência deixou-me entristecida, uma vez que desde sempre quis aprofundar o conhecimento face à pessoa com doença cardíaca. Pretendia-o numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional, que pudesse contribuir para melhores cuidados nesta área. Felizmente, houve abertura por parte da coordenação / equipa pedagógica da UC de opção II, em que os estudantes conseguissem outros locais de ensino clínico. Não hesitei. Sabia da existência de hospitais com área cardíaca, no qual a RC é uma realidade. Inclusive, havíamos tido contacto com a Sra. EEER [REDACTED], numa sessão letiva de Enfermagem de Reabilitação I, na qual foi apresentado o programa existente. Fazia todo o sentido. Daria resposta aos objetivos de formação na área da RC. E, após alguns contactos, o serviço de cardiologia do [REDACTED], tornou-se realidade enquanto local de ensino clínico.

Do conhecimento obtido a partir da realizada com o Sr. EEER [REDACTED], foi possível conhecer algumas características do serviço, da equipa e do seu funcionamento. A constituição da equipa multidisciplinar, da equipa de enfermagem e dos EEER nomeadamente as suas atividades diárias. A referenciação a partir de outras instituições às quais o serviço dá apoio ou com quem se articula e suas diferentes valências. Foi ainda possível compreender alguns dos projetos que visam implementar ou desenvolver, nomeadamente o Percurso Integrado do Doente, a Visita pré-procedimento, o Hospital de dia de ICC, o *Followup* telefónico e a articulação direta com os cuidados de saúde primários.

Ambas as entrevistas decorreram de forma fluída, sem rigidez nas perguntas, o que favoreceu o discurso dos enfermeiros orientadores, a comunicação e, por conseguinte, a colheita de informação importante para a fase do projeto.

Após as entrevistas e visita aos locais de ensino clínico, ficou o reforço e a convicção das escolhas adequadas para a realização dos ensinamentos clínicos.

OBJECTIVOS

O objetivo do presente trabalho visa a identificação das estratégias utilizadas pelo EEER na educação para a saúde da pessoa com doença coronária (enquanto componente da reabilitação cardíaca), no hospital e em ambulatório, e o impacto das mesmas (na mudança de estilos de vida não saudáveis).

Inicialmente optou-se pela pesquisa da mais atual e melhor evidência disponível referente aos temas enquadrados no presente projeto.

Só após foi possível a estruturação de uma questão de partida, que compilasse a informação obtida nessa evidência documental em conjugação com a motivação e interesses pessoais, tendo presente o objetivo de desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEER.

A formulação da questão de pesquisa foi orientada pelo acrónimo, que a divide segundo o modelo PCC, envolvendo os seus constituintes: **P**opulação – Pessoa com doença cardíaca; **C**onceito – Educação para a Saúde; **C**ontexto – Hospital e Ambulatório.

PALAVRAS-CHAVE

Educação para a Saúde, Adesão a Programas de Educação, Mudança de Estilos de Vida, Aceitação da Intervenção, Conhecimento.

QUESTÃO

Quais as estratégias do EEER na educação para a saúde, como componente da reabilitação cardíaca, dirigida à pessoa com doença cardíaca internada no hospital e seguida em ambulatório e qual o impacto destas intervenções na modificação de estilos de vida não saudáveis?

Para a elaboração da Scoping Review a metodologia utilizada foi a de acesso à plataforma EBSCO host Integrated Search (via Escola Superior de Enfermagem de

Lisboa) como motor de busca, sendo selecionadas as bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Na pesquisa foram definidos termos de indexação Mesh (para MEDLINE) e Headings (para CINAHL) sendo elas: nurs*, cardiac, rehabilitation, rehabilitation nursing, health education, health knowledge, learning, e rehabilitation cardiac, nurs*, lifestyle, health education, learning, health knowledge, behavior changes, program development, respetivamente.

Como critérios de inclusão para a pesquisa foram enquadrados os que se apresentam ilustrados na seguinte tabela:

	Crítérios de inclusão
Tipo de participantes	Pessoas adultas sem alterações neuro-psíquicas, com mais de 18 anos, com doença cardíaca diagnosticada, que se encontrem internadas em unidades hospitalares ou seguidas em ambulatório.
Tipo de estudos	Estudos primários (investigações originais); Estudos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Estudos publicados entre janeiro de 2010 e fevereiro de 2016; Literatura cinzenta Literatura científica Periódicos Internet
Tipo de estratégias	Estudos que investigam o impacto de estratégias na promoção e educação para a saúde.

Sendo que como critérios de exclusão, se consideraram artigos sem *full text* e artigos em que após leitura do *abstract* não correspondessem à questão formulada. Foram selecionados 23 artigos.

RESULTADOS

A intervenção de enfermagem de educação para a saúde, tem impacto na melhoria nos cuidados de saúde, na redução do risco de um novo evento cardíaco, na melhoria da qualidade de vida, na melhoria da adesão a programas de RC e que é importante conhecer as necessidades individuais de cada doente no que toca a educação, apoio, supervisão e reforço. Ainda que, os programas educacionais devem iniciar-se no internamento e que a RC pode ocorrer no hospital ou em ambulatório, estando dependente de diversas variáveis.

DIAGRAMA DE PESQUISA

Encontram-se seguidamente e com detalhe as palavras-chave pesquisadas bem como as bases de dados utilizadas com a descrição da pesquisa e os operadores booleanos.

Pesquisa na CINAHL

Legenda:

	Termo descritor de pesquisa	Scope
S1	Health education	The process of educating individuals to make informed decisions about matters affecting personal, family, and community health. Oriented toward preventive health care. Consider also specific types of education such as DEATH EDUCATION, DENTAL HEALTH EDUCATION, HIV EDUCATION, NUTRITION EDUCATION, PATIENT EDUCATION, etc
S2	Lifestyle	Search as keyword
S3	Rehabilitation, Cardiac	Search as keyword
S4	Learning	Search as keyword
S5	Program development	Process of devising an overarching plan to follow in developing a program. Encompasses activities of planning, implementation, and evaluation
S6	Health Knowledge	Knowledge of patients, family members, and other lay people about health topics
S7	Behaviour changes	Observable modifications in behavior
S8	Nurs*	Search as keyword

Operadores booleanos utilizados: OR e AND

**Aplicados os critérios de período temporal entre 2010 e 2016 e idade – redução para 8 artigos.

* Aplicados os critérios de período temporal entre 2010 e 2016, idade e *full text* – redução para 16 e depois para 11 artigos. (Opção por esta pesquisa, uma vez que englobava os artigos de todas as outras pesquisas)

Pesquisa	CINAHL	Nº de Artigos
#1	S3 AND S8 AND S1 AND S2 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	0
#2	S3 AND S8 AND S1	26**
#3	S3 AND S8 AND S2	8
#4	S3 AND S8 AND S4	2
#5	S3 AND S8 AND S5	7
#6	S3 AND S8 AND S6	5
#7	S3 AND S8 AND S7	1
#8	S3 AND S8 AND (S1 OR S2 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7)	201*

Pesquisa na MEDLINE

Legenda:

	Termo Descritor de pesquisa	Scope
S1	Rehabilitation	Restoration of human functions to the maximum degree possible in a person or persons suffering from disease or injury
S2	Rehabilitation nursing	A nursing specialty involved in the diagnosis and treatment of human responses of individuals and groups to actual or potential health problems with the characteristics of altered functional ability and altered life-style

S3	Cardiac	Search as keyword
S4	Health education	Education that increases the awareness and favorably influences the attitudes and knowledge relating to the improvement of health on a personal or community basis
S5	Health knowledge, Attitudes, practice	Knowledge, attitudes, and associated behaviors which pertain to health-related topics such as PATHOLOGIC PROCESSES or diseases, their prevention, and treatment. This term refers to non-health workers and health workers (HEALTH PERSONNEL).
S6	Learning	Relatively permanent change in behavior that is the result of past experience or practice. The concept includes the acquisition of knowledge
S7	Program	Search as keyword
S8	Nurs*	Search as keyword

Operadores booleanos utilizados: OR e AND

Pesquisa	MEDLINE	Nº de Artigos
#1	S8 AND S3 AND S1 AND S2 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	0
#2	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND S4	169*
#3	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND S5	14**
#4	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND S6	2
#5	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND S7	46****
#6	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	0
#7	S8 AND S3 AND (S1 OR S2) AND (S4 OR S5 OR S6 OR S7)	288*^

*Aplicados os critérios de período temporal e idade – 40 e depois para 25 artigos;

** Aplicados os critérios de período temporal e idade – 10 artigos;

*** Já com os critérios;

**** Aplicados os critérios de período temporal e idade – 31 artigos;

*` Aplicados os critérios de período temporal e idade, seguido de *full text* – de 77 para 51 e para 12 artigos (opção por esta pesquisa pois aparenta ser a mais completa);

O total de artigos identificados foram 67. Correspondentes à pesquisa na CINAHL 16 e à pesquisa na MEDLINE 51.

O diagrama de pesquisa, de acordo com JBI (2014), apresenta-se seguidamente, sendo que as etapas correspondem respetivamente a:

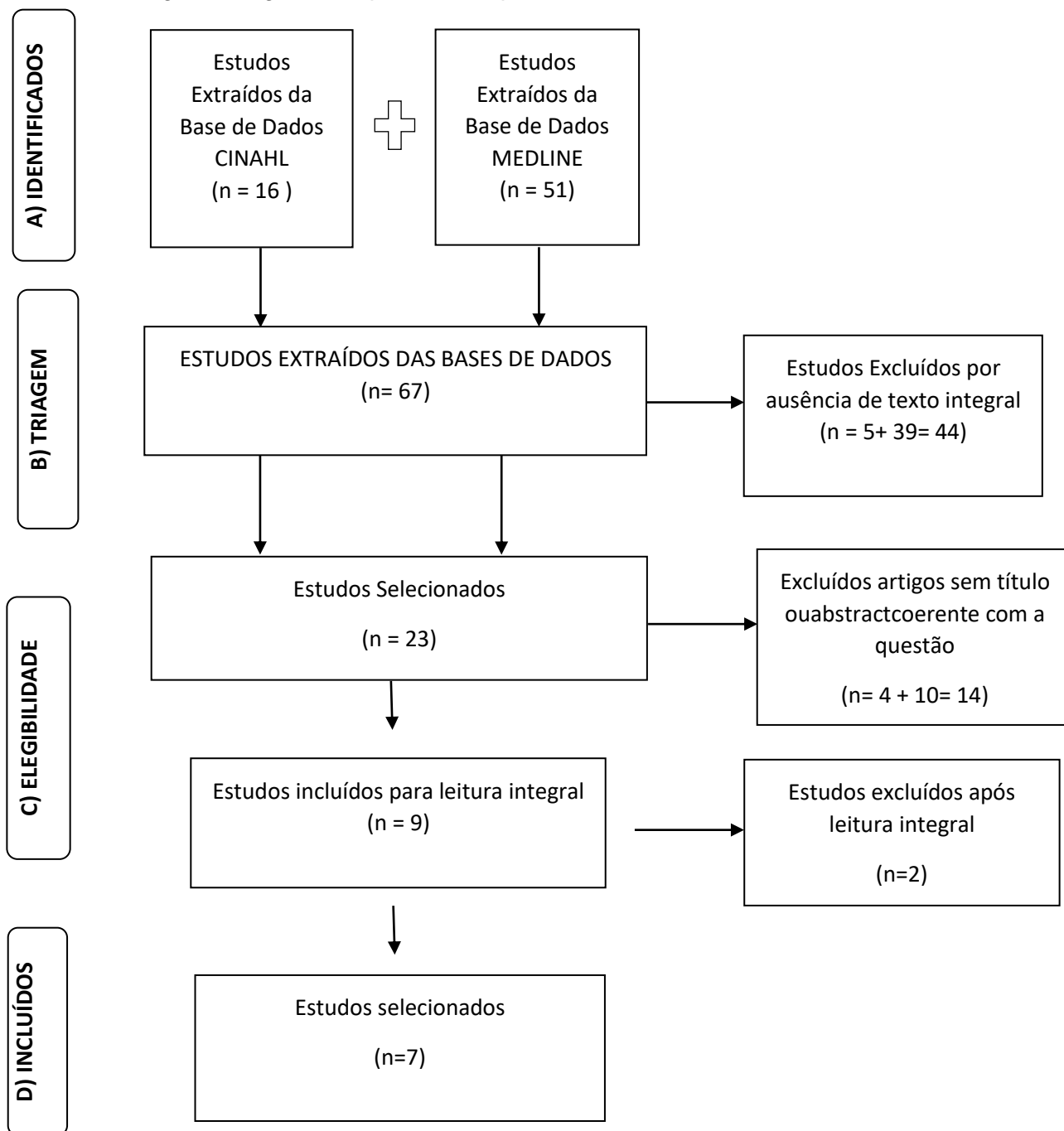
(a) Identificação). Nesta fase foram excluídos 44 artigos por não apresentarem *full text* ficando selecionados 23.

(b) Triagem). Seguidamente foram excluídos 14 artigos com *abstract* ou título, incoerente com a questão de pesquisa.

(c) Elegibilidade). Finalmente restritos a 9 artigos, que respondem à questão de pesquisa.

(d) Incluídos). Foram lidos integralmente 9 artigos, tendo sido excluídos 2 cujos resultados não correspondiam à pesquisa. Ficaram selecionados 7 artigos, sendo 1 do tipo quantitativo e 6 do tipo qualitativo.

O diagrama seguinte esquematiza o processo.



(Adaptado de JBI, 2015)

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal: A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3</p> <p>C – Gestão dos Cuidados C2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1, D2</p>	<p>1 - Aprofundar conhecimentos técnico-científicos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardíaca, com ênfase nas intervenções autónomas de enfermagem promotoras do autocuidado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica, relevante e atual; - Pesquisa de documentação científica e normas orientadoras; - Aplicação dos conhecimentos na prestação de cuidados; - Observação e colaboração na prática de cuidados do enfermeiro orientador - Reflexão escrita sobre a prática de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso à melhor evidência científica e normas essenciais à prestação de cuidados; - Suporte da prática clínica em evidência científica; - Integração dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; - Aquisição de conhecimentos científicos que contribuam para a prática especializada; - Integração de conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde para a pessoa alvo de cuidados; - Prestação de cuidados especializados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter pesquisado evidência científica e normas essenciais à prestação de cuidados de qualidade; - Ter apresentado a fundamentação científica à prática clínica; - Ter identificado oportunidades e selecionado estratégias de melhoria; - Ter utilizado as tecnologias de informação, fontes e métodos de pesquisa adequados; - Ter demonstrado conhecimentos e tê-los aplicado na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p>	<p>2 - Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a conhecer a sua estrutura organo-funcional e a identificar o campo de intervenção do EEER;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita aos serviços da instituição com os quais o local de estágio se articula; - Leitura de documentação específica do serviço e da instituição, nomeadamente normas e protocolos; - Pesquisa sobre missão e objetivos do serviço; - Observação participativa; - Reuniões com enfermeiro orientador; - Pesquisa sobre recursos materiais existentes e sua aplicação; - Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar - Observação e colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter visitado os serviços com articulação com o local de estágio; - Ter utilizado as tecnologias de informação, fontes e métodos de pesquisa adequados; - Ter utilizado guião de observação; - Ter conhecimento sobre a dinâmica e organização do serviço; - Ter conhecimento sobre normas e protocolos do serviço; - Ter contribuído nas intervenções do EEER para a pessoa / família alvo de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida conhece a dinâmica, missão e objetivos do serviço; - Em que medida conhece os documentos de apoio, do serviço; - De que modo a colaboração na prestação de cuidados foi evidenciada;

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B2, B3</p> <p>C – Gestão dos Cuidados C2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p> <p>J1, J2, J3</p>	<p>3 - Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com doença cardíaca;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões com enfermeiro orientador; - Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar; - Consulta de documentação e evidência científica; - Colaboração e participação na prestação de cuidados especializados de enfermagem; - Pesquisa de instrumentos e escalas de avaliação do autocuidado; - Implementação e avaliação dos instrumentos e escalas de avaliação do autocuidado; - Validação com a pessoa, sobre as necessidades de autocuidado identificadas; - Integração da família / cuidador ou pessoas de referência, como alvo de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter reunido periodicamente com EEER orientador de ensino clínico; - Ter pesquisado evidência científica e normas essenciais à prestação de cuidados de qualidade nos diferentes contextos; - Ter identificado as necessidades de autocuidado da pessoa / família alvo de cuidados; - Ter implementado estratégias de intervenção adequadas às necessidades de autocuidado identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - De que modo foram identificadas as necessidades de autocuidado; - Em que medida a utilização de instrumentos e escalas foi bem realizada; - Em que medida foram adequadas estratégias de intervenção dirigidas às necessidades de autocuidado identificadas;

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B1, B3</p> <p>C – Gestão dos Cuidados C1, C2</p> <p>J1, J2, J3</p>	<p>4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados gerais e específicos à pessoa / família com doença cardíaca, tendo em vista a promoção do autocuidado e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com doença cardíaca; - Implementar estratégias que contribuam para a adesão a programas de reabilitação; - Documentar: história de saúde; dimensão familiar; estruturas de apoio social, cultural e espiritual; expectativas para o futuro e projetos de vida. - Implementar planos de intervenção, no âmbito das limitações da atividade, modificação de fatores de risco e gestão do regime medicamentoso; - Monitorizar os cuidados prestados de forma a reduzir o risco de alteração da funcionalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter desenvolvido uma relação profissional e terapêutica que tenha permitindo o maior conhecimento da pessoa e família e assim a implementação das estratégias promotoras do autocuidado; - Ter contribuído para a adesão da pessoa aos programas de reabilitação existentes; - Ter implementado planos de intervenção, sua monitorização e avaliação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida o conhecimento da pessoa e família, permitiu o desenvolvimento das relações profissionais e terapêuticas; - Qual foi o contributo efetivo para a adesão aos programas de reabilitação da pessoa com doença cardíaca; - Em que medida os planos de intervenção foram implementados e adequados às necessidades individuais da pessoa com doença cardíaca;

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p> <p>J1, J3</p>	<p>5 - Refletir criticamente sobre a eficácia e eficiência das aprendizagens e das intervenções realizadas na promoção do autocuidado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir uma vez por semana com o enfermeiro orientador; - Reunir mensalmente com o professor orientador; - Documentar reflexões sobre as intervenções, utilizando metodologia adequada como o Jornal de Aprendizagem ou Ciclo reflexivo de Gibbs; - Documentar reflexão sobre casos clínicos; - Partilhar com a equipa, enfermeiro orientador, ou outros, a eficácia e eficiência das intervenções realizadas; - Promover a reflexão sobre estratégias de avaliação das intervenções, que traduzam ganhos em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado as reuniões definidas; - Ter demonstrado por escrito as reflexões realizadas; - Ter partilhado os resultados das reflexões. 	<p>- Em que medida as reflexões foram adequadas à demonstração da eficácia e eficiência das intervenções realizadas.</p>

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p> <p>J1, J2</p>	<p>6 – Elaborar protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas pelos serviços;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e identificação das necessidades do serviço relativamente ao desenvolvimento das intervenções do EEER; - Pesquisa e identificação das necessidades de conhecimento da equipa para a melhoria dos cuidados prestados; - Promover a aprendizagem em contexto de trabalho, na área de especialidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado as necessidades do serviço e equipa de saúde face à possibilidade de melhoria de cuidados; - Ter elaborado protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida os protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados contribuíram para colmatar as necessidades do serviço; - Em que medida os protocolos de atuação, procedimentos e / ou projeto de cuidados promovem o desenvolvimento profissional.

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p> <p>J1, J3</p>	<p>7 - Planear e implementar sessões de formação dirigidas aos profissionais de acordo com as necessidades formativas identificadas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e identificação das necessidades formativas da equipa de saúde; - Realização de sessões formativas de acordo com as necessidades identificadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado as necessidades formativas da equipa de saúde; - Ter realizado sessões formativas. 	<p>Em que medida as sessões de formação contribuíram para colmatar as necessidades formativas da equipa;</p> <p>Em que medida essas sessões promovem o desenvolvimento profissional.</p>

Competências e Domínio de Competências	Objetivo específico	Atividades	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1, A2</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B1, B2, B3</p> <p>C – Gestão dos Cuidados C1, C2</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p> <p>J1, J2, J3</p>	<p>8 - Produzir relatório de ensino clínico que reflita as aprendizagens realizadas em função das competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEER.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registo diário de ocorrência mais significativa do ensino clínico; - Pesquisa de evidência científica e documentação que complemente as aprendizagens; - Elaboração do relatório de ensino clínico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter elaborado o relatório de ensino clínico 	<p>Em que medida a elaboração do relatório de ensino clínico representa as aprendizagens realizadas em função das competências previstas.</p>
<p>Recursos</p>	<p><u>Humano:</u> Professor orientador; Enfermeiro orientador do ensino clínico; equipa multidisciplinar. <u>Materiais:</u> Documentação institucional; Processo clínico; Instrumentos e escalas de avaliação.</p>			
<p>Local</p>	<p>ESEL; HSM; ECCI</p>			



7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

ESTUDO DE CASO

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira (nº 6781)

Lisboa
Dezembro 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Enquadramento teórico

Objetivos

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Identificação

Situação Clínica

História da Doença Atual

Antecedentes Pessoais

Sistema Familiar

Cuidador Informal

História económica e social

Condições habitacionais

Internamento no Hospital

Internamento na ECCI

Avaliação Inicial na ECCI

Terapêutica medicamentosa

Avaliação

Estado Mental

Exame Neurológico

Motricidade

Sinais Vitais

Acuidade visual

Acuidade auditiva

Padrão respiratório

Risco de Queda (Escala de Quedas de Morse)

Risco de UP (Escala de Braden)

AVDs (Índice de Barthel)

AIVDs (Escala de Lawton e Brody)

Padrão vesical

Padrão Intestinal

Nutrição / Alimentação

Higiene Pessoal

Vestir / despir

Uso do sanitário

Sono e repouso

Plano de cuidados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

APÊNDICE

Folheto informativo, personalizado, para a cuidadora.

INTRODUÇÃO

O presente documento – estudo de caso – visa contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas no âmbito da especialização em enfermagem de reabilitação, uma vez que reflete um método de abordagem, recolha de informação e consequente análise dessa informação pelo olhar da disciplina que ora se desenvolve. Dada a complexidade das situações reais com que o enfermeiro se depara, esta metodologia favorece a explanação de vários tópicos que, conjuntamente, contribuem para a visão holística do outro, e que, caracterizando a profissão de enfermagem, mantém a exigência do desenvolvimento profissional.

No decorrer do ensino clínico, que ocorre na comunidade, especificamente na ECCI [REDACTED], têm sido alguns os utentes e famílias, de quem cuido e que me têm permitido a integração do que são as competências específicas do enfermeiro de reabilitação, a par da aprendizagem de técnicas específicas desta especialidade. Alguns dos quais, têm favorecido a concretização de objetivos definidos aquando do trabalho de projeto que, de certa forma, norteia o ensino clínico. Para todos estes utentes, tem sido realizada a avaliação adequada a cada caso, com a implementação de escalas e elaboração de plano de cuidados, sobretudo centrado nas necessidades mais evidenciadas e às quais é possível a abordagem pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No entanto, era expectável a realização de um estudo de caso, cuja abrangência seria mais extensiva e aprofundada, favorecendo a sistematização de pensamento, reflexão e cuidados. Ora a opção – na falta de doentes cardíacos – recaiu sobre uma utente e sua condição, que aparentemente, permitiria a abrangência das três competências específicas presentes no regulamento aprovado para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A utente – Sra.MS – encontra-se integrada na RNCI via ECCL, com exigência de cuidados de reabilitação, na sequência da funcionalidade diminuída potenciada pela doença de Parkinson (DP).

A **doença de Parkinson** é uma doença neurodegenerativa crónica, que resulta de uma perda seletiva e lenta dos neurónios dopaminérgicos da substância nigra, por ação da monoamina oxidase (MAO), que provoca um aumento da ação da via indireta. De acordo com a APDP, a doença atinge cerca de 1% da população mundial com idade superior ou igual a 65 anos de idade, sendo que em Portugal, existem cerca de 13 mil pessoas afetadas pela doença, cujo número não reflete a realidade global, dado a ausência de dados de pessoas institucionalizadas. Surge, normalmente, em pessoas com mais de 40 anos de idade, e ocorre em ambos os sexos, sem distinção racial. Pode ser de causa desconhecida, ou pode ocorrer na sequência de infeção, trauma, toxicidade (Hoeman, p. 450, 2011). As manifestações clínicas são variáveis, e distinguem-se em motoras e não-motoras, com prevalência das motoras, no entanto há uma tríade clássica de sintomas, que são a rigidez, tremor e bradicinesia, tendo-se acrescentado ainda a diminuição da correção do reflexo postural. (Hoeman, 2011). Especificamente, de entre as motoras, apontam-se os tremores de repouso, distonia, rigidez articular (tipo roda dentada) e marcha parkinsónica que se reflete em instabilidade postural, incapacidade de passos largos e aquisição da posição de semi-fowler. As não-motoras representam-se em perturbações do sono, perturbações da sensibilidade, distúrbios neuropsiquiátricos e disfunção autonómica. A abordagem de tratamento a esta patologia, pode ser cirúrgica (ablativa, estimulação cerebral profunda e transplante) ou farmacológica, nomeadamente associação de levodopa e carbidopa que aumenta os níveis de dopamina a nível cerebral, agonistas da dopamina para o estímulo dos recetores pós-sinápticos da dopamina, os inibidores de MAO que diminuem a degradação da dopamina, os anticolinérgicos com função bloqueadora da acetilcolina, e os inibidores da catecol-O-metiltransferase que inibem o mecanismo da levodopa. (Brás, 2016). Assiste-se à perturbação do movimento, capacidade cognitiva, emoções e aprendizagem. Os défices devem-se também a outros neurotransmissores: serotonina, noradrenalina, glutamato, GABA e acetilcolina, o

que reflete a variabilidade farmacológica no tratamento da doença. (Campos, *et al*, 2009)

De acordo com este autor, “marcha, instabilidade postural e discurso são as atividades mais difíceis de melhorar com medicação”, remetendo para os programas de reabilitação a centralidade nestes pontos específicos, sem desvalorizar os demais. Neste sentido, acrescentam outra abordagem ao tratamento, além da cirúrgica e farmacológica, que é a reabilitação. Assim, é no programa de reabilitação que se procura a diminuição das “limitações funcionais e das complicações, bem como a promoção da atividade participação e independência” (Campos, *et al*, 2009) O programa de reabilitação apresenta duas abordagens que se complementam, especificamente a neurológica que procura novas estratégias motoras, e a abordagem músculo-esquelética remetendo para o exercício físico. Estas devem, sobretudo, privilegiar as necessidades específicas dos doentes com efeitos a longo prazo.

Assim, poderiam ser vários e distintos os objetivos associados à reabilitação da pessoa com doença de Parkinson, no entanto, a especificidade de cada caso, remete para a importância da avaliação da totalidade dos fatores que influenciam a situação determinando o ajustamento dos objetivos ao interesse e motivação da pessoa, neste caso concreto, da Sra.MS. Na realidade, podemos entender que a totalidade não é alcançável, mas antes aquilo que a Sra.MS entender partilhar, valorizar enquanto necessidade e, em negociação com os intervenientes, definir os objetivos a alcançar. Ainda assim, cabe ao profissional e restantes intervenientes no processo, respeitar os avanços e recuos próprios das situações de vida, e saber adequar continuamente os cuidados.

Do ponto de vista geral, os **objetivos** cingem-se a controlo dos sintomas característicos da síndrome parkinsoniana (tremor, rigidez, bradicinesia); controlo das complicações que surgem no contexto do tratamento com levodopa (flutuações da resposta motora, movimentos involuntários); e prevenção/retardamento do aparecimento de complicações, no entanto os objetivos específicos, que direcionam

os cuidados do EEER, foram discutidos e definidos com a sra.MS, e não sendo estanques, destacam-se em:

- Aumento da força muscular nos membros inferiores;
- Equilíbrio e correção postural;
- Capacidade de realização de marcha (com auxiliar de marcha, promovendo a sua independência);
- Promoção do autocuidado;
- Aumento de autoestima;
- Capacidade para o autocuidado nos domínios da higiene pessoal e uso do sanitário.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Identificação: MMdFS (Sra.MS), reformada, 69 anos de idade

Situação Clínica

História da Doença Atual: Diagnosticada a doença de Parkinson há cerca de 20 anos.

Referencia a um momento significativo na forma de encarar a vida, que foi a morte da mãe, o que despoletou uma tristeza difícil de superar, eventualmente com um processo de luto ineficaz. Fisicamente começou por sentir algumas dores generalizadas, posteriormente mais acentuadas a nível lombar, sem relação aparente com esforços ou outras situações, e finalmente pequenos tremores de curto período de tempo, pelo que não traziam incapacidade funcional, segundo refere.

Foi avaliada clinicamente, com realização de múltiplos exames e foi-lhe diagnosticado doença de Parkinson, em 2008. Até 2013, controlada com terapêutica medicamentosa, especificamente Ropinirol em doses crescentes até 12mg/d, Trihexifenidilo e Inderal. Foi referenciada a consulta de neurocirurgia do ■■■■, que recusou. Mais tarde, e já com alguma restrição da atividade, teve queda no domicílio, que despoletou um internamento hospitalar de cerca de 3 semanas. Foi diagnosticado lesão da coluna, com indicação cirúrgica não emergente, e necessidade de realização de RMN da coluna prévia à cirurgia. Iniciou terapêutica EV com metilprednisolona. Acabou por recusar a intervenção cirúrgica tendo recebido informação do risco de dor e limitação que daí podia advir. Optou por iniciar apenas a terapêutica medicamentosa** para a patologia neuro degenerativa e para a prevenção ou alívio da dor, tendo tido alta para o domicílio da irmã, com perda da marcha desde então.

Exames complementares de diagnóstico (realizados aquando do internamento hospitalar)

Exame	Resultado
TAC Crânio Encefálico	“Não se identificam alterações seguras da densidade do parênquima encefálico, apresentando-se permeáveis as vias de circulação de líquido”
TAC coluna	“Atenuação da cifose dorsal. Fratura do corpo vertebral de D1 a D8, em provável contexto osteoporótico. Destacam-se os sinais de fratura recente do corpo vertebral de L3 e ainda o recuo do muro posterior de L1, L2, L3 e L4, existindo condições para a compressão das estruturas nervosas endocanais”
TAC cervical	“Acentuação da lordose cervical com alinhamento do muro posterior preservado. Em C2-C3 e C3-C4, diminutas protusões disciais posteriores medianas, a moldarem o saco dural. Em C4-C5 e C5-C6 existem discopatias degenerativas e osteofitose posterior, em C4-C5 a condicionar leve moldagem da medula. Acompanha-se por uncartrose bilateral mais acentuada em C4-C5 à direita, onde existe possível compromisso da raiz emergente.
RMN cervical e lombar	“confirma lesão fraturaria lombar aguda com edema e recuo dos muros posteriores de L1, L3 e L4.”

Antecedentes Pessoais: HTA medicada e controlada, Depressão medicada e mal controlada.

Sistema Familiar: Irmã e cunhado, sobrinha, marido e filho desta, irmão.

Cuidador Informal: Irmã Sra.NS

História económica e social: Durante 27 anos trabalhou numa multinacional enquanto secretária de vendas, findo os quais foi reformada com

direito a uma indemnização. Seguiu-se um período de vida, segundo a qual, bastante reconfortante, de muito passeio e convívio. Nessa fase de vida, vivia em casa própria, acompanhada com a sobrinha Sra.HS e o marido e filho desta. Entretanto ocorreu o falecimento da mãe, e mais tarde as mudanças na condição de saúde, nomeadamente a necessidade de intervenção cirúrgica. Durante o período de espera para a cirurgia, e devido à dor sentida com consequente limitação funcional, foi viver para a casa da sua irmã mais nova, a Sra.NS (mãe de Sra.HS).

Na fase inicial, fez ainda uma tentativa de regresso à casa própria, em que, com apoio dos bombeiros fez a transferência. Esteve sozinha no domicílio durante cerca de 48h, sem apoio e sem possibilidade de se autocuidar. Daqui resultou uma queda com consequente internamento hospitalar.

Na alta hospitalar, a irmã recebeu-a novamente na sua casa. Tem residido aí desde então, o que perfaz 3 anos. Mantém a casa própria, atualmente inabitada.

Recebe reforma mensal. A irmã é desempregada e o marido desta trabalha como técnico de som numa rádio nacional.

Condições habitacionais: Tem um quarto próprio na casa da irmã. Reside no terceiro andar de um prédio, sem elevador. A casa tem água canalizada e eletricidade. A casa não apresenta barreiras arquitetónicas à deslocação em cadeira de rodas e/ou andarilho.

Internamento no Hospital: Encaminhada para o hospital pelos bombeiros, após ter sido encontrada dia 13 de agosto pela irmã, caída no domicílio. Foi internada no serviço de neurocirurgia do HEM por dor lombar com fraturas da L1, L3 e L4, tendo sido transferida para o HFF, onde permaneceu de 18 agosto a 21 de agosto de 2015, com o diagnóstico de fratura da coluna vertebral sem menção a lesão medular e doença de Parkinson, e os diagnósticos de rabdomiolise, lesão renal aguda, hipocaliemia e hipernatremia já resolvidos.

Internamento na ECCI: A Sra.MS tem sido consultada pela médica de família. Só se deslocou aos serviços de saúde três vezes, sendo que as restantes

consultas decorrem por telefone, e estando a Sra. N.S. na presença da médica no centro de saúde. Há cerca de dois meses, foi sugerido pela médica de família de ambas, o encaminhamento para a ECCI, que a própria e a família aceitaram. Deu-se início ao processo de reabilitação a meio de outubro do ano corrente, com a intervenção da EEER da ECCI.

Avaliação Inicial na ECCI: Há data de início apresentava anquilose em ambos os joelhos e diminuição da força muscular nos membros inferiores.

Foram estabelecidos os objetivos a serem alcançados e elaborados os planos de cuidados em conjunto com a Sra.MS, adaptando-os à realidade atual. Esta adaptação à realidade e discussão conjunta foram essenciais. Por um lado, a Sra.MS, cansada da dependência, refere que quer viver na sua casa com algum apoio de terceiros, no que toca a alimentação e casa, crendo que poderá ser autónoma no seu autocuidado, ainda que com equipamento auxiliar às deslocações. Por outro lado, a Sra.NS refere que anseia que a irmã consiga deslocar-se pela casa, sem necessitar permanentemente da sua ajuda, no entanto, recusa terminantemente a entrada de uma cadeira de rodas na sua casa. Desta forma, foram estabelecidos os objetivos a curto – médio prazo, supracitados, sem quebrar as ideias de uma ou desrespeitar as de outra.

Terapêutica medicamentosa:

Ropinirol 8mg (16mg)	1xdia
Escitalopram 10mg	1xdia
Sinvastatina 10mg	1xdia
Tri-hexifenidilo 2mg	2xdia
Propranolol 40mg (20mg)	2xdia
Agomelatina 25mg	1xdia
Paracetamol 1g	SOS

Terapêutica introduzida após início do programa de reabilitação:

Arcoxia 60mg	1xdia
Pregabalina 75mg	2xdia

Avaliação

Estado Mental

Consciência e orientação: Utilizada a escala de *Mini Mental State Examination* e a escala de coma de Glasgow (ECG). Apresenta-se vígil, orientada alo e autopsiquicamente, com pontuação 15 na ECG.

Atenção: sem alterações a nível de vigilância, tenacidade e concentração.

Memória: Sem alterações a nível de memória sensorial, imediata e recente. Apresentou dificuldade na memória remota, nomeadamente na sequência de acontecimentos e datas correspondentes.

Linguagem verbal e escrita: Sem alterações. Apresenta discurso espontâneo, com capacidade de compreensão, nomeação e repetição. Ligeira lentificação no início da escrita mas sem condicionar a capacidade da mesma.

Capacidades práticas: Força, sensibilidade e coordenação conservadas a nível dos membros superiores, ainda que com alguma lentificação no início de qualquer atividade. Realiza gestos simbólicos e icónicos.

Exame neurológico

Avaliação de pares cranianos: sem alterações.

Motricidade

Força muscular e tónus: Utilizada a escala de Lower para avaliação da força, e da escala de Ashworth para avaliação do tónus muscular. Avaliados os

diferentes segmentos, apontam-se os que apresentam alteração, por movimento, segmento e resultado da escala de Lower e de Ashworth:

Extensão e rotação da cabeça e pescoço, 4/5, 1+;

Flexão e extensão da escapulo-umeral esquerda e direita, 4/5, 1;

Adução e abdução coxo femoral direita e esquerda, 3/5, 1+;

Flexão e extensão (não realiza na totalidade) joelho direito e esquerdo, 4/5, 3;

Sensibilidade: sem alterações da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa.

Equilíbrio: Utilizada a escala de Tinetti e de Berg. Apresenta uma pontuação de 3/16 na escala de Tinetti, para o teste do equilíbrio, sendo que o teste de marcha não pôde ser aplicado, inicialmente, dado o elevado nível de dependência. Na escala de Berg apresenta 11/56.

Descrevem-se as alterações identificadas.

Tinetti – teste do equilíbrio.

Erguer o corpo = 1

Tentativas de erguer-se = 0

Equilíbrio imediato na postura vertical = 0

Equilíbrio na postura vertical = 0

Empurrar = 0

Olhos fechados = 0

Girar 360° = 2

Sentar = 0

Escala de Berg

1) 2

8) 0

- 2) 0 9) 0
 3) 4 10) 0
 4) 3 11) 0
 5) 1 12) 0
 6) 0 13) 1
 7) 0 14) 0

Deficit nos requisitos de autocuidado – cuidado dependente:

Universais – ingestão suficiente de água e alimentos, provisão de cuidados associados a processos de eliminação, desequilíbrio entre atividade/repouso, desequilíbrio entre solidão e a interação social, prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.

Desenvolvimento – mudança na condição de saúde: dependência, exaustão do cuidador.

Desvios de saúde – espasticidade, diminuição da força muscular, imobilidade, perda no mecanismo de controlo postural, perda da marcha.

Sinais Vitais:

TA (mmHg)	FC (bpm)	Resp. (cpm)*	Temp. (°C)	Dor (0-10)**
147 / 86	77	10	36	7

*Avaliada a dispneia de acordo com a escala de Borg, apresentando um valor de 0,5. Saturação periférica não avaliada, por inexistência de saturómetro.

**Dor mais evidenciada nos Membros inferiores, sobretudo a nível de ambos os joelhos.

Acuidade visual: Diminuição da acuidade visual por miopia (5,5 dioptrias à direita e 2,5 dioptrias à esquerda). Utiliza ortóteses.

Acuidade auditiva: preservada

Padrão respiratório: sem alterações

Risco de queda pela escala de quedas de Morse: 50/125 (baixo risco de queda)

Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão pela escala de Braden: 19/23 (baixo risco de desenvolvimento de UP)

Avaliação da funcionalidade de acordo com as atividades de vida e atividades instrumentais de vida, com recurso as escalas de Medida de Independência Funcional, índice de Barthel e escala de Lawton e Brody, respetivamente: MIF, com a doente como fonte de informação, apresenta 69/126. Barthel 60/100 e Lawton e Brody 2/8 (representando elevada dependência em múltiplas atividades).

Não obstante os valores apresentados pelas escalas utilizadas, entende-se necessário uma breve descrição tendo em conta as necessidades humanas, uma vez que as escalas parecem não refletir as causas da restrição ou incapacidade, e que comportam, entre outros, a dinâmica familiar.

Padrão vesical: Continente vesical, mas utiliza fralda por impossibilidade de deslocação ao wc.

Padrão Intestinal: Continente, mas utiliza fralda por impossibilidade de deslocação ao wc.

Nutrição / Alimentação: Alimenta-se da dieta fornecida pela irmã, sem dificuldade no manuseamento dos utensílios e sem dificuldade na mastigação e deglutição. Alimentação, aparentemente, variada com consumo de sopa e fruta diariamente.

Higiene Pessoal: Independente nos cuidados à face e algumas partes do corpo. Penteia-se e lava os dentes de forma independente. Dependente na deslocação ao wc. Cuidados de higiene na banheira 2 vezes por semana.

Vestir / despir: Dependente no alcance do vestuário, mas independente no vestir, despir, necessitando ocasionalmente de ajuda para a correta colocação das calças, ou sendo substituída pela irmã (quando esta “tem pressa” sic)

Uso do sanitário: dependente na deslocação até ao sanitário, mas independente na sua utilização.

Sono e repouso: Permanece parte do seu dia deitada na cama ou aí sentada. Alterna estas posições de forma independente, ocasionalmente necessitando de ajuda. Mobiliza-se lentamente na cama e auto posiciona-se. Por vezes, necessita de ajuda. Sono noturno, habitualmente, sem interrupções.

Data	Foco	Diagnóstico Classificação de ação de enfermagem e Objetivos	Intervenções de EEER	Avaliação
17/10	Mobilidade	<p>Compromisso da mobilidade física, levante e transferência. Dependente em grau elevado.</p> <p><i>Sistema totalmente compensatório.</i></p> <p>Objetivo:</p> <p>Aumento de força muscular;</p> <p>Contrariar o padrão espástico;</p> <p>Reeducar o mecanismo de</p>	<p>Avaliar componente respiratória, cardiovascular, neurológica e outras para a mobilização;</p> <p>Avaliar força muscular e tônus, em todos os segmentos;</p> <p>Técnica de Descanso e relaxamento;</p> <p>Utilização da música como técnica de relaxamento;</p> <p>Consciencialização e controlo da respiração (expiração com lábios semicerrados);</p> <p>Executar programa de mobilizações na ordem: passiva, ativas assistidas, ativas e por fim, ativas resistidas;</p> <p>- Executar mobilizações num plano repetido</p>	<p>Aplicação de escalas (resultados referidos anteriormente);</p> <p>Participação na realização das atividades propostas;</p> <p>Apresenta tolerância ao esforço, mas refere dor articular a nível de ambos os MI, de 5, sendo 7 a nível dos joelhos;</p> <p>Levante realizado com apoio de duas pessoas;</p> <p>Não realiza as atividades</p>

		<p>controle corporal;</p> <p>Capacidade de transferência para a cadeira;</p>	<p>estruturado para a formação do engrama do movimento articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a Sra.MS a executar mobilizações ativas assistidas prestando ajuda na realização do movimento correto. - Introduzir resistência nas mobilizações ativas. <p>Mobilização tibiotársica com dorsi- flexão / flexão plantar e eversão / inversão;</p> <p>Mobilização dos joelhos: flexão/extensão;</p> <p>Mobilização coxofemorais: flexão /extensão, abdução/adução, rotação interna/externa;</p> <p>Atividades terapêuticas: rolar e ponte;</p> <p>Avaliar tolerância ao esforço;</p> <p>Avaliar o conforto e dor ao longo da intervenção;</p> <p>Levante assistido;</p>	<p>num registo diário;</p> <p>6/12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de força nos MI; - Diminuição da espasticidade; - Diminuição da dor para 2; <p>Levante para o andarilho sem apoio de outra pessoa;</p> <p>Realiza atividades propostas diariamente;</p>
--	--	--	--	--

			Incentivar Sra.MS para a realização de automobilizações diariamente;	
17/10	Equilíbrio corporal	Compromisso do equilíbrio corporal em grau moderado. <i>Sistema totalmente compensatório.</i> Objetivo: Aumentar a força muscular; Reeducar o controlo postural; Equilíbrio mantido, com apoio; Diminuição do risco de queda;	Avaliar considerações respiratória, cardiovascular, neurológica e outras para a mobilização; Técnica de Descanso e relaxamento; Consciencialização e controlo da respiração (expiração com lábios semicerrados); Realizar atividades terapêuticas e reeducação do mecanismo de controlo postural: - Rolar para ambos os lados com apoio no ombro e bacia. - Posição para ponte com ajuda seguida de automobilizações, rotação controlada da coxo-femoral e carga em ambos os cotovelos; Avaliar tolerância ao esforço;	Desequilíbrio fácil; Necessidade de suporte lateral aquando do levante; Curvatura da coluna com dificuldade na correção e apenas sob estímulo; Necessidade de apoio em sentar na cadeira; 6/12 Equilíbrio mantido, ainda instável contra força; Sem necessidade de apoio no levante;

			<p>Avaliar o conforto e dor ao longo da intervenção;</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentada, com correção postural na posição de sentada;</p> <p>Segurança na gestão ambiental;</p> <p>Treino de equilíbrio estático ortostático;</p> <p>Levante e transferência;</p> <p>Ensino de técnica de levante e transferência;</p> <p>Ensino para exercícios no leito;</p>	<p>Aumento de segurança na mobilização;</p> <p>Maior controlo postural, com correção fácil da postura;</p>
17/10	Marcha	<p>Compromisso da marcha em grau elevado.</p> <p><i>Sistema totalmente compensatório.</i></p>	<p>Avaliar componentes respiratória, cardiovascular, neurológica e outras para a mobilização;</p> <p>Técnica de Descanso e relaxamento;</p> <p>Consciencialização e controlo da respiração (expiração com lábios semicerrados);</p> <p>Executar programa de mobilizações na</p>	<p>Avaliação de forma e tónus muscular;</p> <p>Faz carga nos MI e dá pequenos passos, arrastados, com apoio de terceiros (enfermeiras bilateralmente), com</p>

		<p>Objetivos:</p> <p>Aumentar a força muscular;</p> <p>Reeducar o controlo postural;</p> <p>Capacidade de deslocação independente de agente de cuidados;</p> <p>Deslocação pelo domicílio com apoio de andarilho;</p>	<p>ordem: passiva, ativas assistidas, ativas e por fim, ativas resistidas;</p> <p>Mobilização tibiotársica com dorsi- flexão / flexão plantar e eversão / inversão;</p> <p>Mobilização dos joelhos: flexão/extensão;</p> <p>Mobilização coxofemorais: flexão /extensão, abdução/adução, rotação interna/externa;</p> <p>Atividades terapêuticas: rolar e ponte;</p> <p>Avaliar tolerância ao esforço;</p> <p>Avaliar o conforto e dor ao longo da intervenção;</p> <p>Levante assistido;</p> <p>Segurança na gestão ambiental;</p> <p>Ensino e Instrução na utilização de equipamentos auxiliares;</p> <p>Treino de marcha controlada (com duas</p>	<p>elevado risco de queda;</p> <p>Desequilíbrio fácil;</p> <p>Dor avaliada em 7 nos MI;</p> <p>Desmotivação frequente manifestada com verbalizações negativas de incapacidade e de baixa autoestima;</p> <p>Desconhecimento de produtos de apoio à marcha;</p> <p>6/12</p> <p>Escalas de força e tónus muscular:</p> <p>Escala de dor:</p>
--	--	---	---	--

			<p>peças, uma e com andarilho);</p>	<p>Marcha com apoio do andarilho, sem apoio efetivo de terceiros, apenas presencial e de segurança de modo a evitar queda (mantém alto risco de queda);</p> <p>Equilíbrio mantido quando da deslocação;</p> <p>Deslocação com supervisão e algum apoio até diferentes divisões da casa;</p> <p>Motivação manifestada por vontade de fazer mais e por autoavaliação das suas atividades;</p>
17/10	Auto	Défice no autocuidado higiene	Avaliar a capacidade para a realização do	Escalas de Braden,

	cuidado higiene pessoal	<p>pessoal, em grau moderado.</p> <p><i>Sistema parcialmente compensatório.</i></p> <p>Objetivos:</p> <p>Redução da dependência do agente de cuidados;</p> <p>Promover o autocuidado;</p> <p>Reduzir o grau de dependência para reduzido;</p>	<p>autocuidado:</p> <p>Incentivar às atividades de vestir, despir;</p> <p>Promover privacidade;</p> <p>Incluir oportunidades de participar e executar as tarefas sozinho promovendo a independência;</p> <p>Dar reforço positivo salientando os progressos;</p>	<p>Barthel e MIF;</p> <p>Vestir e despir a parte inferior com apoio de cuidadora;</p> <p>6/12</p> <p>Escalas:</p> <p>Veste e despe a parte inferior do corpo, com diminuição da intervenção da cuidadora (atualmente só tem necessidade de colocar a roupa ao alcance de Sra.MS);</p>
17/10	Auto cuidado eliminação	<p>Défice no autocuidado eliminação vesical e intestinal, em grau moderado.</p>	<p>Avaliar condições funcionais para a independência na eliminação;</p>	<p>Escalas Barthel, Braden e MIF, nos autocuidados específicos;</p>

	<p>vesical e intestinal</p>	<p><i>Sistema parcialmente compensatório.</i></p> <p>Objetivos:</p> <p>Capacidade de utilização independente do sanitário;</p> <p>Redução da dependência do agente de cuidados;</p> <p>Promover o autocuidado;</p> <p>Reduzir o grau de dependência para reduzido;</p>	<p>Promover privacidade;</p> <p>Incluir oportunidades de participar e executar as tarefas sozinho promovendo a independência;</p> <p>Dar reforço positivo salientando os progressos;</p> <p>Identificar barreiras arquitetônicas no trajeto até ao sanitário e a necessidade de adaptações;</p>	<p>Utilização de fralda para ambas as necessidades, apesar de controlo nas mesmas;</p> <p>Stress da cuidadora associada à intervenção neste domínio;</p> <p>6/12</p> <p>Deslocação ao sanitário, com ajuda da cuidadora e utilização do andarilho, para a eliminação intestinal e ocasionalmente, a eliminação vesical;</p> <p>Revela agrado com a diferença neste</p>
--	------------------------------------	--	---	--

				<p>autocuidado;</p> <p>Diminuição de stress da cuidadora associada à diminuição da dependência;</p>
17/10	Dor	<p>Dor em grau elevado na articulação dos joelhos.</p> <p><i>Sistema de apoio educação.</i></p> <p>Objetivos:</p> <p>Controlo da dor;</p> <p>Diminuição da dor;</p>	<p>Incentivo à autoavaliação da dor, de acordo com escala de 0 a 10;</p> <p>Técnica de Descanso e relaxamento;</p> <p>Consciencialização e controlo da respiração (expiração com lábios semicerrados);</p> <p>Massagem com aplicação de pomada analgésica;</p> <p>Ensino sobre aplicação de técnica de calor;</p> <p>Articulação com equipa multidisciplinar, nomeadamente médica de família, no acesso e ajuste de terapêutica medicamentosa;</p> <p>Ensino sobre terapêutica medicamentosa à</p>	<p>Avaliação da dor em 6 nos MI e 7 nos joelhos;</p> <p>Incapacidade de mobilizações repetidas;</p> <p>Desmotivação associada a queixas frequentes;</p> <p>Desmotivação na realização de atividades prescritas;</p> <p>Não utilização de estratégias de controlo da dor, além do repouso no leito;</p>

			própria e cuidadora;	<p>6/12</p> <p>Dor avaliada em 2;</p> <p>Motivação para a realização de atividades prescritas;</p> <p>Utilização de calor, massagem e estimulação com água quente para o controlo da dor;</p> <p>Adesão ao regime medicamentoso, facilitada;</p>
17/10	Agente de cuidados	Risco de exaustão do agente de cuidados, em grau elevado. <i>Sistema de apoio educação.</i>	<p>Ajuda no acesso aos cuidados de saúde;</p> <p>Definição de objetivos comuns;</p> <p>Validar a aprendizagem por demonstração;</p> <p>Realizar escuta ativa;</p>	<p>Pouca verbalização de sentimentos pessoais;</p> <p>Intransigência nos objetivos delineados;</p>

		<p>Objetivos:</p> <p>Diminuição de dependência nos autocuidados;</p> <p>Ajudar a manter as competências do cuidador;</p> <p>Capacitar a cuidadora para o cuidado menos dependente, ou seja para evitar a substituição quando desnecessária;</p>	<p>Estabelecer uma relação de ajuda assente na confiança, respeito e honestidade;</p> <p>Estimular o diálogo e partilha de emoções;</p> <p>Clarificar ambiguidades, sentimentos ambivalentes ou informações;</p> <p>Ensinar e demonstrar estratégias de promoção da independência no autocuidado da Sra.MS (incentivar à não substituição);</p> <p>Entrega de folheto informativo sobre doença, cuidados a ter com a doente e cuidados a si;</p> <p>Avaliar a necessidade de descanso do cuidador;</p>	<p>Reduzido conhecimento da doença e sua sintomatologia;</p> <p>6/12</p> <p>Capacidade de expressão de sentimentos aumentada;</p> <p>Verbalização da culpabilização que atribui à Sra.MS referente a diferentes questões;</p> <p>Entendimento e ajuste de objetivos em conjunto;</p> <p>Capacidade aumentada de não substituir a Sra.MS nos seus autocuidados;</p>
--	--	---	--	--

				<p>Satisfação manifestada associada ao aumento de capacidade para se deslocar e autocuidar;</p> <p>Maior bem-estar do cuidador;</p>
--	--	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado a esta etapa do estudo de caso, é evidente a riqueza do mesmo naquilo que foram os objetivos primordiais da sua concretização. A recolha de informação que este exige, a par da análise e reflexão, contribuíram para firmar o desenvolvimento de competências, técnicas e científicas, e em simultâneo aprofundar as especificidades da área de enfermagem de reabilitação.

O plano de cuidados concebido, foi sendo implementado e monitorizado, no decorrer do ensino clínico. Contribuiu para a aprendizagem de técnicas, permitindo a identificação das dificuldades inerentes às mesmas, assim como os efeitos positivos que estas vão suscitando na doente, e ainda a consciencialização da mecânica corporal que deve ser respeitada, sob pena de ter repercussões negativas para quem as executa. Também a implementação das escalas favoreceu a aprendizagem mais aprofundada das mesmas, a perceção de algumas das dificuldades que podem ser encontradas, assim como o contributo das mesmas na expressão das variações do estado de saúde dos doentes. O facto de o estudo de caso exigir maior aprofundamento contribuiu, igualmente, para que os outros planos de cuidados que foram sendo realizados, comportassem na sua concretização, numa maior análise e reflexão.

No presente, e tendo em conta que a patologia de base ou problemática não são as que motivaram o projeto, exigiu uma pesquisa bibliográfica específica da doença de Parkinson, assim como de programas de reabilitação dirigidos a estes doentes. Foi entendido como uma mais valia, cuja aplicação fará sentido em qualquer contexto, tendo em conta a frequência da doença e a sua interferência no autocuidado dos doentes.

Relativamente ao caso concreto, foi necessário a colheita de informação no processo clínico da doente. À semelhança de outras situações detetadas na comunidade, no decorrer deste ensino clínico, algumas altas hospitalares apresentam lacunas de informação o que exige maior esforço do EEER na colheita de dados que poderia vir referenciada e assim agilizar a implementação do programa de reabilitação na comunidade. Ainda assim, este foi iniciado, implementado, monitorizado e foi tendo

sucessos na sua concretização, com cumprimento dos objetivos específicos definidos, em maior ou menor escala. O programa dirigido a esta doente não cessou e terá continuidade até ao alcance de maior independência e autonomia.

O EEER na comunidade ocupa um lugar privilegiado na equipa multidisciplinar, que lhe permite um tempo individualizado com cada doente, de acompanhamento, favorecendo e contribuindo para a melhoria da funcionalidade, promoção da independência, máxima satisfação da pessoa e preservação da sua autoestima, garantindo o envolvimento familiar em todo o processo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

APDP – Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, acedido novembro 27,2016, em <https://www.parkinson.pt>

Brás, J.M. (2016), Doenças do Movimento (apontamentos de aula de Enfermagem de reabilitação II). ESEL. Lisboa

Campos, I., Pinheiro, J.P., Branco, J. & Figueiredo, P. (2009). Evidências na reabilitação do doente parkinsoniano. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, vol.18 nº2 ano 17, 29-32.

Hoeman, S.P. (2011) Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados 4ª edição, Lusodidacta.

Apêndice III – Jornais de Aprendizagem



7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

1ª Reflexão (ciclo reflexivo de Gibbs)

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira (nº 6781)

Lisboa

Outubro 2016

INTRODUÇÃO

A construção do Jornal de Aprendizagem que ora se dá início, comporta em si diferentes reflexões realizadas no decorrer do ensino clínico. Esta ferramenta visa facilitar a materialização da aprendizagem e sobretudo favorecer o desenvolvimento pessoal e profissional, recorrendo à reflexão e análise crítica sobre a ação que, por seu turno, contribuem para a atribuição de significado às experiências vividas.

Implica a reflexão estruturada de uma ou diversas situações vivenciadas no decurso profissional académico, ao qual se associa a fundamentação teórica que lhe atribui sentido.

Opta-se pela descrição de uma vivência como se de uma narrativa se tratasse. Desta forma, aprofundo uma história vivida constituída por uma série de eventos, organizados de forma cronológica, aos quais pretendo dar significado e construir conhecimento. Entendo esta construção de conhecimento, como objetivo central da presente reflexão. Conhecimento de mim mesma, enquanto ser humano em constante evolução a par de enfermeira em contínuo desenvolvimento.

A metodologia a utilizar versa sobre a interpretação do ciclo reflexivo de Gibbs como estratégia positiva para este caminho, com contributo bibliográfico de referência.

SITUAÇÃO VIVENCIADA

Descrição

Num dia de julho do presente ano, cuidei de um doente que me parecia conhecido, no entanto, fruto da cronicidade de algumas patologias cardíacas, são frequentes os reinternamentos, pelo que, alguns doentes se tornam conhecidos. No entanto, no final do turno, identifiquei uma das visitas do Sr. V. e rapidamente identifiquei de onde o conhecia. Afinal, o Sr. V. é-me conhecido de outro ambiente que não o hospitalar. É, inclusive, conhecido e amigo de família.

Nos dias seguintes, não prestei cuidados ao Sr. V., mas fui sempre acompanhando a sua situação e mantendo a comunicação com o próprio e família. A relação evoluiu progressivamente, e rapidamente o próprio e família viram em mim alguém de suporte e referência. A confiança foi crescendo, ao ponto de a esposa verbalizar situações de saúde / doença, próprias e da filha.

Prévio à alta hospitalar, organizei o encaminhamento do Sr. V. para a ECCI da área de residência, na comunidade em [REDACTED]. Encaminhei-o de modo a poder receber cuidados especializados de reabilitação que o ajudassem na obtenção de maior independência funcional, aquisição de maior autoconfiança e apoio familiar. Aquando do encaminhamento, sabia que o estava a direccionar para os cuidados da Sra. Enf^a [REDACTED], que eu havia conhecido em maio, na sequência de uma reunião científica que, em serviço, organizei.

Mesmo com o apoio, após a alta hospitalar, os telefonemas foram frequentes no sentido de acompanhamento da situação clínica, tornando-me elo de ligação com outros profissionais de saúde, nomeadamente médica assistente, fisioterapeuta e assistente social, favorecendo esta construção relacional.

Mais tarde foram definidos os campos de estágio e fico na ECCI [REDACTED] [REDACTED]. Numa primeira reunião, no primeiro dia de estágio, a Enf^a [REDACTED] refere ter alguns doentes que são interessantes para a minha aprendizagem, entre os quais o Sr.

V. Expliquei-lhe sucintamente a relação existente e ficamos de ponderar se seria viável a prestação de cuidados especializados de enfermagem da minha parte, ao Sr. V. tendo em conta toda a envolvência.

Posteriormente, com o início formal do ensino clínico, visitei o Sr. V. conjuntamente com a Enfª [REDACTED] e numa segunda vez, realizei os exercícios de reabilitação. Foi perceptível, para ambas, que a relação estabelecida torna difícil o distanciamento necessário à prestação de cuidados especializados.

Pensamentos / Sentimentos

Ao longo de todo o percurso, fui refletindo sobre o que se foi passando. Numa fase inicial, a aproximação, fruto do conhecimento fora do âmbito hospitalar, fez sentido, uma vez que eu posso, no serviço, não prestar cuidados diretos ao Sr.V. e felizmente, aquando da realização de ensino clínico, este padrão podia manter-se.

Refleti sobre esta dinâmica que vim desenvolvendo, quer com o Sr.V. quer com a família, e é algo que me deixa satisfeita, no sentido de ser uma referência para eles. Não me causa constrangimento significativo, uma vez que, em ambos os serviços de cuidados de saúde, é possível a não prestação de cuidados diretos, ou a adequação dos mesmos em conjunto com outros.

Obviamente, refleti sobre o significado deste percurso que vem sendo efetuado, e de todo, ele poderia ser replicado noutras situações. Mas não o é! Não o é, porque cada situação é única e porque aqueles que diariamente se cruzam comigo, em contexto hospitalar, são utentes que conheço ali mesmo, quase exclusivamente, o que tem garantido o desenvolvimento de relações profissionais.

Avaliação

Se por um lado, o desenvolvimento desta relação, pode ser tida como próxima para o comum das relações profissionais, o que é certo é que tem muitos dos aspetos

positivos que são preconizados num acompanhamento eficaz de cada utente e respetivas famílias. A visão holística do utente e o enfermeiro como gestor de caso, como o garante de um acompanhamento de saúde abarcando as mais diversas valências. Quero com isto referir que, em muitos momentos – e reportando desde o início do desenvolvimento desta relação – tornei-me o elo de ligação e o elemento de referência. Assim sendo, reconheço o quão facilitada tornei a acessibilidade do Sr.V. aos cuidados de saúde e a maior serenidade perante os mesmos. Exemplos concretos desta articulação, foram os momentos em que proporcionei reunião conjunta entre médica cardiologista assistente, pneumologista, fisioterapeuta, família, na pessoa da esposa, e o próprio utente, no sentido de, conjuntamente, falarmos sobre questões concretas de tratamentos e organização de cuidados, como os dias de ida às consultas, ou os cuidados necessários no imediato.

Análise

A análise realizada, remete para diferentes possibilidades. O cuidado centrado na pessoa, que valoriza a individualização da intervenção de enfermagem e que esta individualização qualifica a enfermagem, pois segundo Hesbeen (2001) o profissional que age sem atenção à singularidade pessoal do doente, não cuida, mas presta cuidados. Desta forma, devo refletir por que razão não se processa desta forma com todos os outros utentes. E será que não se processa mesmo? Será falta de empenho, dedicação, tempo, circunstâncias ambientais, outras?

A análise, do ponto de vista da incompatibilidade profissional, não no sentido do preconizado no código deontológico do Enfermeiro, mas antes, do ponto de vista individual, no sentido em que a envolvimento existente implica um maior trabalho interior da minha parte, e uma boa capacidade de gestão do processo. De acordo com o Código deontológico, as incompatibilidades remetem para o exercício de outras profissões em simultâneo com a de enfermeiro, ou com solicitações dos utentes em não

serem cuidados por determinados enfermeiros. Ora, não se enquadra nestas vertentes, mas antes numa envolvimento em demasia, que não estando configurada na lei, é ou foi imposta pelos valores com que me rejeio e sobretudo pelo meu autoconhecimento, que me impele a alguma proteção individual.

Sei que não me excluí aos deveres deontológicos em geral nem atento contra nenhum dos princípios fundamentais. Assim, creio que as atitudes tomadas e as intervenções realizadas, estão enquadradas na boa prática e na fundamentação do meu desenvolvimento profissional, particularmente nesta etapa, enquanto futura enfermeira especialista.

Conclusão

Entendo que este tema contribui para o aprofundamento de competências, nomeadamente na componente de responsabilidade profissional, ética e legal, assim como melhoria da qualidade e gestão de cuidado, e também no que concerne ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, concretamente a participação para a reinserção e exercício da cidadania, a par da maximização da funcionalidade.

A boa prática pressupõe a adoção de cuidados centrados na pessoa, ou seja, cuidados individualizados. Usar o modelo de cuidados centrados na pessoa, tem revelado aumentar a satisfação do cliente, nutrir confiança nos profissionais e melhorar a adequação da comunicação, bem como no contributo para resultados de segurança positivos, incluindo menos eventos adversos e inferiores taxas de complicações (Judith L. et al, 2015) Entendo ter tido em conta os pilares essenciais deste modelo, especificamente, respeito e dignidade, partilha de informação, participação, e colaboração, segundo define o Institute for Patient and Centred Care (2010)

Este modelo comporta a visão holística, que segundo Mariano (2007) deve caracterizar o enfermeiro especialista, fazendo alusão à forma de este estar no mundo, ao facto de dever ser modelo para outros, com consciência própria, construção de si mesmo, fundamentação de valores, quer na vida profissional, quer na vida pessoal.

Entendo que a realização deste trabalho, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal a par do desenvolvimento profissional, vem ao encontro do que são as competências do enfermeiro especialista. Favorece um agir profissional ético e teoricamente sustentado, com base numa reflexão estruturada que, em rigor, melhora a prática.

É uma reflexão influenciada pela emocionalidade inerente ao processo mas que não exclui a componente teórica, com o intuito de tornar evidente o perfil crítico, construtivo e reflexivo do mesmo. Procuro que se revele profícuo na ajuda à construção de um caminho que venho firmando.

Não o entendo como um ciclo fechado, antes um processo de desenvolvimento contínuo, com novas etapas a superar e eventos a refletir referentes a situações profissionais que vão sucedendo.

BIBLIOGRAFIA

Henderson, V. (1960/2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Institute for Patient and Centered Care (2010). *What are the core concepts of patient and family centered care?* Disponível em <http://www.ipfcc.org/faq.html>

Judith L. & Robin B. (2015) Patient-centered care and patient safety: A model for nurse educators. *Teaching and Learning in Nursing*, 10, 39-43.

Mariano. C (2007). *Holistic Nursing: Scope and standards of practice* - Jones and Bartlett Publishers. pp. 53- 71.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658 – 8659



7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

2ª Reflexão (ciclo reflexivo de Gibbs)

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira (nº 6781)

Lisboa

Novembro 2016

INTRODUÇÃO

Têm sido algumas, as situações passíveis de serem refletidas da forma estruturada a que a reflexão com recurso ao ciclo de Gibbs exige, no entanto o tema a apresentar é o do cuidador informal e por conseguinte, dos cuidados domiciliários. Inicialmente parecia um tema de menor interesse na abordagem, uma vez que, procurando o desenvolvimento das competências específicas do EEER, parecia ser crucial a abordagem às técnicas de reabilitação implementadas ou aos planos de cuidados elaborados. Estes tópicos continuam a ser de extrema importância. No entanto, refiro-me ao cuidador informal, à sua importância e influência na saúde do utente e impacto na prestação de cuidados.

O cuidador informal tem um impacto muito significativo naquilo que pode ser o desenvolvimento das potencialidades do utente, e a abordagem ao mesmo é essencial para a melhor prestação de cuidados possível. Desta forma, urge, para mim, a reflexão desta vertente, com o intuito de uma melhor resposta ao utente.

A reflexão que seguidamente discorre, poderia assentar sobre diferentes situações vivenciadas, e quiçá cada uma delas estará aqui evidenciada. No entanto, tende a recair sobre uma em particular, uma vez que foi a mais marcante e que exigiu maior esforço no sentido de adequação de cuidados e adaptação à situação.

SITUAÇÃO VIVENCIADA

A situação corresponde a uma dinâmica familiar com forte impacto nos cuidados e na adesão da utente às intervenções de enfermagem.

No dia programado para a realização de cuidados especializados de reabilitação, entramos no domicílio, após a cuidadora – irmã da utente – abrir a porta. De forma geral, esta cuidadora tem acompanhado o período de cuidados, permanecendo no quarto enquanto decorrem os mesmos. Inclusive, ocasionalmente, é solicitada a sua colaboração, o que faz com bastante solicitude. No entanto, neste dia, imediatamente após abrir a porta, questionou se me importava que ela não acompanhasse e que estaria na sala se fosse necessária alguma coisa. Uma vez que já reconheci outros momentos de tensão entre ambas, identifiquei rapidamente que era outra situação de incompatibilidade. De forma geral, estas situações de tensão entre ambas, manifestam-se com verbalização constante do problema em causa e da procura de apoio da enfermeira, por ambas as partes. Neste dia foi diferente. Quando me aproximei da utente, a d.M., também ela manifestou tristeza. Inicialmente, referiu cansaço, desconforto. Quis ouvir música mas não conseguia encontrar alguma que lhe agradasse, até que se encostou ao meu ombro a chorar e a pedir desculpa por se encontrar “uma lástima” (sic).

Ouvi-a enquanto necessitou de verbalizar que tinha discutido com a irmã, e em conjunto definimos os exercícios que se encontrava capaz de realizar, mais pela parte emocional do que pela questão física. Os cuidados programados tiveram de ser readaptados em função da situação do momento.

No fim da sessão, dirigi-me à irmã, a quem prestei algum apoio, pois referia cansaço e muito desânimo por considerar que a d.M. não se esforça adequadamente. Apenas a ouvi. Decidi que não seria o momento adequado para procurar o que a cuidadora conhece da patologia clínica e dos sintomas associados, nem tão pouco para explorar a sua situação de vida, e aquilo que tem passado enquanto cuidadora. Combinamos,

inclusive, a possibilidade de num próximo dia, a cuidadora ausentar-se durante o período da sessão, para conseguir abstrair-se do que vive diariamente. Procuramos em conjunto, que outros momentos seriam necessários para atenuar a tensão existente, (que tem reflexo evidente no bem estar da utente assim como da sua capacitação para a reabilitação) e contribuir para que enquanto cuidadora, se sinta novamente mais motivada para os cuidados.

Se por um lado a situação me deixou inquieta, como que a sentir necessidade de dar resposta ao que ali estava a viver, por outro percebi que esta dinâmica não deveria ser “mexida” sem o devido conhecimento da mesma. Este conhecimento, envolvimento e possibilidade de intervenção, é possível na medida que a família assim o permita. Mas também esta permissão, vai sendo conquistada com a confiança que se vai estabelecendo, e que, com o passar dos dias vem sendo construída.

Obviamente, muitos pensamentos me passaram pela cabeça. Se haveria um dos lados com a razão, ou o que estaria na base de toda esta tensão, qual o foco que despoletou a discussão nesse dia, enfim, foi um discorrer de opções sem, no entanto, me prender a algum em particular sob pena de errar no julgamento.

Entendo que as relações humanas são sempre surpreendentes e únicas. Esta é, igualmente, única, conturbada, de dependência – aparentemente, de ambas as partes – e com espaço para intervenção, solicitado por ambas. Desta forma, é perceptível o grau de importância do envolvimento familiar, do cuidado ao cuidador, do ambiente em que se insere, da atenção partilhada para assim conseguir enveredar pelo que é o cuidado centrado no utente. Há um vasto espaço de atuação, desde a mediação, encaminhamento, aconselhamento, ensino, apoio. E o desenvolvimento de competências nestes domínios revela, também, o crescimento profissional que diariamente sucede.

De acordo com Jesus (2010), os cuidados de enfermagem no domicílio são uma forma de prestação de cuidados de qualidade, prestados no contexto familiar e social do doente, com vista a encorajar o autocuidado e tornar a pessoa o mais independente possível. Procura ainda, a intervenção no ambiente e a mobilização de recursos da comunidade. São cuidados que exigem preparação particular dos enfermeiros, uma vez que estes se encontram “sozinhos” num espaço que não é neutro, que é o do outro, daquele que é cuidado. Exige ao profissional, competências clínicas específicas, de liderança e criatividade.

De forma conclusiva, ressalvo que para a prestação de cuidados de qualidade, para além das competências técnico-científicas essenciais, é crucial o conhecimento do sistema familiar como um todo e o impacto da doença nesta família. A família que se procura ver como parceira nos cuidados, dado que é quem está diariamente com o utente e é quem permite que este permaneça no domicílio, visando a melhor qualidade de vida possível e a manutenção dos cuidados, e que “toma especial relevância em matéria de reabilitação e prevenção” (Duarte, 2010, 191)

Apesar de aparentemente afastado do âmbito da reabilitação, entendo o enquadramento do tema naquilo que é a “preservação da autoestima” da pessoa e no apoio à “reintegração das pessoas na família” (Regulamento das Competências, 2010), baseado ainda, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (2011), especificamente na reeducação funcional, no seu elemento de “avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado”.

Desta forma, entendo a reflexão do tema e das situações vividas, a par com as ferramentas daí obtidas, como o desenvolvimento de boas práticas e a procura contínua da excelência nos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Duarte, S. (2010). Continuidade em Cuidados Domiciliários: o Papel do Enfermeiro. Universidade de Lisboa.

Jesus, M. (2010). Fortalecendo o adulto com dependência progressiva no domicílio: explicação teórica dos cuidados de enfermagem. Universidade de Lisboa.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação (2011) Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658 – 8659.



7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

3ª Reflexão (ciclo reflexivo de Gibbs)

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Elsa Marina Vicente Marques da Silva Pereira (nº 6781)

Lisboa

Janeiro / Fevereiro 2017

INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar em que o ensino clínico prossegue, a diferença relativamente aos cuidados domiciliários, é muito relevante, quer do ponto de vista das patologias encontradas, como das necessidades identificadas e sentidas pelos utentes e famílias, entre tantas outras vertentes.

Ora, esta transição foi facilitada pelo facto de o meu exercício profissional decorrer em contexto hospitalar, num serviço semelhante a este. Desta forma, muitos dos aspetos encontrados não foram tidos como novidade. Tinha conhecimento, inclusive, das várias técnicas aí realizadas, suportadas pela existência de um centro cirúrgico no piso superior. O que foi sim, sentido como novidade, foram os vários projetos, programas e procedimentos¹, aí postos em prática, com intervenção de enfermagem, em particular pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (não estando circunscritas a estes).

O presente documento versa, essencialmente, sobre essa diversidade de projetos, uma vez que os mesmos buscam, na sua essência, responder às necessidades dos utentes, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Numa fase inicial ponderei diferentes temas de reflexão, devido a algumas situações identificadas e que pareciam significativas para a abordagem que o Ciclo Reflexivo de Gibbs favorece. No entanto, avaliando cada um dos temas, fui percebendo o seu significado, e, não os desvalorizando, fui percebendo o reduzido contributo para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico que almejo. Os temas estavam, sobretudo, ligados à questão organizacional das instituições e conseqüente intervenção do EEER. Não que seja de desvalorizar tal temática, uma vez que, eu própria terei de enfrentar as questões organizacionais aquando do início da atividade enquanto EEER. No entanto, tal reflexão não cabia nesta fase, tão pouco traria contributo relevante quando o foco é o utente, em particular o seu autocuidado e o seu regresso a casa.

1. Compreendendo o diferente significado de cada termo, adiante, designarei por projetos, os diferentes projetos, programas e procedimentos a que fizer alusão, simplificando a designação, dado que o presente documento não versa sobre a semântica atribuída, mas antes sobre a intervenção realizada.

Finalmente, discorri que, frequentemente, tenho ficado positivamente surpreendida pelo impacto dos diferentes projetos realizados, na qualidade de vida dos utentes, na promoção do autocuidado, na melhoria da literacia em saúde, na resposta às suas necessidades, sinteticamente, no utente. E que, os vários projetos, foram pensados, construídos, são implementados ou têm a intervenção do EEER.

Desta forma, não podia deixar passar a oportunidade de perceber, de forma estruturada e aprofundada, o contributo desses projetos quer para o utente, quer para mim, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.



SITUAÇÃO VIVENCIADA

Descrição

Sendo expectável a apresentação de uma situação, a presente reflexão recai, antes, sobre diferentes momentos que por sua vez permitiram a valorização dos referidos projetos identificados.

Numa fase inicial de estágio, identifiquei que o enfermeiro [REDACTED] acumula as funções de enfermeiro responsável na UCI. Usualmente, e de forma simplificada, os turnos têm sido iniciados com a passagem de turno, seguida de identificação dos elementos presentes e sua distribuição de responsabilização pelos utentes internados. No decorrer desta, vão sendo identificados, pelo enfermeiro [REDACTED], os utentes a enquadrar nos diferentes projetos. São realizadas colheitas de dados dos utentes e registados dados em alguns documentos que são acrescentados aos processos individuais dos utentes. Posteriormente, efetuada a comunicação com outros profissionais, referentes às colheitas de dados efetuadas e utentes identificados.

Logo nos primeiros turnos, o enfermeiro [REDACTED] revelou-me em que consistem os projetos, a subsequente colheita de dados e identificação de utentes ou até a necessidade de comunicação com os demais profissionais, e documentação de apoio.

Estes projetos são, sucintamente, o programa de reabilitação cardíaca – fases 1 e 2; as consultas de reabilitação e de *follow up* telefónico; o programa de acompanhamento do doente sob hipocoagulação, designado pela terminologia do seu sistema informático *Airmed*; o projeto integrado de alta hospitalar - PIAH; e ainda o *Contract for life*.

Não pretendendo ser exaustiva com a descrição de cada projeto, entendo importante a sua sucinta apresentação, de modo a ser perceptível o significado que eu lhes atribuo.

A reabilitação cardíaca é um programa multidisciplinar com objetivos definidos:

- Maximizar a funcionalidade do utente;
- Desenvolver o seu autocuidado;

- Melhorar o desempenho motor e cardiorrespiratório;
- Promover o conhecimento de fatores de risco e importância da sua modificação;
- Promover a adesão ao regime medicamentoso;
- Ensinar sobre benefícios e técnicas corretas de exercício físico;
- Promover a realização de exercício físico.

Apresenta um percurso estruturado, iniciado na UCI, seguido na enfermaria e extensível ao ambulatório, sendo considerado a fase 2 do mesmo. Tem documentação de apoio, nomeadamente Avaliação Inicial, Protocolo de Atuação, e a avaliação de Consulta de Reabilitação, assim como documentação informativa para entrega ao utente e família, complementado ainda com sessões de educação individuais e em grupo. O EEER encontra-se em todo o percurso, desde a fase inicial de integração do utente no programa, até à consulta de reabilitação, passando pela educação para a saúde, e ainda, como pioneiro da estruturação do programa, análise e avaliação do mesmo.

As consultas enfermagem de reabilitação, inserem-se no programa supramencionado e visam o acompanhamento do utente no seu processo de conhecimento da doença, responsabilização e autocuidado, promovendo a melhoria da qualidade de vida.

As consultas de *follow up* telefónico funcionam no Gabinete de seguimento de doentes, e têm como objetivo gerir o processo de alta de forma a garantir os cuidados necessários no pós alta. Envolvem a articulação com outras instituições de saúde de modo a monitorizar e encaminhar os doentes de acordo com as necessidades identificadas. São reforçados os comportamentos adequados para controlo da doença e promoção da saúde, promovendo a melhor utilização dos serviços. Avalia-se o impacto das ações terapêuticas instituídas, a 30 dias, 1 ano, 3 anos, e atualmente já 5 anos, pós alta.

O Airmed, apresenta-se como um sistema informatizado, em parceria com a Vodafone, dentro de um programa que visa dar resposta à necessidade de gestão do regime

medicamentoso do utente cardíaco hipocoagulado. Tem como objetivo primordial controlar o valor de INR dentro dos valores individuais recomendados. Consiste no acompanhamento do utente, em regime de ambulatório, através da comunicação via mensagem de telemóvel e/ou contacto telefónico, garantindo a toma da medicação de acordo com o esquema de prescrição de dosagem do fármaco definido pelo enfermeiro. Os utentes enquadram-se dentro de determinados critérios de elegibilidade e a componente de responsabilização pela sua saúde é enfatizada e valorizada, indo ao encontro da promoção do autocuidado.

O PIAH – projeto integrado de alta hospitalar, surgiu para dar resposta a necessidades que têm sido identificadas em serviço, fruto de reflexão dos enfermeiros especialistas, em particular de reabilitação, conjuntamente com outros técnicos. Visa assegurar a continuidade de cuidados específicos dos utentes, envolver o hospital e as unidades de saúde da área de residência do ACES central, melhorar a articulação entre instituições, e potenciar o envolvimento dos cuidadores / familiares. Apresenta critérios bem definidos para a integração dos utentes e consiste numa avaliação multidisciplinar que permite a identificação de necessidades do utente. Visa a célere resposta às mesmas assim como a identificação da necessidade de intervenção pela área comunitária. A parceria com os centros de saúde favorece que, estes, detetem sinais de alerta precoce às 48h pós alta.

Contract for Life, consiste numa extensão da iniciativa amplamente conhecida da Sociedade Europeia de Cardiologia – *Stent for Life* – apadrinhada a nível nacional pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, pioneira na área da SCA e sobretudo no acesso dos doentes à angioplastia primária. O *Contract for Life*, consiste na integração de utentes com SCA na iniciativa, numa perspetiva educacional realizada por enfermeiros, complementada com vídeo e folhetos informativos. Preconiza o compromisso da parte do utente em atingir os níveis recomendados em alguns dos fatores de risco modificáveis. Visa o aumento do conhecimento do utente sobre a sua doença, modos de tratamento, identificação de fatores de risco e modificação positiva dos mesmos, e em última instância, o atraso na progressão da doença aterosclerótica através dessa envolvimento e responsabilização.

Pensamentos / Sentimentos

Numa fase inicial assustei-me com o próprio ensino clínico, quando percebi a acumulação de funções do enfermeiro [REDACTED] e o risco que parecia ser de não ter disponibilidade temporal para o exercício da vertente de reabilitação. Ponderei, inclusive, se o estágio viria a contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, dado que estava focada na realização de intervenções práticas do EEER, e que as expectativas para este ensino clínico eram elevadas.

Devo referir, antecipando o desenvolvimento da reflexão, que me sinto menos bem só pela ponderação que fiz inicialmente, como se me tivesse esquecido do que significa ser enfermeiro especialista.

No entanto, rapidamente fui identificando tantas intervenções, projetos e ideias, por parte do enfermeiro [REDACTED], que me apraz dizer que, atualmente, é com orgulho que olho para a prestação de cuidados que tenho vindo a aprender.

Por parte da chefia do serviço, assim como dos pares, é notório o reconhecimento e valorização das intervenções e projetos implementados, assim como o incentivo à concretização de outros.

Faço menção a este apoio da chefia, uma vez que o entendo como crucial no caminho que vem sendo construído. Por exemplo, na fase 2 do programa de reabilitação, em que a componente do exercício físico não contempla ainda o EEER, há uma proposta que carece de estrutura física e equipamentos. Atualmente, parece haver resposta a estas carências e, o enfermeiro [REDACTED], suportado pela chefia, avança para a abordagem à coordenação hospitalar, aparentemente recetiva à concretização do objetivo. Ora, estes passos em frente são fruto de convicção, paciência e construção de um caminho, reconhecido pela equipa de EEER do serviço, nos vários projetos em que se envolvem.

Percecionar estes avanços nos projetos, faz-me acreditar que é possível a concretização dos mesmos. Mais e sobretudo, o contacto com os utentes integrados nos vários projetos tem sido prova de que os mesmos fazem sentido. Inclusive, um utente da consulta de enfermagem de reabilitação (aquando da ausência temporária do

enfermeiro [REDACTED]) referiu que “sem este apoio que tive desde o início do meu enfarte não teria tido segurança para mudar e manter-me assim”.

Avaliação

Entendo que a avaliação poderia ser feita focando cada projeto, tecendo-lhes críticas construtivas, caso as mesmas pudessem ser fruto de consideração e reflexão conjunta, com aqueles que são os seus intervenientes. É certo que o faço, pontualmente, com o enfermeiro [REDACTED]. No entanto, não creio que essa seja a avaliação que se enquadra na presente reflexão.

A avaliação a ser feita consiste no reconhecimento dos diversos projetos, como reflexo de uma enfermagem virada para o futuro, crente no relevante impacto das suas intervenções e centrada no utente, suas famílias e necessidades dos mesmos, indo ao encontro da individualidade que caracteriza cada pessoa e cada relação terapêutica. De uma enfermagem que desenvolve, na prática, competências no seu domínio específico, o cuidar, e por isso, reflexiva de uma enfermagem avançada.

Cabe ainda, o reconhecimento de que, acompanhar estes projetos, podendo integrar as intervenções atuando enquanto EEER, promovem o meu desenvolvimento profissional, vão ao encontro de expectativas e contribuem para a concretização de objetivos de estágio.

Análise

Qualquer dos projetos reflete:

O cuidado centrado no utente, na medida em que consideram a experiência do doente definindo as dimensões de cuidado que mais lhe interessam. Henderson valorizava a individualização de enfermagem, apontando que “muitas das atividades envolvidas são simples até que a sua adaptação às exigências particulares do doente se tornam complexas” (Henderson, 2007).

A promoção da autonomia, remetendo para a ajuda na tomada de decisão que vai ao encontro de preferências pessoais e regras individuais. As intervenções que promovem a autonomia, comportam, entre outras, o *empowerment* na medida em que visa desenvolver a capacidade do doente de controlar a sua vida. Favorece-o na identificação de fatores que influenciam a sua saúde / doença, assim como de recursos necessários ao desenvolvimento de capacidades e de manutenção da sua saúde (Gibson, 1991).

O desenvolvimento e/ou manutenção da sua capacidade funcional, quando observada na vertente de a pessoa ser capaz de realizar os cuidados pessoais e de se adaptar ao meio, assim como pela qualidade de participação em ocupações da sua vida (Santos, 2012)

Ainda, o favorecimento do autocuidado, por sua vez ligado ao aumento de sentimento de bem-estar na realização de atividades e da autonomia na ação (Zeleznik, 2007). E, em larga medida, com contributo para que o regresso a casa seja realizado da melhor forma possível, com confiança e em segurança.

Conclusão

Não querendo ser exaustiva na manifestação de regozijo pelas experiências que venho adquirindo, devo destacar o desenvolvimento de competências enquanto (futura) EEER. Quer ao nível dos diferentes “contextos da prática de cuidados”, quer na “capacitação da pessoa (..) com limitação da atividade ou restrição da participação”, mas sobretudo, no domínio da “maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas”. (Regulamento das Competências, 2011).

Vejo o EEER, no seu exercício profissional, a procurar inovar, conceber novas formas de conhecimento, diferentes modos de abordagem, complementando com instrumentos de avaliação. Vejo-o desenvolver estratégias capazes de ajudar na construção de projetos do doente e famílias, para a manutenção, melhoria ou recuperação da saúde. Vejo-o, ainda, criticar e avaliar a sua prática para uma progressão permanente. E, na medida do permitido, tentei absorver este nível de atuação, integrar todas as dinâmicas e intervir enquanto (futura) EEER.

Referências Bibliográficas

Henderson, V. (1960/2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Gibson, H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 34-41;

Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658 – 8659.

Santos, S.S.C., Lopes, M.J., Vidal, D.A.C. & Gautério, D.P. (2013). Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no autocuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira Enfermagem*, 66 (5), 789-793.

Zeleznik, D. (2007). Self-Care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. *Faculty of Medicine – Department of Nursing Science and Health Administration. University of Oulu*. (Dissertação de Doutoramento). Disponível em <http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

Transferência / Mobilidade / Locomoção:

Estimule a Sra.MS à realização de exercícios de mobilização articular, duas vezes por dia.

Apoie os desejos de realizar as atividades de forma independente, garantindo a segurança e a prevenção de quedas.

Antes de iniciar o levantar e a marcha, estimule ao relaxamento com a técnica de respiração, seguida de exercício de aquecimento e garantia de ausência de tonturas. Na marcha, com recurso ao andarilho, permaneça ao lado da Sra.MS e, ocasionalmente, coloque a sua mão na cintura de modo a que transmita a sensação de segurança.

No percurso entre o quarto e a sala / casa de banho, coloque uma cadeira, de modo a que a Sra.MS possa sentar-se, em caso de intolerância ao esforço.

Terapêutica medicamentosa:

Considere a hipótese de ser a Sra.MS a preparar a medicação semanal, na caixa com os separadores. Sempre com a sua orientação e supervisão.

ser cuidadora (independentemente de ser por escolha ou por inerência de familiaridade), é uma tarefa nobre, complexa e repleta de sentimentos contraditórios.

- Explique as suas necessidades e organize tempo para fazer as coisas que são importantes para o seu bem estar;
- Procure falar sobre os seus sentimentos com alguém da sua confiança;
- Tente manter os seus interesses e *hobbies*;
- Tente manter a vida de relação com amigos e família;
 - Não se isole;
- Procure realizar técnicas de relaxamento, que contribuam para a diminuição da ansiedade e de sentimentos negativos.

Em caso de necessidade ou dúvidas, não hesite em contactar a enfermeira especialista de reabilitação, da ECCI

SER CUIDADOR de Pessoa com Doença de Parkinson (DP)

Cuidar da sua irmã Sra.MS

Esta brochura é dirigida a si, _____, cujas vivências enquanto cuidadora são semelhantes a tantas outras, mas únicas, porque suas!

CONHECER A DP

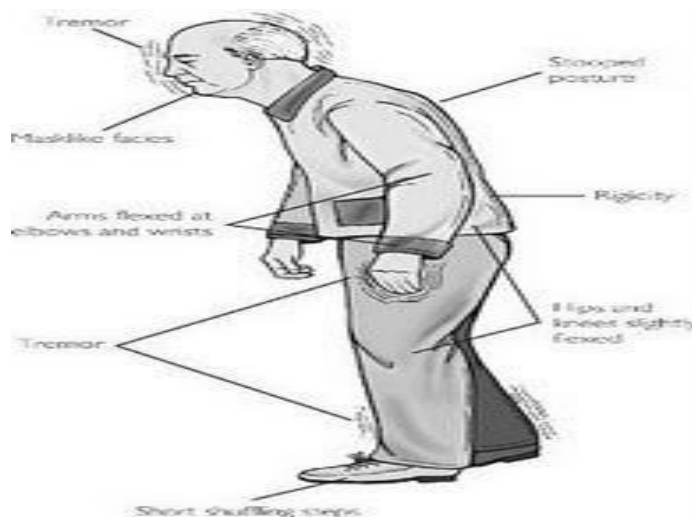
É uma doença neurodegenerativa, sem causa conhecida e que afeta 6 milhões de pessoas em todo o mundo, e cerca de 20 mil pessoas em Portugal.

O tratamento é, essencialmente, dirigido aos sintomas da doença, nomeadamente através de fármacos de programas de reabilitação, onde é crucial o envolvimento da família.

É uma doença que afeta, sobretudo, o movimento e que tende a agravar. As manifestações clínicas são variáveis, e distinguem-se em motoras e não-motoras, com prevalência das motoras, no entanto há uma tríade clássica de sintomas, que são a **rigidez, tremor e bradicinesia**, tendo-se acrescentado ainda a **diminuição da correção do reflexo postural**.

Sintomas da DP:

- Tremores;
- Rigidez;
- Bradicinesia (lentidão);
- Marcha Parkinsónica (figura exemplificativa da alteração da postura corporal, arrastar dos passos e passos curtos);
- Depressão, tristeza, apatia;
- Ansiedade;
- Baixa autoestima;
- Perturbações do sono;
- Problemas de concentração;



COMO AJUDAR A PESSOA COM DP?

ATRAVÉS DA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO, CONTRIBUINDO PARA A SUA INDEPENDÊNCIA.

Por vezes estes doentes precisam reaprender as várias atividades do dia a dia.

Sempre que possível, evite substituir a Sra.MS nas atividades.

Vestir / despir:

Deixe a roupa ao alcance da Sra.MS e permita que vista e dispa, tanto a parte superior como a inferior.

Higiene pessoal:

Os bens para cuidados ao cabelo e/ ou dentes podem ser fornecidos, permitindo-lhe esses cuidados. No banho, deixe que a Sra.MS se higienize.

Uso do sanitário: Pode tentar conhecer o padrão de eliminação, ajudando na deslocação ao sanitário, antes de se tornar numa necessidade urgente. Aí, pode favorecer a privacidade e permitir que a Sra.MS se autocuide.

Apêndice V – Ficha de avaliação do doente com compilação de escalas

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ D.N. _____

Morada: _____

Família / Cuidador: (com quem vive, cuidador principal, pessoas de referência, ...)

Rede Social de Apoio (oficiais e outros):

Com quem vive: _____

Cuidador: _____

Habitação: _____

Ajudas técnicas: _____

Situação na REDE e nos cuidados de saúde (médico de família, ...):

_____**Sinais Vitais**

TA (mmHg)	FC (ppm)	Temp. (°C)	Resp. (cpm)	Dor (0-10)

História de Saúde

Motivo de encaminhamento para reabilitação:

Diagnóstico clínico: _____

A.P.:

Alergias: _____

Medicação atual:

Avaliação

Estado de consciência:

Vígil Sonolento Confuso Obnubilado Estupor Coma

Estado de orientação:

Autopsíquica Alopsíquica (T e E)

Atenção: Vigilância Tenacidade Concentração

Memória: Sensorial Imediata Recente Remota

Linguagem: Discurso espontâneo Compreensão Nomeação repetição Leitura Linguagem elaborada
Escrita (testes formais da linguagem*)

Capacidades práxicas: Força Sensibilidade Coordenação

Pares cranianos:

Nervo	Função	Avaliação	Resultado da Avaliação
Olfativo	Olfato		
Óptico	Visão		
Motor ocular comum	Miose, elevação pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho		
Patético	Rotação do olho		
Trigêmeo	Ramo motor – movimentos de mastigação. Ramo sensorial – percepções sensoriais da face e dentes		
Motor ocular externo	Abdução do olho		
Facial	Ramo motor – mimica facial. Ramo sensorial – gustativa do 1/3 anterior da língua		
Auditivo /Estado acústico	Orientação e movimento. Audição		
Glossofaríngeo	Gustativa 1/3 posterior da língua, percepções sensoriais faringe, laringe e palato.		
Vago / pneumogástrico	percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras.		
Espinhal	Rotação e inclinação da cabeça (esternocleidomastóideo)		
Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua		

Avaliação por AVD

Comer e beber: _____

Eliminar:

Comunicar: _____

Respirar (padrão respiratório):

Tipo de resp. (T / TA / A / M)	Amplitude (S / M / Ritm)	Tiragem (P / A)	Tosse (E / Inef. – Prod / Irr)	Secreções Brônquicas (P / A) expele. Quant. E caract.

Auscultação

Pulmonar:

	Murmúrio vesicular	Roncos	Sibilos	Fervores	Aumento tempo expiratório
Mantido					
Diminuído					
Ausente					
Rude					
Bilateralmente					
Esq. / Dto					
Apical					
2/3 inferiores					
Base					

Escalas a implementar consoante a necessidade: (Anexo)

- BERG (equilíbrio)

- BORG (dispneia)
- LOWER (força muscular)
- GLASGOW (consciência)
- TINETTI (equilíbrio postural e marcha)
- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (funcionalidade nas AVDs)
- MINI MENTAL STATE EXAMINATION (cognição)
- ASWORTH (espasticidade)
- BARTHEL (autocuidado)
- BRADEN (risco de UP)
- MORSE (risco de queda)

Equipamento Auxiliar:

(utilizados para avaliação, exercícios e /ou necessários e não disponíveis)

Estetoscópio	Flutter
Oxísensor Acapella	
Goniómetro	Espelho quadriculado
Escadas	Bola pilates
Bandas elásticas	bola “antistress”
Elásticos	
Bastão	
Outros:	_____

Objetivos da reabilitação (com prazos e em consonância com utente e famílias):

Registos diários:

Data: _____

Sessão nº: _____

Tempo da Sessão: _____

Pessoas presentes: _____

Intervenções e ocorrências: (realizadas / não realizadas / período de tempo / ... / justificação)

Plano acordado para a sessão seguinte:

Compilação de escalas

1 – ESCALA DE BERG

2 – ESCALA DE BORG

3 – ESCALA DE LOWER

4 – ESCALA DE GLASGOW

5 – ESCALA DE TINETTI

6 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

7 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

8 – ESCALA DE ASWORTH

ESCALA DE BERG

	Posicionamento	Pontuação (0-4)
1	Posição sentada para posição em pé	_____
2	Permanecer em pé sem apoio	_____
3	Permanecer sentado sem apoio nas costas	_____
4	Posição em pé para posição sentada	_____
5	Transferências	_____
6	Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	_____
7	Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	_____
8	Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	_____
9	Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	_____
10	Virar-se para olhar para trás, permanecendo em pé	_____
11	Girar 360 graus	_____
12	Colocar os pés alternadamente num degrau, permanecendo em pé	_____
13	Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	_____
14	Permanecer em pé sobre uma perna	_____
	TOTAL _____/56	

INSTRUÇÕES GERAIS

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

Atribuição de pontos na Escala de Equilíbrio de Berg

1) Posição sentada para posição em pé

Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- (4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- (3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- (2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- (1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2) Permanecer em pé sem apoio

Instrução: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

Se a pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos o item N° 3. Continue com o item N°4.

- (4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
- (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instrução: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

- (4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
- (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
- (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos
- (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos
- (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4) Posição em pé para posição sentada

Instrução: Por favor, sente-se.

- (4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) controla a descida utilizando as mãos
- (2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- (1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
- (0) necessita de ajuda para sentar-se

5) Transferências

Instrução: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça à pessoa para se transferir de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.

- (4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- (2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
- (1) necessita de uma pessoa para ajudar
- (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instrução: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- (4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- (0) necessita de ajuda para não cair

7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instrução: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- (4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- (3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- (2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instrução: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

- (4) pode avançar a frente >25 cm com segurança
- (3) pode avançar a frente >12,5 cm com segurança
- (2) pode avançar a frente >5 cm com segurança
- (1) pode avançar a frente, mas necessita de supervisão
- (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instrução: Apanhe o sapato /chinelos localizado à frente dos seus pés

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

10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instrução: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.

- (4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- (3) olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- (1) necessita de supervisão para virar
- (0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11) Girar 360 graus

Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo.

Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- (4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- (2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
- (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- (0) necessita de ajuda enquanto gira

12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instrução: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho.

Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.

- (4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos
- (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- (1) capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instrução: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- (4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- (2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14) Permanecer em pé sobre uma perna

Instrução: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar

- (4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos
- (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos
- (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Escala de Borg modificada

Dispneia

Assinale com uma cruz o que melhor descreve a sua falta de ar neste momento.

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	FORTÍSSIMA
10	MÁXIMA

ESCALA DE LOWER

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente 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. O doente 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 (Paralisia Total)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
Variáveis / Parâmetros		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	Resposta à voz	3
	Resposta à dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inadequadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando verbal	6
	Localiza o estímulo doloroso	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal dos membros superiores	3
	Extensão anormal dos membros	2
	Nenhuma	1
		TOTAL
(Pontuação máxima: 15 pontos, Pontuação mínima: 3 pontos)		

Escala de Tinetti

Teste do Equilíbrio

Instruções iniciais: o indivíduo fica sentado numa cadeira rígida e sem braços. As seguintes manobras são testadas:

Equilíbrio sentado

Inclina-se ou desliza na cadeira = 0
Estável, seguro = 1

Erguer o corpo

Incapaz sem ajuda = 0
Capaz, usa os braços para ajudar = 1
Capaz sem usar os braços = 2

Tentativas de erguer-se

Incapaz sem ajuda = 0
Capaz, precisa de mais que uma tentativa = 1
Capaz de se erguer na primeira tentativa = 2

Equilíbrio imediato na postura vertical (primeiros 5 segundos)

Instável (cambaleia, move os pés, inclina o tronco) = 0
Estável, mas usa o andarião ou outro tipo de apoio = 1
Estável sem usar o andarião ou outro tipo de apoio = 2

Equilíbrio na postura vertical

Instável = 0
Estável, mas a postura é larga (calcantares mediais separados em mais de 10 cm) e usa uma bengala ou outro tipo de apoio = 1
Postura estreita e estável sem apoio = 2

Empurrar (indivíduo em posição máxima com os pés o mais junto possível; o examinador empurra ligeiramente o esterno do indivíduo, com a palma da mão, 3 vezes)

Começa a cair = 0
Cambaleia, segura-se, consegue manter o equilíbrio = 1
Estável = 2

Olhos fechados (na posição máxima)

Instável = 0
Estável = 0

Girar 360°

Passos contínuos = 0
Passos interrompidos = 1
Passos instáveis (segura-se, cambaleia) = 2

Sentar

Inseguro (julga incorrectamente a distância, cai na cadeira) = 0
Usa os braços ou não, num movimento suave = 1
Seguro, movimento suave = 2

Pontuação do equilíbrio: ___ /16

Testes da marcha

Instruções iniciais: o indivíduo fica de pé junto com o examinador, anda por um corredor ou atravessa a sala, primeiro em ritmo usual, depois volta em ritmo rápido, mas seguro (acessórios usuais para o andar)

Início do andar (imediatamente após o sinal para começar)

Hesitação ou tentativas múltiplas de começar = 0
Ausência de hesitação = 1

Altura e comprimento do passo

Balanço do pé direito
Não ultrapassa o pé esquerdo com um passo = 0
Ultrapassa o pé esquerdo = 1
O pé direito não sai completamente do chão durante o passo = 0
O pé direito sai completamente do chão = 1

Balanço do pé esquerdo

Não ultrapassa o pé direito com um passo = 0
Ultrapassa o pé direito = 1
O pé esquerdo não sai completamente do chão durante o passo = 0
O pé esquerdo sai completamente do chão = 1

Medida de Independência Funcional (MIF)

Fonte de Informação	1 - doente, 2 - família, 3 - cuidador, 4 - outro	
Cuidador	1 - não possui, 2 - ajuda não paga, 3 - empregado não pago, 4 - profissional pago	
Níveis	7 - independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo > =75%) 3 - Ajuda moderada (indivíduo > =50%) 2 - Ajuda máxima (indivíduo > =25%) 1 - Ajuda total (indivíduo > =0%)	Ajuda
Avaliação – Data	__/__/__	
Observações		
Auto-Cuidados		
A – Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir metade superior		
E. Vestir metade inferior		
F. Utilização da sanita		
Controle dos Esfíncteres		
G. Controlo eliminação vesical		
H. Controlo eliminação intestinal		
Mobilidade		
<i>Transferências</i>		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Casa de banho/Sanita		
K. Banheira / Duche		
Locomoção		
L. Marcha/Cadeira de rodas		M C
M. Escadas		

Comunicação			
N. Compreensão		A	V
O. Expressão		V	N
Cognição Social			
P. Interação Social			
Q. Resolução de Problemas			
R. Memória			
Total			
Nota: Não Deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1.			

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

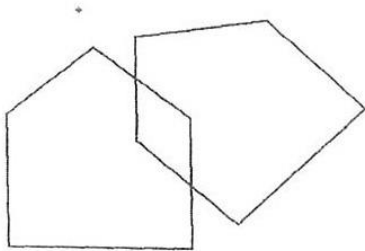
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
0	Tônus normal.
1	Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim da amplitude do movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência em menos da metade do movimento.
2	Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é realizado com dificuldade.
4	Segmento afetado rígido em flexão ou extensão
	Total

Apêndice VI – Educação para a Saúde ao doente com SCA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

EpS como componente da RC

Educação para a Saúde

Um programa de RC deve ter como componentes a Gestão do regime medicamentoso, o controlo de Fatores de Risco, e a promoção/prescrição de Exercício Físico.

O atual programa de RC existente no serviço de cardiologia do [REDACTED] comporta a componente educacional. Esta versa sobre a doença cardíaca, tratamentos, medicação, fatores de risco, estilos de vida saudáveis e regresso à vida ativa.

A vertente educacional está presente de forma estruturada, em determinados momentos. Está presente na primeira abordagem realizada pelo EEER aquando da inclusão do doente no programa, está presente em todas as sessões de exercício físico realizadas no internamento. A mesma continua presente, na fase 2, nos momentos das consultas de reabilitação.

De forma não protocolada, a educação para a saúde, é realizada pelos diferentes profissionais que tratam e cuidam do doente, nos diversos momentos de abordagem (independentemente da sua integração no programa de RC).

Não obstante os diversos momentos de partilha de informação e transmissão de conhecimentos, os doentes nem sempre apreendem toda a informação. Esta escassez de conhecimento é evidenciada, sobretudo, no momento da alta hospitalar, através das questões colocadas pelos mesmos.

Como forma de colmatar este espaço de informação / conhecimento, aparentemente, em falta, surge a Conferência Cardíaca.

Conferência Cardíaca como EpS

Inserir-se na área de educação para a saúde, que é considerada “uma componente importante das atividades de promoção da saúde e um contributo valioso para a melhoria da saúde do indivíduo e das comunidades (OMS, 2012) Visa aumentar a capacidade do indivíduo para o controlo da sua saúde, capacitando-o para a mudança.

Os programas educacionais na área da saúde “podem educar os doentes sobre procedimentos médicos, cirurgias e tratamentos, criar atividades e incentivos e encorajar a utilização dos serviços nos grupos de doentes de elevado risco. (...) e promovem o autocuidado. Desenvolvem atividades com vista a uma maior participação do doente nos procedimentos clínicos, educam os indivíduos no sentido de promover ou manter a sua saúde e de reduzir os comportamentos de risco” (Pereira, C., Veiga, N., 2014)

Organização da Conferência Cardíaca

1. Destinatários

Doentes com SCA integrados no programa de RC;
Outros doentes com SCA e capacidade cognitiva.

2. Objetivos

Contribuir para o aumento do conhecimento de cada doente sobre a sua situação de saúde;
Incentivar à adesão ao programa de RC.

3. Horário e localização

A ocorrer, semanalmente.

Conferências dirigidas a mais de 3 doentes – às 12h no refeitório do internamento de cardiologia;

Conferências individuais – em momento oportuno definido entre enfermeiro e doente. A realizar-se junto à unidade do doente.

4. Publicitação

Quando da integração no programa de RC, o doente é informado sobre a existência da conferência. No respetivo dia, é chamado pelo enfermeiro conferencista.

Outros doentes serão convidados no respetivo dia.

5. Seleção dos doentes

O EEER identifica, no início do turno, quem são os doentes que cumprem os requisitos definidos e partilha essa identificação com os colegas de turno.

6. Conferencistas

EEER que integra o programa de RC.

Enfermeiros identificados pelos EEER e/ou Enf^a Chefe, e que manifestem interesse e motivação.

7. Documentação de suporte

Panfletos do programa de RC:


- Exercício físico pós Enfarte do Miocárdio
- Contribua para a prevenção e controlo da sua doença cardíaca
- Cirurgia de revascularização miocárdica

8. Apresentação informatizada (em anexo – programa *PPT*)

A apresentação em *PPT* pode ser apresentada com diferentes suportes:

- Em TV, no refeitório, com recurso a ligação por PC;
- Em PC, quer no refeitório, quer junto à unidade do doente;
- Em *tablet*, em qualquer localização.

9. Registos

No caso de doentes integrados no programa de RC, sugestão de registo no documento de Avaliação Inicial (Conferência Cardíaca );

No caso de outros doentes, sugestão de registo em nota de turno e/ou em campo de observações na intervenção de ensinos.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

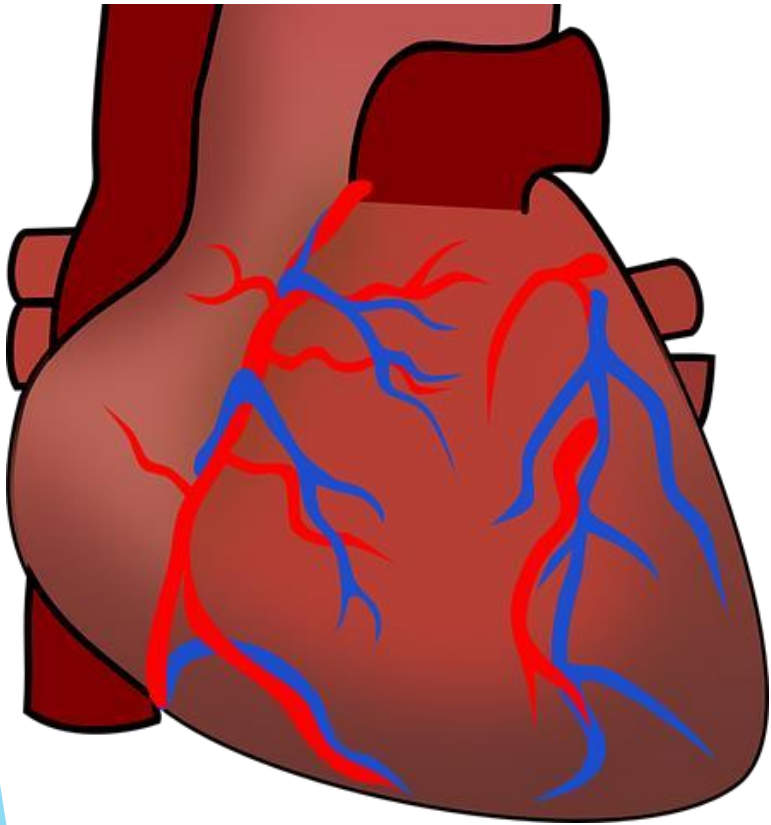
CONFERÊNCIA CARDÍACA

Educação para a saúde integrada no programa de RC

CONFERÊNCIA CARDÍACA

- ▶ O Coração;
- ▶ Doença coronária;
- ▶ Cateterismo Cardíaco e angioplastia;
- ▶ Cirurgia de revascularização cardíaca;
- ▶ Fatores de risco não modificáveis;
- ▶ Fatores de risco modificáveis;
- ▶ Exercício físico;
- ▶ Regime medicamentoso;
- ▶ Programa de RC

O CORAÇÃO



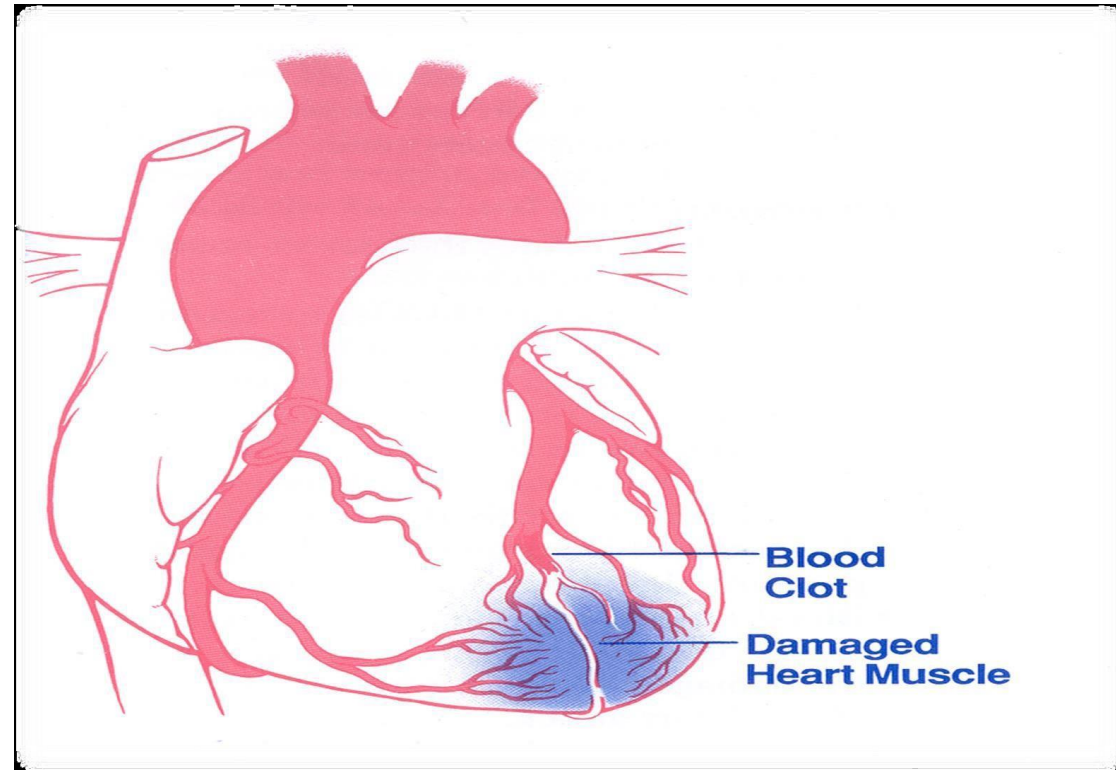
O coração é um órgão vital que funciona como uma bomba.

É responsável pela distribuição do sangue através das artérias e veias a todas as partes do corpo.

As artérias coronárias são os vasos sanguíneos que abastecem o músculo do coração (miocárdio) de todos os elementos (oxigênio, nutrientes) de que ele necessita para viver.

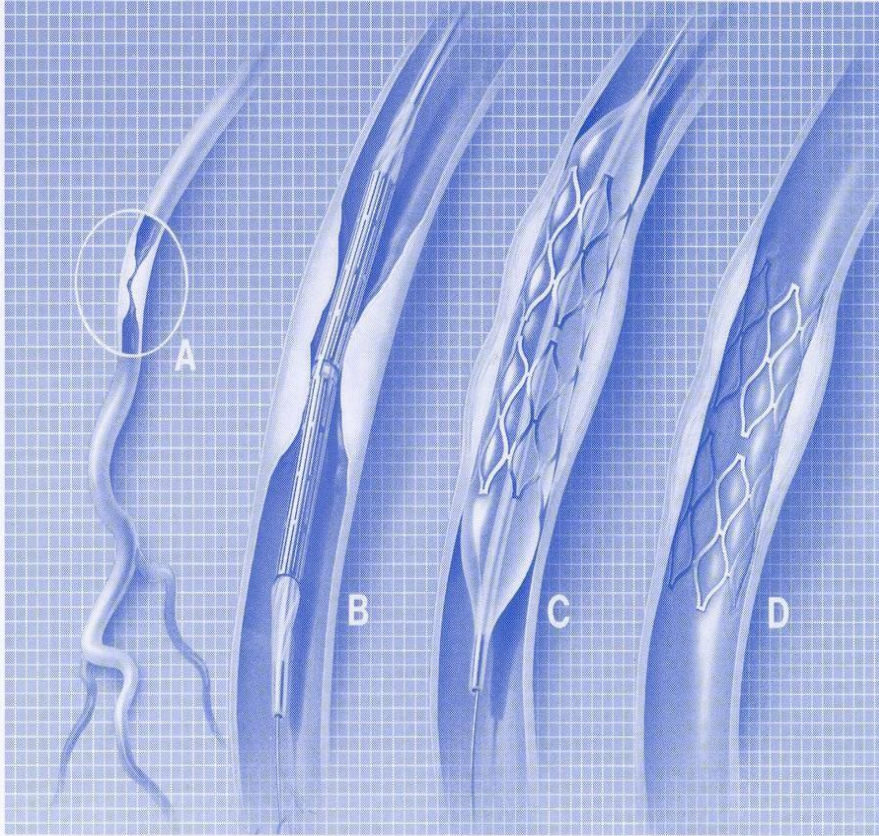
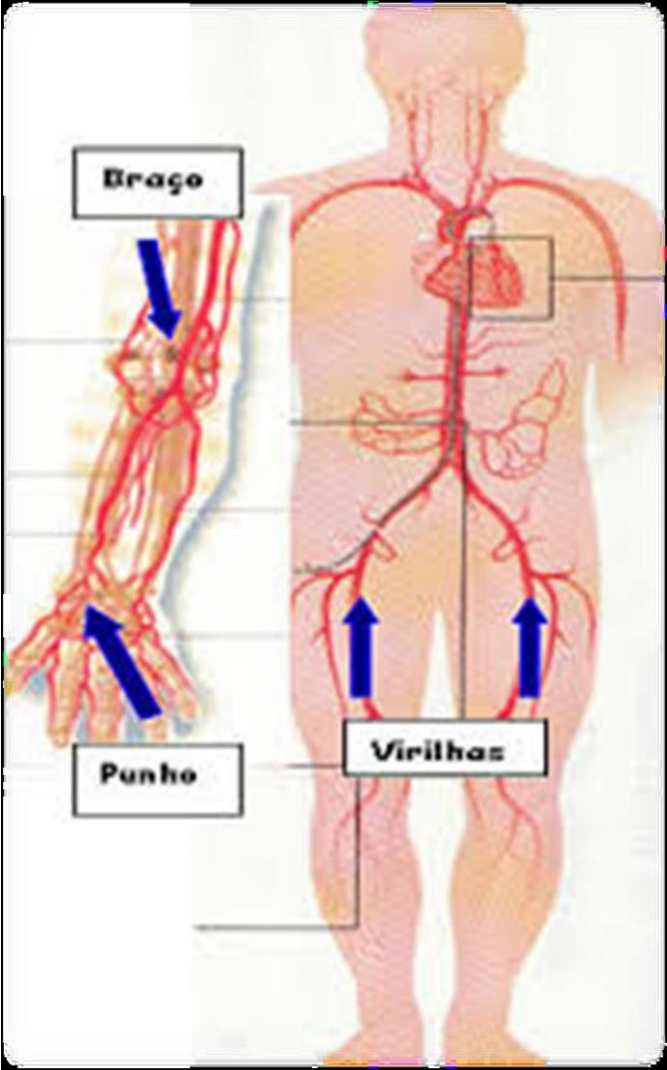
Doença Coronária

O EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) é uma zona de necrose no músculo do coração (miocárdio) causada pela obstrução de uma ou mais artéria(s) coronária(s).

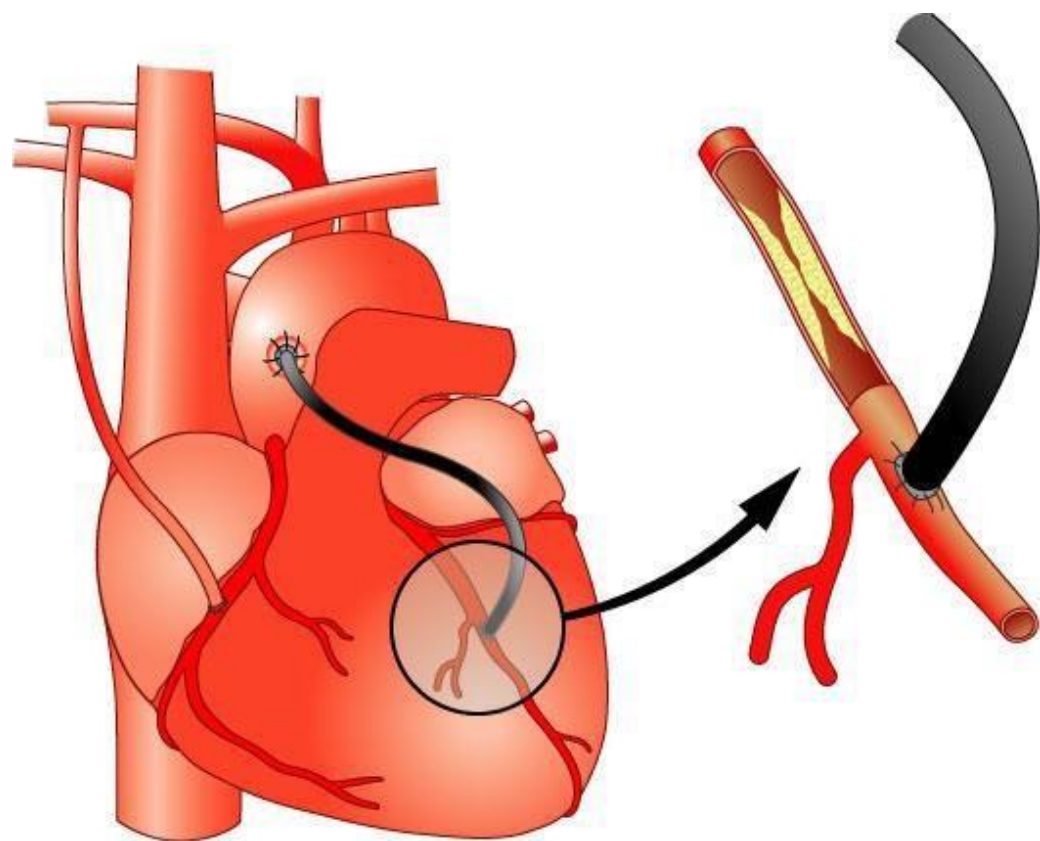


A AI (Angina Instável) é “uma condição de gravidade intermediária entre a angina estável e o enfarte agudo do miocárdio”.

Cateterismo cardíaco e Angioplastia



CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CARDÍACA



FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

- Género
- Idade
- Raça / Etnia
- Hereditariedade / História Familiar de Doença cardiovascular

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

- HTA
- Diabetes
- Tabagismo
- Alcoolismo
- Dislipidémia
- Sedentarismo
- Ansiedade

EXERCÍCIO FÍSICO

- Promove a mobilidade articular;
- Fortalece os músculos;
- Diminui o excesso de peso;
- Melhora a função cardiovascular;
- Melhora a função respiratória;
- Combate a ansiedade, a depressão e a insónia.

Fazer mais de 150 minutos (30 x 5) de exercício vigoroso por semana diminuem em 30% o risco de doença coronária.

É importante conhecer toda a sua medicação, saber para que serve, possíveis efeitos dos medicamentos e nunca descuidar a sua administração.

1.Descansar (posição de semi-sentado);



2.Tomar 1 comprimido de *Nitromint* (Nitroglicerina) debaixo da língua (SL);

3.Esperar 5 minutos;

4.Se mantiver DOR tomar o 2º comprimido de *Nitromint* SL;

5.Esperar mais 5 minutos;

6.Se mantiver DOR tomar o 3º comprimido d de *Nitromint* SL e;

7.CHAMAR o 112.

PROGRAMA DE RC



Fase II

- Consultas - 2 a 3 sessões semanais de 45 minutos.

Avaliação ao fim de 1 ano.

Fase I - Internamento

- Estabelecer objetivos;
- Benefícios tangíveis e mensuráveis

*Critérios de Inclusão

2 sessões diárias de 15 - 30 minutos

*Encaminhamento



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

CONFERÊNCIA CARDÍACA

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Apêndice VII – Estrutura do vídeo de apresentação do programa de RC

Estruturação do vídeo de apresentação do programa de RC

1. Reabilitação Cardíaca no serviço de cardiologia – UCI

O serviço de internamento de Cardiologia tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados e humanizados em todo o ciclo de vida da pessoa, no respeito absoluto pela individualidade do doente, assegurando à população da área de influência cuidados que correspondam às suas necessidades.

A visão deste serviço assenta no seu continuado desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico-científico e na qualidade da assistência prestada aos doentes.

No seguimento da missão e visão do serviço, surgiu, o programa de RC. Este veio dar resposta a uma lacuna na área da reabilitação. Encontra-se dividido em 2 fases distintas que se complementam. A fase 1, em internamento e a fase 2 em ambulatório. É constituído por uma equipa multidisciplinar cuja abordagem decorre em diferentes espaços físicos do serviço. O programa abrange as áreas de educação para a saúde, exercício físico e adesão ao regime medicamentoso, e tem vindo a apresentar, consistentemente, resultados positivos e de adesão crescente.

2. Pertinência da Publicitação

Os resultados positivos que o programa tem apresentado são reflexo de um esforço contínuo da equipa. Têm, igualmente, refletido a resposta às orientações das entidades reguladoras de saúde a nível nacional, nomeadamente da DGS. Segue também o preconizado internacionalmente, quer pela OMS, quer pelas sociedades de cardiologia que norteiam a prática.

Assim, com vista ao contínuo contributo para o desenvolvimento da RC a nível nacional, o serviço de cardiologia demonstra a sua forma de atuação na área. A publicitação do programa de RC visa a partilha de boas práticas instituídas.

3. Destinatários

A apresentação do programa de RC em *site* de internet decorre de um convite formalizado pela equipa de enfermagem. O mesmo prevê a apresentação de todo o serviço, nomeadamente os programas existentes. Neste sentido, a apresentação do programa de RC é destinada a todos quantos queiram aceder ao referido *site*. Desta forma, será destinado à população em geral, provavelmente utilizadora dos serviços de saúde do hospital ou a outros profissionais de saúde com interesse na área.

4. Organização da apresentação

Prevê-se que a apresentação tenha uma componente escrita, mas seja complementada com um vídeo publicitário. Este deve contemplar todas as etapas da RC com apresentação de objetivos, resultados, implementação das atividades pelos diferentes profissionais e com testemunhos.

5. Documentação de suporte

Para a componente escrita, o suporte será a fundamentação bibliográfica assim como a experiência dos intervenientes do programa.

No que remete à apresentação em vídeo, implica:

- Pedido de realização do vídeo em serviço aos responsáveis do serviço – Diretor e Enf^a Chefe;
- Pedido à comissão de ética para a captação de imagens do serviço;
- Consentimentos informados assinados dos doentes e profissionais de quem sejam captadas as imagens;
- Pedido formal à área da comunicação e imagem do CHLC para apoio à realização do vídeo;
- Convite aos profissionais intervenientes no vídeo.

6. Guião de apresentação

logotipos

Inicia com foto do logotipo do hospital e informação sobre os responsáveis do serviço e a equipa do programa de RC.

(Voz Of de EEER)

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

FASES 1 E 2

O programa de RC é dirigido aos doentes que tenham sofrido uma SCA e consiste num conjunto de atividades que promovam a rápida recuperação do doente e o restabelecimento de uma vida tão normal quanto possível. (imagem da porta de vidro com o símbolo do hospital, a abrir e surgir o EEER a apresentar o seguinte)

Este programa, tal como está estruturado compreende 2 fases distintas. A fase 1 decorre durante o internamento.

Tem início na UCI, após estabilização do doente. (desde a entrada dos intensivos até à unidade de um doente)

Compreende uma primeira abordagem, educacional, sobre a doença, tratamentos, exames, fatores de risco e regime medicamentoso. (EEER a realizar a abordagem junto ao doente)

Assim que possível, de acordo com critérios clínicos protocolados, acresce a componente de exercício físico à componente educacional. (doente a realizar algum exercício supervisionado pelo EEER)

Após o período de estabilização na UCI, o doente é transferido para a enfermaria (entrada da enfermaria até um dos pósteres referentes à RC). Aqui,

dá continuidade ao protocolado, sendo potenciada a sua autonomia e conhecimento. (EEER a ensinar exercícios na escada e supervisionar os mesmos).

Ao longo do período de internamento é realizada a apresentação da fase 2 do programa, incentivando à adesão do doente ao mesmo, dados os benefícios que daí advêm. (médica, em gabinete, a apresentar os benefícios e a importância de realizar RC)

No momento da alta hospitalar o doente leva consigo a marcação da consulta de reabilitação. (imagem da entrega da documentação – mãos / papéis)

Cerca de 1 mês após a alta hospitalar, tem a 1ª consulta de reabilitação. É observado pelo EEER, que identifica como tem decorrido o pós-alta, avaliando a existência de sintomatologia. Reforça a componente educacional, avalia o conhecimento do doente, dá resposta às suas dúvidas. Em caso de necessidade, encaminha-o para outras valências que se articulam com o programa, nomeadamente dietista, psicólogo ou outros. (imagem da consulta de enfermagem, com o doente a ser ouvido, pesado e medido perímetro abdominal). Nesta etapa, fica agendada o início do exercício físico em meio hospitalar.

Desta consulta, é encaminhado para a realização de PEER e retorna à consulta, desta feita com o médico (médico a apresentar a importância da consulta e dos exames solicitados)

O programa estende-se por três meses. Ao longo destas semanas é preconizado que o doente realize exercício 2 a 3 vezes por semana, durante 45 minutos por sessão. (imagens de doentes em exercício na passadeira com os TCP e em bicicleta com as FST)

Os resultados têm sido positivos e muito importantes na vida de cada pessoa. (testemunho de um doente após alta da RC, referindo que o que aprendeu e

exercitou o ajudaram a mudar aquilo que era possível mudar e a ter força /
capacidade / conhecimento para continuar com estilo de vida saudável)

(termina com foto da equipa de RC e uma frase “Este programa existe porque
cada pessoa importa ...”)

Apêndice VIII – Protocolo de atuação da reabilitação ao doente submetido a TAVI

Reabilitação cardíaca

Protocolo TAVI

Protocolo de atuação dirigido ao doente submetido a TAVI

A estenose Aórtica é uma doença valvular degenerativa. “Estima-se que a sua prevalência seja de 2 a 7% nos indivíduos com mais de 65 anos, e que em Portugal existam pelo menos 32000 indivíduos com a doença” (Cavaco, et al, 2007). O tratamento de eleição continua a ser a cirurgia de substituição valvular, no entanto, muitos dos doentes não são referenciados para esta cirurgia ou não passam nos critérios de admissão à mesma. Estes, podem beneficiar de implantação percutânea de válvula aórtica (TAVI – *transcatheter Aortic Valve Implantation*).

Considerada uma doença cardíaca muito comum a partir dos 75 anos de idade, é essencial procurar a promoção da saúde e prevenção da doença, além de intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional, promovendo maior autonomia e qualidade de vida. (Barbosa, et al, Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade, 2013)

Coordenação Nacional
para as Doenças
Cardiovasculares
(2009)



“De acordo com a Carta Europeia para a saúde do Coração (2008), “o peso associado da doença cardiovascular estabelecida pode ser reduzido com um diagnóstico precoce, tratamento adequado da doença, reabilitação e prevenção, nomeadamente através do aconselhamento em prol de um estilo de vida mais adequado”

Protocolo de reabilitação para o doente submetido a TAVI

(protocolo inserido no Programa de RC do serviço de Cardiologia – UCI do [REDACTED])

1. Objetivos

- Despistar complicações;
- Reduzir o risco de infeção;
- Maximizar a funcionalidade do doente;
- Maximizar a capacidade para a realização das AVD e AIVD;
- Desenvolver o seu autocuidado;
- Melhorar o desempenho motor e cardio respiratório;
- Promover a adesão a estilos de vida saudáveis;
- Promover a adesão ao regime medicamentoso;
- Promover o conhecimento da saúde individual (identificação de sintomatologia e sinais de alerta / prevenção de complicações);
- Promover o envolvimento familiar.

2. Destinatários

Doentes com indicação para implantação de válvula aórtica por via percutânea.

3. Fases

Distinção entre as fases 1 e 2, correspondentes ao internamento e ambulatório, respetivamente.

Sugestão de acréscimo de fase pré-cirúrgica. Uma vez que o procedimento é programado, o doente sabe, com antecedência, que tem indicação cirúrgica. (sugestão apresentada seguidamente)

4. Equipa

Equipa multidisciplinar que integra o programa de RC do serviço.

5. Percurso do doente, protocolado

- Consulta médica onde tem conhecimento sobre a indicação cirúrgica;
- Visita pré-cirúrgica ou consulta pré-operatória (sugestão) (início de avaliação inicial);
- 1º dia de internamento (avaliação inicial + protocolo de atuação);
- Dia do procedimento;
- Dia 1 pós TAVI;
- Dias subsequentes até à alta hospitalar

6. Documentos de suporte

6.1 Suporte de Visita pré-cirúrgica

O pré-operatório inicia-se “quando é tomada a decisão cirúrgica, terminando quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório e recebido pelo enfermeiro para receber os cuidados adequados.” (Phipps, Sands e Marek, 2003). É um período que pode ser longo e gerador de elevados níveis de sofrimento e ansiedade, que não favorecem o processo de reabilitação.

Deste modo, compreende-se que uma preparação pré-operatória corretamente orientada poderá permitir ao utente desenvolver capacidades que contribuam para que se adapte à sua situação, reduzindo o seu nível de incerteza e ansiedade, favorecendo a melhor qualidade de vida.

A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico. É, igualmente, favorecedor do cumprimento de tempos no Fluxo do Doente Cirúrgico.

As informações transmitidas, assim como toda a preparação efetuada no pré-operatório têm demonstrado ser benéficas e influenciar a resposta do doente no pós-operatório.

De acordo com Dawson (2003) o melhor momento para comunicar ao doente dados sobre a sua intervenção cirúrgica são nos 10 a 14 dias que antecedem o procedimento, o que permite tempo suficiente para processar a informação e a oportunidade de colocar questões durante o período pré-operatório do internamento.

De acordo com a ACSS, preconizam-se tempos ideais entre a indicação para cirurgia e a respetiva cirurgia, de 180 dias (findo os quais o doente pode ser intervencionado numa unidade cirúrgica convencionada). O relatório Síntese da Atividade Cirúrgica Programada (2005 – 2012) revela que em 2012, a mediana do Tempo de Espera da LIC é de 3 meses. Na perspetiva de quem espera (doente / família) o tempo que medeia a consulta e a cirurgia são longos, e, por conseguinte, gerador de ansiedade.

Com a visita pré-operatória pretende-se amenizar a ansiedade, dotando o doente de mais conhecimento e, portanto, capacitando-o para uma melhor gestão da sua situação. Contribui ainda para a tomada de decisão e para a autonomia no consentimento informado.

Não sendo possível o cumprimento de todos os prazos definidos para a realização da visita pré-cirúrgica, sugere-se a realização da mesma, após a consulta médica de decisão cirúrgica. Desta forma, após confirmação médica, o doente e família, deslocam-se ao serviço de cardiologia. Aí, após contacto com o secretariado, são recebidos pelo EEER que realiza a visita pré-cirúrgica. Em fase inicial de visita pré-cirúrgica, seriam encaminhados apenas os doentes de uma consulta médica.

A visita pré-cirúrgica consiste em: - Registo em avaliação inicial;

- Compreender a informação que o doente já possui;
- Facultar informação sobre o procedimento, internamento e importância de integração em programa de RC;
- Entregar Guia de Acolhimento do serviço e outros documentos pertinentes;

- Realizar visita guiada ao serviço (secretariado – UCI – sala cirúrgica - enfermaria);
- Validar informação recebida;

7. Apêndices

7.1 Avaliação de Enfermagem de utente em consulta pré-TAVI.

7.2 Avaliação Inicial de Utente em Programa de RC (protocolo TAVI)

Avaliação de Enfermagem de Utente em Consulta Pré- TAVI

Etiqueta de Identificação do utente

Data: __/__/__ Enfermeiro: ____ (simultâneo: AS TCP Médico outro __)

Família / cuidador presente: S N _____

Antecedentes Pessoais Sinais e Sintomas

HFDC		Arritmias Auriculares		Palpitações	
DPOC		Arritmias Ventriculares		Dispneia em repouso	
IRC		Bradicardia Sinusal		Dispneia em esforço	
Asma		Taquicardia Sinusal		Ortopneia	
D. carotídea		Hipertensão arterial		Sob oxigenoterapia ___l/m por _____	
DAP		Hipotensão Arterial		Outros (especificar)	
D. osteoart. / muscular		Edema			
D. respiratória		Claudicação			
Epilepsia		Angor			
Hiperuricemia		Precordialgia atípica			
Outra (especificar)		Tonturas			

Dados Antropométricos

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)	Perímetro Abdominal (cm)

Sinais Vitais:

TA (mmHg)	FC (bpm)	Resp. (cpm)	Sat. (%)	Dor (0-10)

Exames Realizados:

Exames	Última data
Cateterismo Cardíaco	
Angio TAC	
Análises*	
Outros (raio X, ECG, ...)	

*** Análises Laboratoriais:**

Creat.	Ureia	INR	Hg	...

Medicação:

Grupo farmacológico	Nome do fármaco	Dose	Esquema
IECA			
B bloqueante			
Nitrato			
Antagonista do cálcio			
Antiagregante			
Estatina			

AVALIAÇÃO ESTADO DO UTENTE:**MENTAL**

Utente capaz de iniciar a aprendizagem (cognitivo / psicológico / emocional): S N

Se N, justificar: _____

Em caso de dúvida, aplicar Escala de *Mini Mental State Examination* ___ em 30 pontos

Ansiedade e depressão:

Avaliação na escala de HADS: Sem A (0-8) Leve (8-10) Moderada (11-14)
Grave (15-21)

AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Katz)	
Atividades Instrumentais de Vida Diária (escala de Lawton e Brody)	
Funcionalidade (Medida de Independência Funcional)	

FÍSICA

Dispneia (escala de Borg modificada)	
Força muscular (escala de Lower)	
Tónus muscular (escala de Ashworth)	
Equilíbrio (escala de Berg)	
Marcha (escala de Tinetti)	
Estado Nutricional (Mini-NutricionalAssessment)	

PERFIL DE FRAGILIDADE

Perda de peso não intencional (no último ano)	
Autorrelato de fadiga ou Perceção de exaustão (escala CES-D)	
(Diminuição) Força de Preensão (uso de dinamómetro)	
(Diminuição) Nível de Atividade Física (horas por semana – Grimby)	
(Redução) Velocidade da Marcha (Time upandgotest)	

Frágil (apresentação de 3 ou mais critérios):

Pré-frágil (apresentação de 1 ou 2 critérios):

Não frágil (nenhum critério):

Ensinos / Esclarecimento de Dúvidas / Observações:

Avaliação Inicial de Utente em Programa de Reabilitação Cardíaca (protocolo TAVI)

Etiqueta de Identificação do utente

Nº de Reabilitação: _____

Data da VPC __/__/__ Encaminhado por _____ Enfermeiro (EEER): _____

Família / cuidador presente: S N _____

Ensinos:

Doença Cirurgia Preparação prévia

Esclarecimento _____ de
dúvidas: _____

Documentação _____ entregue:

Realizada visita ao serviço: S N _____

Reabilitação Cardíaca FASE 1 – Intra-Hospitalar

Diagnóstico: _____

Antecedentes

Pessoais: _____

Sinais e sintomas:

Dados Antropométricos

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)	Perímetro Abdominal (cm)

Análises Laboratoriais

Data	Creat.	Ureia	K+	Hg	GSA

Data	PCR	INR	aPTT		

Outros

Data	Raio X	ECG	...

Validação e reforço de ensinios:

Doença Cirurgia Complicações Sinais e sintomas

Avaliação da capacidade funcional:

Índice de Barthel (AVD) e/ou Medida de Independência Funcional: _____

Escala de Lawton e Brody (AIVD): _____

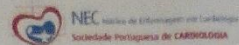
Observações:

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença em reuniões científicas



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA
Instituição de Utilidade Pública



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se para os devidos efeitos que

Elsa Mariana Silva Pereira

esteve presente na Reunião "Enfermagem em Cardiologia: da evidência à prática", que teve lugar na Universidade de Évora - Colégio Verney, Évora, no dia 11 de Fevereiro de 2017

Évora, 11 de Fevereiro de 2017

Manuel Belo da Costa

Manuel Belo da Costa
Coordenador do NEC

**Anexo II – Reorganização do programa de RC (do serviço
hospitalar)**

Reabilitação Cardíaca

As doenças cardíacas continuam “consistentemente nas últimas décadas como a principal causa de morte em Portugal e no conjunto da OCDE” sendo “...importante causa de incapacidade com consequente aumento de custos em saúde.” e “... responsáveis por 30% do total de óbitos”.

A OMS aponta a RC como “...conjunto de atividades necessárias para fornecer ao doente com cardiopatia, uma condição física, mental e social tão elevada quanto possível, que lhe permita retomar o seu lugar na vida da comunidade, pelos seus próprios meios e de uma forma tão normal quanto possível”, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida, reduzir a incapacidade, permitir a retoma na sociedade de forma satisfatória e aumentar a sobrevivência.

Em Portugal a taxa de participação de doentes em programas de RC é de 4%, comparativamente com a Europa Central onde são incluídos cerca de 50% dos doentes com indicação para tal. A RC reduz a mortalidade em 50% comparativamente com doentes que não participam nos programas, pelo que, os estudos apoiam a sua utilização apesar da grande variabilidade nos programas de RC. Não obstante a variabilidade, todos se caracterizam pela

multidisciplinariedade, foco no utente, e nas componentes de Gestão de Terapêutica, controlo de Fatores de Risco, e promoção de Exercício Físico.

Reabilitação Cardíaca



Introdução

Programa de RC

Percurso do utente

- Avaliação inicial
- Protocolo de atuação
- Consulta de reabilitação

Anexos

- Anexos com orientações de preenchimento



Área considerada prioritária como investigação para a especialidade de Enfermagem de reabilitação.

(OE, 2015)

Programa de RC

O presente programa contribui para que as estatísticas nacionais, de inclusão de utentes, sejam mais elevadas. Por programa entende-se um conjunto de atividades coordenadas entre si, de forma articulada e dinâmica, e que visam objetivos comuns, benefícios tangíveis e mensuráveis, assim como a mudança. No caso concreto, são objetivos estabelecidos:

- Maximizar a funcionalidade do utente;
- Desenvolver o seu autocuidado;
- Melhorar o desempenho motor e cardiorrespiratório;
- Promover o conhecimento de fatores de risco e importância da sua modificação;
- Promover a adesão ao regime medicamentoso;
- Ensinar sobre benefícios e técnicas corretas de exercício físico;
- Promover a realização de exercício físico;
- Promover a adesão à Fase 2 do PRC.

A implementação de um programa, desta natureza, só é possível na medida da envolvimento dos seus participantes, concretamente profissionais de saúde, utentes e famílias.

Como contributo à boa prática profissional e na procura permanente da excelência, o presente documento versa a discriminação do percurso efetuado pelo utente, referente às fases 1 e 2 da RC e a apresentação de alguns instrumentos utilizados no programa, concretamente a documentação de registo de enfermagem. Inclui a Avaliação Inicial, o Protocolo de Atuação, e a avaliação de Consulta de Reabilitação, assim como as orientações de registo dos mesmos.

Percurso do Utente

Tendo dado entrada no serviço de cardiologia / UCI do H. S. Marta, o utente com diagnóstico de SCA não complicado, é abordado, inicialmente, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Nesta fase, o utente abordado deve incluir-se nos critérios de seleção definidos, nomeadamente:

- Sem dor precordial recorrente ou de novo nas últimas 8h,
- Níveis de CK / troponina não crescentes,
- Sem sinais de insuficiência cardíaca descompensada,
- Sem alterações significativas de ritmo ou ST/T nas últimas 8h.

Assim, é utilizado um documento de **Avaliação Inicial** (anexo I), que norteia a abordagem.

A avaliação inicial, efetuada pelo EEER pressupõe o conhecimento de cada utente de forma individualizada, de modo a que os cuidados especializados de reabilitação, ainda que gerais aos utentes com SCA, sejam centrados na sua individualidade e necessidades.

É o momento de apresentação do programa, sendo por isso, considerado o momento crucial para que o utente adira ao programa. Implica o estabelecimento de uma relação profissional, empática, capaz de gerar no outro confiança. Nesta fase, é realizada a identificação dos conhecimentos de saúde do utente, em particular da sua doença cardíaca, assim como tratamentos, exames, fatores de risco e medicação. É dado início à fase de ensinamentos e instruções de saúde, gerando no outro a capacidade de identificação do percurso a realizar para a proteção da sua saúde.

Como forma de uniformização do registo de documento de Avaliação Inicial, existem algumas orientações essenciais a serem adquiridas, prévias ao registo. Assim, a colheita de dados referente a patologia cardíaca, sinais e sintomas, AP e análises laboratoriais, pode ser realizada no processo clínico do utente, sendo que,

eventualmente, à exceção dos parâmetros analíticos, os restantes dados devem ser validados com o utente.

Relativamente aos fatores de risco, é importante perceber o conhecimento do utente, assim como, gradualmente, facultando informações pertinentes que lhe permitam a aprendizagem e apreensão de conhecimento. As grelhas de avaliação, são registadas como S (sim) ou N (não), seguida de espaço para o registo da resposta do utente. Relativamente à identificação do FR, pressupõe-se a nomeação de uma ou mais características definidoras do FR, por palavras próprias do utente. Finalmente, incluir o instrumento utilizado para a estratificação de risco cardiovascular e a sua identificação.

A continuação do PRC avança com o início da componente de exercício físico, usualmente, iniciada na UCI, assente num **protocolo de atuação** (anexo II). Estes devem ser adaptados a cada doente e efetuados de forma contínua e progressiva. Exigem, para a sua prática, a monitorização eletrocardiográfica, de FC, tensão arterial e de saturação periférica. A par desta monitorização durante o exercício, é essencial a avaliação prévia ao início de cada sessão de exercício físico, concretamente através da avaliação da aptidão do utente. Nesta, inclui-se a identificação de que o utente se encontra cognitiva, emocional e fisicamente apto para a progressão do programa. Desta forma, é essencial que o profissional de saúde, possua formação e competências desenvolvidas nas áreas de avaliação e auscultação cardíaca e pulmonar, competências de identificação de ritmo cardíaco e de atuação perante alterações eletrocardiográficas, incluindo SAV, competências de avaliação física e capacidade funcional (força, tónus, flexibilidade, resistência, agilidade, equilíbrio e sensibilidade), assim como comunicacionais.

O programa é contínuo ao longo do internamento, pelo que após início na UCI, prossegue na enfermaria. É complementado com as sessões educacionais individualizadas, podendo ocorrer sessões de grupo, inclusive com a presença de familiares / cuidadores.

O protocolo de atuação, encontra-se estruturado de modo a que ocorra um aumento de intensidade e duração do exercício físico, no decorrer do internamento. Inclui, 2

sessões diárias com duração de 15 a 30 min., sendo que, cada sessão é composta por 3 etapas distintas em início, pico e final na qual está incluída a fase de recuperação. Na 1ª etapa, correspondente ao início, é preconizado o aquecimento e a preparação muscularto-articular para o exercício posterior, pressupondo alongamentos, exercícios respiratórios e exercícios isométricos, que contribuem para o aumento da tolerância ao esforço. Seguem-se exercícios aeróbios, realizados de acordo com as AVDs realizadas em contexto hospitalar, nomeadamente higiene pessoal, sentar, transferências, levantar, marcha e treino de escadas. Finalmente, fase de relaxamento com redução gradual do exercício e regresso ao estado basal.

Às diferentes intervenções constantes no protocolo, incluem-se a avaliação permanente do utente e da sua tolerância ao esforço, através da escala de Borg, assim como de sinais e sintomas que decorram ao longo das sessões. Acresce, ainda, o ensino sobre a avaliação de pulso radial e a validação desse ensino, a cada sessão.

Outros critérios definidos, presentes no protocolo, são os de suspensão e de continuação das sessões de exercício físico (não inviabilizando, no entanto, a componente educacional). Como componentes de suspensão, destacam-se:

- PA diastólica \geq 110mmHg
- Diminuição da TA sistólica + do que 10mmHg
- Arritmias auriculares significativas ou ventriculares
- BAV 2º ou 3º grau
- Sinais e sintomas de intolerância ao exercício, incluindo angor, dispneia acentuada e alterações de ECG sugestivas de isquemia.

E de continuação, apontam-se:

- Resposta adequada de FC
- Subida sistólica adequada 10 – 40 mmHg
- Sem alteração de ritmo cardíaco ou de ST-T
- Sem sintomas cardíacos: dor precordial, dispneia, fadiga excessiva, palpitações

No momento da alta hospitalar são reforçados os ensinamentos, com incentivo à realização de exercício físico em ambulatório e confirmada a intenção do utente, em prosseguir, ou não, para a fase 2 do PRC, orientando-o para a consulta de reabilitação cardíaca.

Independentemente de suceder a ingressão na Fase 2, é de ressaltar o cumprimento de parte dos objetivos do PRC.

A integração na fase 2 do programa inicia-se aquando da realização da 1ª **consulta de reabilitação** (anexo III). São encaminhados para esta consulta os doentes que reúnem os critérios previamente definidos para o programa, tendo realizado ou não a fase 1, podendo ser encaminhados pelos enfermeiros de reabilitação durante o internamento, ou pelo médico assistente no momento da 1ª consulta médica após a alta hospitalar.

A consulta de reabilitação é composta por uma avaliação de enfermagem, sendo o utente encaminhado para a realização da prova de esforço cardiorrespiratório, seguido de avaliação médica. Na consulta de enfermagem, é identificado o percurso clínico do utente desde a alta hospitalar, confirmados os exames realizados, nomeadamente ecografia transtorácica, assim como a perceção do seu estado geral com a identificação de sintomatologia presente. São reforçados ensinamentos, e sobretudo esclarecidas dúvidas. São avaliados os dados antropométricos, sinais vitais, conhecimento de medicação e adesão ao regime medicamentoso e terapêutico. É explicitado o percurso a realizar na fase 2, confirmado o interesse de participação e estabelecidos os horários das sessões de exercício físico.

Os utentes efetuam a componente de exercício físico em diferentes serviços, de acordo com critérios clínicos, entre outros possíveis. Assim, no caso de utentes com má função sistólica do ventrículo esquerdo em avaliação ecocardiográfica, o exercício físico é realizado no espaço físico do serviço de UCI, permitindo a rápida intervenção com recurso a carro de reanimação e profissionais com formação em SAV. No caso de

utentes sem este risco cardíaco, o exercício físico é realizado no serviço de MFR, o que pressupõe, ainda, uma avaliação em consulta médica de fisioterapia.

Esta fase decorre em três meses, tendo 2 ou 3 sessões semanais, de cerca de 45 minutos cada. O utente passa por uma primeira etapa de alongamentos, seguida de treino aeróbio em passadeira rolante e/ou bicicleta estática, sob monitorização por telemetria e avaliação da escala de Borg, seguido de avaliação de pulso radial.

No decorrer dos três meses de fase 2, pode ser necessário o encaminhamento para dietista, psiquiatra, psicólogo, ou outros técnicos. É, ainda, realizada uma sessão de educação para a saúde, dirigida ao utente e sua família, proporcionada por enfermeiro EER, médico cardiologista e dietista.

No final dos três meses, o utente é novamente consultado pelo enfermeiro e médico, que avaliam o progresso e resultados obtidos, sendo atribuída a alta do programa, com a avaliação após um ano.

Anexos

Anexo I – Avaliação Inicial do Utente em Programa de Reabilitação Cardíaca

Anexo II – Programa de Reabilitação Cardíaca – Protocolo de Atuação Fase 1

Anexo III – Consulta de Reabilitação Cardíaca – Fase 2

Avaliação Inicial de Utente em Programa de Reabilitação Cardíaca

Etiqueta de Identificação do utente

Nº de Reabilitação: _____

Data de Início de reabilitação: ___/___/___ Enfermeiro (EEER): _____

Reabilitação Cardíaca FASE 1 – Intra-Hospitalar

Doença cardíaca

EAMcSST	
EAMsSST	
EAM anterior	
EAM inferior	
EAM lateral	
EAM prévio	
PCR	
DC 1v	
DC 2v	
DC 3v	
DC TC	
PCI primária	
Disf.VE	
PCI prévia	
CABG prévia	
PMD	
CDI / CRT	
D. Valvular	

Antecedentes Pessoais

HFDC	
DPOC	
IRC	
Asma	
D. carotídea	
DAP	
D. osteoart. / muscular	
D. respiratória	
Epilepsia	
Hiperuricemia	
Outra (especificar)	

Sinais e Sintomas

Arritmias Auriculares	
Arritmias Ventriculares	
Bradicardia Sinusal	
Taquicardia Sinusal	
Hipertensão arterial	
Hipotensão Arterial	
Edema	
Claudicação	
Angor	
Precordialgia atípica	
Tonturas	
Palpitações	
Dispneia em repouso	
Dispneia em esforço	
Ortopneia	
Sob oxigenoterapia ___ l/m por _____	
Outros (especificar)	

Análises Laboratoriais

Data	CK	troponinas	PCR	Trigl.	Colest.	Glicémia	Hg	GSA

Dados Antropométricos

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)	Perímetro Abdominal (cm)

Fatores de Risco CV

Tensão Arterial	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - Conhece os seus valores? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____ - Refere HTA <input type="checkbox"/> medicada <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/>
Dislipidemia	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - Conhece os seus valores? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____ - Medicado <input type="checkbox"/> Controlado <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	- Identifica o FR <input type="checkbox"/> _____ - Conhece os seus valores? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____ - Medicado <input type="checkbox"/> Controlado <input type="checkbox"/> - Acompanhamento / Seguido em: _____
Tabagismo	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - Fumador de quantos cigarros / dia: _____ Carga tabágica _____ anos-maço - Fuma outras substâncias <input type="checkbox"/> - Já tentou deixar de fumar? <input type="checkbox"/> Que estratégias _____ - Há quanto tempo não fuma? _____ - Interesse na cessação tabágica <input type="checkbox"/>
Sedentarismo	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - Pratica exercício físico? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência do exercício físico _____
Fatores psíquicos	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - História de ansiedade <input type="checkbox"/> medicada <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> - História de depressão <input type="checkbox"/> medicada <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> - Em situações de ansiedade / stress como controla? _____
Padrão Alimentar	- Identifica o FR? <input type="checkbox"/> _____ - Consome todos os grupos alimentares <input type="checkbox"/> _____ - Qual o maior erro que identifica na sua alimentação? _____ - Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas por dia _____

Instrumento utilizado para a estratificação de risco cardiovascular: _____

Baixo risco

Risco Médio

Alto Risco

Observações:

Programa de Reabilitação Cardíaca

Protocolo de Atuação - FASE 1

Etiqueta de Identificação do Utente

Nº de Reabilitação: _____

Enfermeiro (EEER): _____

Data de internamento: __/__/__

Data de início de RC: __/__/__

Utente capaz de iniciar a aprendizagem (cognitivo / psicológico / emocional): S N

Se N, justificar: _____

Em caso de dúvida, aplicar Escala de *Mini Mental State Examination* ___ em 30 pontos

Avaliação de aptidão física:

Instrumentos de Avaliação \ Dia	1º	2º	3º	4º	5º
Dispneia (escala de Borg modificada)					
Força muscular (escala de Lower)					
Tónus muscular (escala de Ashworth)					
Equilíbrio (escala de Berg)					
Marcha (escala de Tinetti)					
Funcionalidade (Medida de Independência Funcional)					

Ensinos de Saúde:

Ao utente Ao utente e família

Tema \ Dia	1º	2º	3º	4º	5º
Doença Cardíaca					
Sinais e Sintomas					
Exames e Tratamentos médicos/cirúrgicos					
Regime medicamentoso					
Fatores de Risco					
PRC Fase 1					
PRC Fase 2					

Tema de ensino abordado por necessidade e/ou manifestada pelo utente ou utente/família:

Documentação

entregue:

Consulta de Reabilitação cardíaca

Presencial Telefónica

Etiqueta de Identificação de utente

Nº de reabilitação: _____ Enfermeiro (EEER): _____

Fase do PRC: Pré Durante Pós Sem motivo: _____

Colheita de dados prévia / Exames de referenciação Fase 2 realizados:

Data de internamento:	
Data de início do PRC:	
Nº de sessões realizadas em fase 1:	

Eco transtorácica	
Holter	
PECR	

Internamento posteriores:

Motivo / Diagnóstico: _____ Período: _____ Hospital: _____

Perceção do seu estado geral (desde o evento):

Muito Melhor Ligeiramente Melhor Sem Alterações Ligeiramente Pior Muito

Dados Antropométricos

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)	Perímetro Abdominal (cm)

Sinais Vitais (consulta presencial):

TA (mmHg)	FC (bpm)	Resp. (cpm)	Sat. (%)	Dor (0-10)

Sintomas

presentes:

	Angor	Dor PC atip	Dispneia	Cansaço	Palpitações	Tonturas
S ou N						
Frequencia						
Duração						
Dor						
Localização						
Tipo						
Fator atenuante						
Fator desenc.						

Esclarecimento de dúvidas: _____

Fatores de Risco:

Tensão Arterial	- Conhece os seus valores? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____
Dislipidemia	- Conhece os seus valores de colesterol? <input type="checkbox"/> _____ - Distingue HDL de LDL? <input type="checkbox"/> _____ - Conhece os valores de triglicéridos? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____
Diabetes Mellitus	- Conhece os seus valores? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência de avaliação _____ - Acompanhamento / Seguido em: _____
Tabagismo	- Deixou de fumar desde o internamento? <input type="checkbox"/> _____ - Fumador de quantos cigarros / dia: _____ Carga tabágica _____ anos-maço - Fuma outras substâncias <input type="checkbox"/> _____ - Há quanto tempo não fuma? <input type="checkbox"/> _____ - Interesse na cessação tabágica <input type="checkbox"/> _____
Sedentarismo	- Pratica exercício físico? <input type="checkbox"/> _____ - Frequência do exercício físico _____ - Atividade profissional _____
Fatores psíquicos	- História de ansiedade <input type="checkbox"/> medicada <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> - História de depressão <input type="checkbox"/> medicada <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> - Em situações de ansiedade / stress como controla? _____
Padrão Alimentar	- Consome todos os grupos alimentares <input type="checkbox"/> _____ - Qual o maior erro que identifica na sua alimentação? _____ - Quantidade de água diária _____ - Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas por dia _____

Entrega de informação de suporte:

Medicação: Adesão à medicação: S N Autonomia na toma: S N

Grupo farmacológico	Nome do fármaco	Dose	Esquema
IECA			
B bloqueante			
Nitrato			
Antagonista do cálcio			
Antiagregante			
Estatina			
Outro			

Anexo III – Atas das reuniões de avaliação

Registo de Sessão de Orientação

Estudante: Elsa marina vicente Marques da Silva Pereira

Data: 26 / 10 / 2016

Duração 14h20 às 15h30

A sessão contou com a presença da estudante Elsa Silva Pereira, professor orientador Joaquim Paulo e enfermeira orientadora de ensino clínico [REDACTED].

O professor Joaquim Paulo deu início à reunião, expondo uma breve revisão da metodologia preconizada para o ensino clínico, assim como as horas de realização do mesmo, orientações a seguir, dias de presença na escola, objetivos a cumprir e alguns indicadores a ter em conta aquando da avaliação, entre outros pontos. Sendo que, à data da reunião, haviam decorrido oito turnos de acompanhamento com a enfermeira orientadora de ensino clínico, o professor Joaquim Paulo passou a palavra à enfermeira [REDACTED]. Deixou alguns dos pontos que pretendia conhecer, nomeadamente como se tem desenvolvido o processo de integração, quais as atividades realizadas e possíveis de serem realizadas, como tem sido o comportamento da estudante no que toca a atitudes, quer de apoio e colaboração, conhecimento, perícia técnica e articulação teórico prática, deixando margem para que a enfermeira abordasse estes e outros focos.

Desta feita, a enfermeira [REDACTED] tomou a palavra. Enfatizou o comportamento adequado da estudante, com fácil processo integrativo quer na equipa, quer na dinâmica da ECCI, a par da solicitude apresentada com demonstração de capacidade de trabalho de equipa, disponibilidade, assiduidade e pontualidade. Acrescentou, a fundamentação da prática e a boa articulação de conhecimentos teóricos. Ainda, a procura de conhecer mais no que toca, por exemplo, à REDE e forma de encaminhamento do doente e/ou família. Deu, igualmente, destaque ao facto de perceber que algumas situações são de grande aprendizagem para a estudante, sobretudo devido ao seu percurso profissional

(essencialmente hospitalar), que a faz estar muito receptiva à aprendizagem da atitude profissional na comunidade, assim como na realização de exercícios de reabilitação em que é garantida a máxima segurança para o utente e por conseguinte, a sua confiança no profissional. Ocasionalmente, foi sendo dado um ou outro exemplo de situações que refletissem os comportamentos.

Seguidamente foi passada a palavra à estudante, solicitando-lhe que procurasse seguir os mesmos itens na abordagem. Dado destaque à boa integração decorrida, com colaboração com a equipa, conhecimento da dinâmica, dos objetivos e articulações com outras entidades. Foi valorizado o local de ensino clínico, como um bom campo de aprendizagem. Tem sido conseguida a articulação entre o conhecimento teórico adquirido e a implementação da técnica. A par disto, o percurso profissional hospitalar foi valorizado, mas com o reconhecimento da importante capacidade de distanciamento do mesmo, de modo a conhecer a diferente dinâmica que sucede a nível comunitário.

Tem sido conseguida a perceção e adaptação a essa dinâmica, de “intrusão” consentida na casa dos utentes e suas famílias. Ainda que, genericamente, esteja a corresponder às expectativas ou até a superá-las, o facto é que ficam ainda pontos a melhorar, nomeadamente, aprofundamento de conhecimento e desenvolvimento de competências na gestão da dinâmica familiar dos utentes, e aprofundamento da articulação teórico prática.

A Enf^a [REDACTED] fez referência aos três utentes atribuídos à estudante, e ainda à prestação de cuidados especializados de reabilitação a mais três utentes, no entanto estes últimos não ficam inteiramente à sua responsabilidade visto que têm outras necessidades que a equipa de ECCI tem de dar resposta, e um inclusive, porque tem uma maior proximidade com a estudante (inclusive foi referenciado para ECCI pela estudante).

O professor Joaquim Paulo esclareceu sobre a documentação a entregar, e assim ficou acordado a entrega de 2 Jornais de Aprendizagem, 1 estudo de caso e a ata da reunião. Quanto a planos de cuidados, é importante tê-los estruturados para todos os utentes a quem foram prestados cuidados especializados, de modo a saber dar resposta às questões “O que fiz e porque fiz?”.

Ficou, igualmente, definido que no dia 7 de novembro, na ESEL, teremos uma breve reunião, onde será dado feedback sobre documentação entregue pela estudante, a par do esclarecimento de dúvidas sobre o projeto já entregue.

Foi ainda abordada a possibilidade de estender o prazo final de entrega de relatório de estágio, em mais duas semanas, a partir do prazo previamente definido.

Finalmente foi dada por encerrada a reunião, com a previsão de agendamento de mais uma ou duas reuniões conjuntas, consoante a adequação aos dias de ensino clínico.

Data: 25/02/2017

Duração 14h30 às 15h30

A sessão contou com a presença da estudante Elsa Silva Pereira, professor orientador Joaquim Paulo e enfermeiro orientador de ensino clínico [REDACTED].

Prévia à reunião, o Enfermeiro [REDACTED] fez uma breve apresentação do serviço, em jeito de visita guiada, desde a UCI até à enfermaria, onde decorreu a reunião.

O professor Joaquim Paulo deu início à reunião, expondo uma breve revisão da metodologia preconizada para o ensino clínico, orientações a seguir, objetivos a cumprir e alguns indicadores a ter em conta aquando da avaliação, entre outros pontos.

Agradeceu, em nome da escola, a aceitação de realização de ensino clínico neste serviço, uma vez que o mesmo não estava contemplado nas opções do mestrado. De seguida o professor Joaquim Paulo passou a palavra ao enfermeiro [REDACTED]. Deixou alguns dos pontos que pretendia conhecer, nomeadamente como se tem desenvolvido o processo de integração, quais as atividades realizadas e possíveis de serem realizadas, como tem sido o comportamento da estudante no que toca a atitudes, quer de apoio e colaboração, conhecimento, perícia técnica e articulação teórico-prática, deixando margem para que o enfermeiro abordasse estes e outros focos.

O enfermeiro [REDACTED] referiu o comportamento adequado da estudante, com fácil processo integrativo na equipa, apesar de a mesma não ser fácil. Apontou que é fruto de um comportamento de trabalho em equipa que a estudante apresenta e que é positivamente considerado pela equipa. Acrescentou, a fundamentação da prática e a boa articulação de conhecimentos teóricos, sendo uma estudante em quem confia para a prestação de cuidados em segurança. Destacou o percurso profissional da estudante

como sendo facilitador da integração da dinâmica hospitalar. Pontualmente, referiu momentos exemplificativos dos referidos comportamentos.

Seguidamente foi passada a palavra à estudante. O discurso teve início por via das expectativas trazidas para este ensino clínico e o facto de o mesmo, estar a superar as expectativas. Apontada a integração decorrida, sem dificuldade do ponto de vista do contexto, hospitalar, ou da tipologia de doenças encontradas. Foi enfatizado o percurso dos enfermeiros de reabilitação, nomeadamente enfermeiro ■■■■ e enfermeira ■■■■ (apesar de existir ainda um 3º colega EER). Tem sido conseguida a articulação entre o conhecimento teórico e a prática. Feita menção aos registos diários em caderno, dada a diversidade de experiências que têm ocorrido, nomeadamente, via projetos existentes. Finalmente, destacado que, apesar de não integrados nos objetivos de estágio, a estudante tinha a expectativa de formação prática na componente de reabilitação respiratória ao doente ventilado, e, até à data, ainda não havia tido oportunidade.

O professor Joaquim Paulo esclareceu sobre a documentação a entregar, assim como a pertinência de a estudante colaborar com o serviço naquilo que for considerado importante. Desta feita, o enfermeiro ■■■■ fez menção a que esse tópico já havia sido abordado. A estudante já contribuiu com a reorganização do protocolo de reabilitação cardíaca ao doente com SCA e visava ainda a contribuição na área educacional, do referido programa.

Foi novamente abordada a possibilidade de estender o prazo final de entrega de relatório de estágio, em mais duas semanas, a partir do prazo previamente definido, o que, à data, parece essencial para as horas de estágio a realizar.

Finalmente foi dada por encerrada a reunião, com a previsão de agendamento de mais uma reunião conjunta, no final do ensino clínico.