



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

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com
Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de
conservação de energia**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

**Lisboa
2021**



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

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com
Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de
conservação de energia**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado



Orientador: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

LISTA DE SIGLAS

AC – Autocuidado

ACEER – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHA – *American Heart Association*

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVD – Atividades de Vida Diária

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CF – Capacidade Funcional

DCV – Doenças Cardiovasculares

DD – Descritores de Dublin

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

IC – Insuficiência Cardíaca

NYHA – *New York Heart Association*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRC – Programas de Reabilitação Cardíaca

QV – Qualidade de Vida

RC – Reabilitação Cardíaca

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URCV – Unidade de Reabilitação Cardiovascular

RESUMO

O aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional têm vindo a traduzir-se num maior número de problemas de saúde de carácter crónico e de situações de maior dependência. No conjunto das doenças crónicas, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte e uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida, a nível nacional.

Enquanto doença crónica cardiovascular, a Insuficiência Cardíaca foi identificada como uma epidemia emergente. O seu característico quadro sintomatológico manifesta-se, muitas vezes, em situações de intolerância ao esforço, que se traduz na dificuldade de realização das atividades inerentes ao autocuidado e, conseqüentemente, no compromisso da autonomia.

Na procura pela excelência do exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação atua no sentido da recuperação das capacidades remanescentes das pessoas de quem cuida, ajudando-as a encontrar uma forma de viver compatível com a sua situação de saúde/doença. Junto da pessoa com Insuficiência Cardíaca, a promoção do desenvolvimento de estratégias adaptativas, que permitam manter a saúde e que promovam a maximização da autonomia, constitui-se como uma intervenção fundamental.

Neste sentido, partindo da elaboração e, posterior, implementação, na prática clínica, de um projeto de aprendizagem, procurou-se estudar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com Insuficiência Cardíaca, na promoção de estratégias de conservação de energia.

Para nortear e fundamentar a prática de Enfermagem de Reabilitação foi selecionado como referencial teórico a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, onde a promoção do autocuidado é considerada o objetivo principal da Enfermagem.

O presente relatório tem, então, como primordial objetivo apresentar o processo formativo desenvolvido, ao longo da prática clínica, descrevendo de forma crítico-reflexiva, como as atividades e experiências vivenciadas contribuíram para a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Enfermeiro de Reabilitação e Conservação de Energia.

ABSTRACT

The increase in average life expectancy and, consequently, population aging has been translating into a greater number of chronic health problems and situations of greater dependence. In the group of chronic diseases, cardiovascular diseases are the leading cause of death and one of the main causes of disability and poorer quality of life, at national level.

As a chronic cardiovascular disease, Heart Failure has been identified as an emerging epidemic. Its characteristic symptomatological picture often manifests itself in situations of effort intolerance, which translate into difficulties in carrying out activities inherent to self-care and, consequently, in the commitment to autonomy.

In the search for excellence in professional practice, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing works towards the recovery of the remaining capacities of the people they care for, helping them to find a way of living compatible with their health/disease situation. With the person with Heart Failure, the promotion of the development of adaptive strategies, which allow them to maintain health and promote the maximization of autonomy, constitutes a fundamental intervention.

In the sense, starting from the elaboration and subsequent implementation, in clinical practice, of a learning project, we tried to study the intervention of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing with the person with Heart Failure, in promotion of energy conservation strategies.

To guide and support the practice of Rehabilitation Nursing, the Nursing Theory of the Self-Care Deficit, by Dorothea Orem, was selected as a theoretical framework, where the promotion of self-care is considered the main objective of Nursing.

The main objective of this report is to present the training process developed throughout clinical practice, describing in a critical-reflective manner how the activities and lived experiences contributed to the acquisition of common and specific competences inherent to the professional practice of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Heart Failure, Rehabilitation Nurse and Energy Conservation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE APRENDIZAGEM	16
1.1 Competências Comuns do EE	17
1.1.1 Domínio A: responsabilidade profissional, ética e legal	17
1.1.2 Domínio B: melhoria contínua da qualidade	22
1.1.3 Domínio C: gestão dos cuidados	26
1.1.4 Domínio D: desenvolvimento das aprendizagens profissionais	30
1.2 Competências Específicas do EEER	34
1.3 Intervenção do EEER junto da pessoa com IC	41
1.3.1 Fortalecimento da musculatura respiratória	43
1.3.2 Estratégias de conservação de energia	46
1.3.3 Exercício físico	48
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Aprendizagem	
Apêndice II – Caracterização e Organização de uma ECCI	
Apêndice III – Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular de Lisboa	
Apêndice IV – Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular da Região Norte do País	
Apêndice V – Plano de Cuidados (contexto comunitário)	
Apêndice VI – Plano de Cuidados (contexto hospitalar)	

INTRODUÇÃO

Face ao seu dinamismo, a sociedade e os diversos setores que a constituem estão em constante mutação, inovação e progresso. Enquanto parte integrante da sociedade e não se constituindo uma exceção, na área da saúde observam-se contínuas e ininterruptas mudanças, nomeadamente ao nível das ciências biomédicas e tecnológicas (Rodrigues, 2011). Consequentemente, verifica-se uma maior capacidade de resolver os mais diversos problemas de saúde, constatando-se o desenvolvimento de um quadro de novas realidades sociais, epidemiológicas e demográficas, caracterizado pelo aumento da esperança média de vida e o envelhecimento progressivo da população (Ministério da Saúde, 2018).

Perante este novo contexto sociodemográfico e os progressos técnico-científicos, verifica-se o surgimento de novos e mais complexos problemas de saúde, caracterizados pelo aumento da incidência e prevalência de doenças de carácter crónico e dependente (Ministério da Saúde, 2018). Ante esta realidade, constata-se a emergência de novas necessidades em saúde e, portanto, de novos desafios para os sistemas de saúde. Neste sentido, urge a necessidade de organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, onde a prestação dos cuidados tem vindo a reorganizar-se, constituindo-se a qualidade dos cuidados como o mais importante desafio da atualidade (Magalhães, 2017).

A enfermagem, enquanto profissão integrante da área da saúde, ao acompanhar toda esta evolução, tem "... vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente", onde os enfermeiros se constituem como "... uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade ..." (Decreto-Lei nº 104/98, 1998, p.1739). Neste sentido, como forma de responder à evolução da sociedade e suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de elevada qualificação técnica, científica e ética e de satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, a atualização contínua dos conhecimentos e saberes dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, surge como uma necessidade impreterível, da atualidade (Rodrigues, 2011).

Perante esta realidade, ao longo do tempo, a enfermagem tem sido sujeita a diversas alterações, ao nível da sua formação académica e profissional. Atualmente,

é constituída, não só pela formação inicial, mas também pela formação contínua (Rodrigues, 2011). Ao longo do seu percurso profissional é importante que os enfermeiros invistam na sua educação/formação. O enfermeiro tem o dever de atuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua, assumindo uma atitude de responsabilização pela sua própria aprendizagem, ao longo da vida, como forma de manutenção, adaptação, apuramento e aquisição de novas competências, com o fim último de procurar "... manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas" (Regulamento nº 190/2015, 2015, p.10089).

A aprendizagem ao longo da vida surge, então, como forma de dar resposta à constante evolução da sociedade e às graduais exigências requeridas no âmbito das qualificações e competências dos profissionais (Rodrigues, 2011). Assim, constituindo-se não só como um dever para com a profissão, mas também numa lógica de desenvolvimento pessoal e profissional, senti necessidade de prosseguir com os estudos e integrar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER).

A área da reabilitação "... enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência" (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13565). Face à atual e, anteriormente, realidade descrita, a escolha específica desta área de estudo prende-se pela necessidade de aperfeiçoamento e aquisição de mais conhecimentos, capacidades e competências, que permitam dar resposta às novas necessidades de cuidados identificadas. O aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados na prática e a excelência do exercício profissional tornam-se o fim último do interesse na continuidade de investimento na minha formação.

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no terceiro semestre do plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. Constitui-se como uma reflexão crítica sobre as atividades e experiências vivenciadas, em contexto de prática clínica, onde o principal objetivo é: **descrever todo o processo formativo que serviu de base para o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de**

Reabilitação, essenciais para a obtenção do grau de Especialista (definidas pela Ordem dos Enfermeiros), bem como as competências fundamentais à obtenção do grau de Mestre (expressas pelos descritos de Dublin).

A intervenção especializada na função cardíaca foi destacada como área prioritária a desenvolver por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), até 2025, pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER, 2015). Atualmente, a ER, na vertente cardíaca, constitui-se como uma área fundamental da prática de enfermagem, que pretende dar resposta às necessidades de uma população envelhecida e aumentar a consciência dos benefícios de programas de cuidados cardíacos (Brewer, Boleware & Boss, 2008).

Partindo desta premissa e tendo em consideração o impacto que as doenças cardiovasculares (DCV), como a Insuficiência Cardíaca (IC), representam a nível nacional, na unidade curricular Opção II, integrada no segundo semestre, do supracitado curso, foi desenvolvido um projeto de aprendizagem com o título – **Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de conservação de energia**. A escolha desta temática prendeu-se, também, pelo meu interesse pessoal, profissional e académico em aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades e competências no âmbito particular desta problemática.

O referido projeto constituiu-se, posteriormente, como guia orientador ao meu processo de aprendizagem, em contexto de prática clínica, servindo de suporte para a mobilização e aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos, previamente, essenciais para a aquisição das competências expressas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelos Descritores de Dublin (DD).

Mundialmente, o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional têm vindo a traduzir-se num maior número de problemas de saúde de carácter crónico e dependente. No ano de 2019, as doenças crónicas não transmissíveis constituíam sete das dez principais causas de morte a nível mundial (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2020). No conjunto destas enfermidades, as DCV representam a primeira causa de morte e uma das principais causas “... de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos”, a nível nacional (Ministério da Saúde, 2017, p.15).

Enquanto parte integrante do grupo de DCV, a IC, foi identificada como uma epidemia emergente, sendo reconhecida como uma síndrome com elevada

morbilidade e mortalidade e um dos problemas de saúde pública que mais impacto tem a nível social e económico (Brito, 2020; Fonseca, Brito & Cernadas, 2017). Mundialmente, estima-se que tenha uma prevalência entre 1 a 2% na população, representando cerca de 26 milhões de pessoas (Brito, 2020). Paralelamente a esta situação, apresenta-se como a primeira causa de internamentos na Europa (1 a 4% de todas as hospitalizações), sendo responsável por cerca de 1 a 3% do orçamento total da saúde (Fonseca, et al., 2017).

À semelhança da realidade mundial, a IC em Portugal representa um importante e crescente problema de saúde pública (Gouveia, Ascensão & Fiorentino, 2020). Segundo o estudo Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem (EPICA, 1998-2000), a IC crónica foi estimada em cerca de 4,36%, na população adulta. Face ao envelhecimento populacional prevê-se uma duplicação desse valor, até ao ano de 2035, ascendendo o número de pessoas portuguesas portadoras de IC a cerca de meio milhão (Fonseca, Brás, Araújo & Ceia, 2018). Em relação ao número de internamentos, por IC, verificou-se um aumento de cerca de 20,3%, no ano de 2016, comparativamente a 2011 (Ministério da Saúde, 2017).

Enquanto diagnóstico principal, a IC, representa a maior causa de hospitalizações em pessoas com idade superior a 65 anos e, atendendo ao envelhecimento populacional, em Portugal, prevê-se a ocorrência de um aumento significativo no número de internamentos (Fonseca, et al., 2018). Em consequência desta situação, a IC tem um relevante impacto económico, a nível nacional, perspetivando-se o aumento dos custos, pelo menos até 2036 (Gouveia, et al., 2020). Apesar da atual realidade e do futuro impacto que a IC acarreta para Portugal, esta patologia continua a ser subvalorizada a nível nacional, o que se reflete na grande falta de reflexão e de ação sobre a sua gestão, ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Fonseca, et al., 2017).

Embora ao longo dos anos se verifique que Portugal atinge padrões semelhantes ao resto do mundo, no que concerne aos vários aspetos das DCV, a Reabilitação Cardíaca (RC) continua a ser uma intervenção pouco evidenciada no nosso país, verificando-se a existência de uma reduzida e assimétrica rede de centros de RC, de norte a sul do país (Mendes, 2016). A par desta situação, Portugal faz parte do grupo de países que recruta menos de 5% dos possíveis candidatos à RC, em comparação com a média de 30% de recrutamentos averiguada a nível europeu (Mendes, 2009).

A baixa taxa de participação, em programas de reabilitação cardíaca (PRC), impede que pessoas portadoras de DCV, não beneficiem de uma intervenção terapêutica com indicação mandatória (Classe I), fundamentada nos mais elevados níveis de evidência científica (Nível A) e com comprovados benefícios (redução da mortalidade e no número de hospitalizações, maximização da realização das atividades de vida diária, AVD, melhoria da qualidade de vida, QV), em novos grupos de pessoas, como na IC (Despacho nº 8597/2017, 2017; Mendes, 2009).

A IC é definida como uma síndrome, caracterizada por conjunto de sintomas característicos (fadiga, dispneia e edema maleolar), que pode ser acompanhada por sinais (ingurgitamento jugular, edemas periféricos, congestão pulmonar), que ocorrem na sequência de uma anomalia cardíaca, estrutural e/ou funcional (Ponikowski, Voors & Anker, 2016). Estas alterações cardíacas incorrem na diminuição do débito cardíaco e, conseqüentemente, na incapacidade do coração em satisfazer as necessidades metabólicas do organismo (*American Heart Association, AHA, 2017*).

Enquanto doença crônica e progressiva, a IC e o típico quadro sintomatológico que apresenta traduz-se, muitas vezes, em situações de diminuição da tolerância ao esforço (Pereira, 2014). Desta forma, segundo a *New York Heart Association (NYHA)*, a IC pode ser classificada, de uma forma muito simples, tendo em conta a gravidade da sintomatologia e a tolerância ao exercício, podendo variar desde a ausência de sintomas, aquando da realização das AVD, até à presença de sintomas, mesmo em repouso (Ponikowski, et al., 2016).

Esta intolerância ao esforço, entendida como a insuficiente energia, física e psicológica, necessária para desempenhar, ou completar, as atividades requeridas e desejadas do dia a dia, é um diagnóstico de enfermagem, muitas vezes, evidenciado nas pessoas com IC (Pádua, Vieira & Pereira, 2019). Naturalmente, a independência funcional, isto é, a capacidade para realizar as atividades essenciais para a vida e QV, como o autocuidado (AC), e viver de forma independente o quotidiano, está muitas vezes diminuída, em relação às necessidades de AC, conduzindo a situações de dependência (Freitas, Sarges & Moreira, 2016; Pereira, 2014). Desta forma, em consequência dos episódios de descompensação, a principal causa de hospitalização, das pessoas com esta patologia, está, muitas vezes, relacionada com o défice nas práticas de AC (Pereira, 2014).

Através da maximização das capacidades funcionais e da promoção do AC, das pessoas de quem cuida, o EEER tem “... por foco de atenção a manutenção e

promoção do bem-estar e da qualidade de vida ...” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656). Assim, e porque os enfermeiros têm um papel elementar, junto da pessoa com IC, na promoção do desenvolvimento de estratégias que permitam manter a saúde, a independência no AC e a QV, foi utilizado como referencial teórico, a **Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem**.

A partir da experiência e dos conhecimentos adquiridos, ao longo da vida, todas as pessoas têm capacidade para se autocuidar (Orem, 2001). No entanto, podem ocorrer situações em que a capacidade para a ação é inferior às necessidades de cuidado, surgindo aquilo que Orem define como um défice no AC (Petronilho & Machado, 2017). Esta ausência da capacidade para manter, continuamente, a quantidade e qualidade das atividades que compõe o AC é a condição que valida a necessidade de intervenção de enfermagem (Orem, 2001).

Assistir as pessoas na satisfação das suas necessidades e permitir o retorno ao AC é, assim, um dos objetivos da enfermagem, segundo a teoria do AC de Orem. A perceção da existência de um défice no AC orienta a intervenção do enfermeiro, no sentido da adequação dos métodos de auxílio e da minimização dos seus efeitos na vida da pessoa (Petronilho & Machado, 2017). Desta forma, à luz deste modelo teórico, os enfermeiros têm como principal objetivo promover o desenvolvimento de comportamentos e estratégias de adaptação, nas pessoas com IC, para que estas sejam capazes de se autocuidar, tornando-se mais independentes e maximizando, assim, a sua QV (Pereira, 2014).

Na procura pela excelência do exercício profissional, o EEER atua no sentido da “... recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia ...” e ajudando-a a encontrar “... uma maneira de viver com sentido (...) e compatível com a sua situação ...” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656). **A intervenção do EEER, junto da pessoa com IC**, torna-se relevante, na medida em que deve ensinar a pessoa a alterar a sua abordagem quanto à realização das AVD, através da adoção de estratégias adaptativas, para alívio da fadiga e diminuição da sensação da dispneia, que lhe permitam lidar com o esforço, regular o gasto de energia e, assim, diminuir a intolerância à atividade (Moura, 2015).

Através de ações de educação em saúde, sobre técnicas de conservação de energia, isto é, de estratégias que visam a realização das atividades do dia a dia com menos dispneia e menor consumo de oxigénio, o EEER promove a aprendizagem de ações promotoras da maximização da independência, na realização parcial, ou total

das atividades do cotidiano, ajudando a pessoa a fazer face às limitações no AC (Cordeiro & Menoita, 2014; Moura, 2015).

Com o intuito de perceber o estado atual do conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação, junto da pessoa com IC, na promoção de estratégias de conservação de energia, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, a partir da pergunta de investigação: **Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia à pessoa com Insuficiência Cardíaca?** Para a pesquisa recorreu-se às bases de dados eletrônicas MEDLINE Complete, CINAHL Complete e PubMed e definiram-se como palavras-chave de pesquisa: “Insuficiência Cardíaca” (“*Heart Failure*”), “Enfermeiro de Reabilitação” (“*Nurse*”) e “Conservação de Energia” (“*Energy Conservation*”).

Inicialmente, optou-se por esta abordagem metodológica por se tratar de um método rigoroso de pesquisa, que tem por intuito fazer uma síntese abrangente do conhecimento mais relevante, já existente, sobre a temática em estudo (Aromataris & Munn, 2020). No entanto, obteve-se um número reduzido de artigos, o que me permitiu perceber que, ainda, existe pouca reflexão e análise sobre o tema em estudo. Perante os diminutos resultados obtidos foram, também, utilizadas outras fontes de informação, como livros, teses académicas, artigos não científicos, sites de entidades governamentais e não-governamentais, entre outros, por forma a dar maior sustento ao projeto.

Ainda que os artigos conseguidos tenham sido em número reduzido (dois no total) obtiveram-se resultados que permitem dar algum sustento à temática em estudo:

No primeiro artigo, de seis diagnósticos de enfermagem identificados, a “Fadiga”, apesar de não ter sido dos diagnósticos mais predominantes, foi reconhecido junto de um grupo de pessoas com IC. Dentro do conjunto das intervenções com maior efetividade, é de salientar a educação em saúde e a gestão de energia. Relativamente à intervenção “Gestão de energia”, apesar da baixa prevalência do diagnóstico de fadiga, no grupo em estudo, esta mostrou ter efeitos significativamente positivos, em relação aos resultados de tolerância à atividade e de conservação de energia, na medida em que se verificou uma melhoria considerável nestes dois resultados, ao longo do estudo (Azzolin, Mussi & Ruschel, 2013).

No segundo artigo constatou-se que os cuidados de suporte de enfermagem, desenvolvidos por enfermeiros de prática avançada, como educação, treino - “*coaching*”, aconselhamento sobre a avaliação da perceção dos níveis de fadiga,

conservação de energia durante as AVD, AC na IC e saber responder ao agravamento da sintomatologia, reduzem os níveis de fadiga, melhoram a realização das AVD, reduzem as taxas de readmissão hospitalar e melhoram a QV. Concluiu-se que **os enfermeiros de prática avançada podem educar as pessoas com IC, no sentido do desenvolvimento de eficazes estratégias de conservação de energia**, como estar sentado durante os cuidados de higiene, ou durante a realização de tarefas como arrumar e preparar roupa, fazer listas e organizar previamente as tarefas a realizar, fazer pausas periódicas para descanso, utilizar calçado raso, evitar temperaturas extremas, fazer compras utilizando uma *scooter* elétrica (Smith-Love, 2019).

O avanço da tecnologia e do conhecimento em saúde colocou em expansão as necessidades de cuidados de reabilitação, o que se constitui um desafio ao exercício do EEER (Regulamento nº 350/2015, 2015). Tendo por base as novas descobertas e o surgimento de novas necessidades na área da saúde, no sentido do desenvolvimento de uma prática baseada na melhor evidência científica e na procura pela excelência do exercício profissional, o EEER deve participar na elaboração e implementação de projetos de investigação, por forma a aumentar os seus conhecimentos e desenvolver as suas capacidades, dentro da sua área de especialização (Regulamento nº 392/2019, 2019).

A partir do meu interesse e estando consciente do impacto que a DCV, e em particular a IC, tem para os serviços de saúde, torna-se pertinente estudar e comprovar a relevância da intervenção do EEER, junto desta população. Considerando, ainda, as limitações decorrentes da intolerância ao esforço, que a IC pode acarretar na independência para o AC, é pertinente perceber qual a intervenção do EEER na promoção de estratégias adaptativas, de alívio da fadiga e sensação da dispneia, que promovam a maximização da independência nas AVD, da pessoa com esta patologia.

Desta forma, definiram-se como principais objetivos da implementação do projeto, em contexto prático: **“Desenvolver as competências necessárias ao exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos”** e **“Promover estratégias de conservação de energia, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, junto da pessoa com Insuficiência Cardíaca, que reduzam a intolerância ao esforço e melhorem o Autocuidado”**.

De forma a atingir os objetivos gerais definidos e no sentido de desenvolver todo o conjunto de competências, inerentes ao exercício do EEER, foram delineados

treze objetivos específicos, as respetivas atividades e os recursos necessários mobilizar, em contexto de prática clínica, onde o projeto de aprendizagem foi aplicado.

O projeto e respetivos objetivos definidos serviram, então, de suporte para delinear e orientar o estágio, realizado no terceiro semestre, do presente curso. O estágio decorreu ao longo de dezoito semanas, divididas equitativamente (nove semanas cada) por dois contextos distintos: comunitário e hospitalar. Ao longo da prática clínica tive oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos de ER aprendidos, até então, e de fazer uma análise crítica sobre as atividades e experiências vivenciadas, a partir da mobilização da evidência científica disponível.

Relativamente ao primeiro momento de estágio decorreu em contexto comunitário, tendo sido desenvolvido no seio de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pertencente a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa. A escolha deste local teve como intuito o desenvolvimento de competências comuns e específicas, no âmbito das diversas áreas de intervenção (função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade), inerentes ao exercício do EEER, em contexto comunitário.

Referentemente ao segundo momento de estágio decorreu em contexto hospitalar, contemplando dois locais distintos: um em Lisboa e outro na região norte do país. Ambos os estágios foram desenvolvidos em serviços específicos do foro cardíaco, mais concretamente em Unidades de Reabilitação Cardiovascular (URCV). A escolha destes locais de estágio ocorreu no sentido, não só do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (EE), mas particularmente do aprofundamento de conhecimentos e da obtenção de competências específicas relacionadas com a temática do projeto de aprendizagem e, portanto, de competências no âmbito da ER na função cardiorrespiratória.

Por fim, o presente relatório encontra-se estruturado em dois principais capítulos: “**Reflexão sobre o percurso de aprendizagem**” e “**Considerações finais**”. No primeiro capítulo será espelhado todo o percurso de aprendizagem, desenvolvido em contexto de prática clínica. Tendo por base os objetivos específicos, previamente delineados no projeto de aprendizagem, será feita a descrição, análise e reflexão crítica das atividades e experiências vivenciadas, em contexto prático, que contribuíram para a aquisição de conhecimento e desenvolvimento das competências, comuns e específicas, inerentes ao exercício do EEER. Ainda neste capítulo será

dado especial realce, em subcapítulo próprio, à descrição e análise reflexiva das atividades e experiências vividas, em contexto de prática clínica, que contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas relacionadas com a temática do projeto de aprendizagem – Intervenção da ER no âmbito da função cardiorrespiratória.

No segundo capítulo, como término do relatório, serão elencadas, sinteticamente, algumas considerações finais sobre o caminho percorrido. Nele será feita a avaliação de todo o percurso formativo, salientando os aspetos mais e menos positivos, as dificuldades e limitações encontradas e a forma como foram ultrapassadas e/ou minimizadas. Será, então, espelhada a análise global de todo o percurso desenvolvido e da sua contribuição para o meu desenvolvimento, pessoal e profissional, enquanto futura EEER.

1. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE APRENDIZAGEM

“A enfermagem, enquanto ciência e arte, apenas pode ser adquirida através da execução direta dos cuidados de enfermagem ...”, pois “é no agir em situação que se desenvolvem as competências ...” (Silva & Silva, 2016, p.105 e p.112). Desta forma, a complementação da formação teórica pela formação prática, na profissão de enfermagem, é fundamental para a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes e indispensáveis ao seu pleno exercício.

Assim sendo, dando continuidade a toda a componente formativa teórica aprendida, nos primeiros dois semestres, e com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento das competências intrínsecas à prestação de cuidados especializados em ER, o terceiro semestre, do presente curso, compreendeu uma importante componente de formação prática.

O processo de aprendizagem, em contexto de prática clínica, decorreu em dois contextos específicos (comunitário e hospitalar), no período compreendido entre novembro de 2020 e abril de 2021 e teve como guia orientador o projeto de aprendizagem (Apêndice I) (elaborado no semestre anterior), cuja operacionalização serviu de suporte para a mobilização e aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos, previamente, essenciais à aquisição das capacidades e competências expressas pela OE, no âmbito da especialização em enfermagem.

A partir dos domínios de competência e das respetivas competências presentes no Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019, 2019) e no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019) foram delineados objetivos específicos e definidas as atividades e os recursos necessários mobilizar, nos dois contextos da prática clínica, para que os mesmos pudessem ser concretizados e, conseqüentemente, desenvolvidas as competências inerentes ao exercício do EEER.

O presente capítulo constitui-se como uma exposição do processo formativo desenvolvido, ao longo da prática clínica, e tem como primordial objetivo descrever, de forma crítico-reflexiva, como as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas responderam aos objetivos específicos definidos e, conseqüentemente, contribuíram para a aquisição das competências comuns e específicas essenciais ao meu desenvolvimento, pessoal e profissional, enquanto futura EEER.

1.1 Competências Comuns do EE

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem ...” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4744). Esta diferenciação e especialização profissional assume-se cada vez mais como uma necessidade, face às atuais exigências, técnica e científica, verificadas nos cuidados de saúde.

Independentemente da sua área de especialização, os EE partilham um conjunto de competências comuns, englobadas em quatro domínios de competência, que devem ser aplicadas em qualquer contexto de prestação de cuidados: “responsabilidade profissional, ética e legal” (Domínio A), “melhoria contínua da qualidade” (Domínio B), “gestão dos cuidados” (Domínio C) e “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Domínio D) (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

Perspetivando desenvolver cada um destes domínios e as respetivas competências que cada um engloba foram definidos, tal como já referido, objetivos específicos, para cada domínio de competência, e desenvolvidas determinadas atividades, em contexto de prática clínica, para fazer face a esses mesmos objetivos.

Não fazendo sempre referência aos dois contextos da prática clínica, mas sim a determinadas situações particulares experienciadas, num dos contextos, seguidamente serão descritas e realizada a fundamentação e reflexão sobre algumas das atividades/experiências vivenciadas, que na minha ótica me permitiram responder aos objetivos que defini e, conseqüentemente, me possibilitaram desenvolver as competências comuns inerentes ao exercício do EE.

1.1.1 Domínio A: responsabilidade profissional, ética e legal

No seu leque de competências, o EE, “promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4746). Assim sendo, achei pertinente como ponto de partida **“conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multiprofissional e do EEER, nos locais de estágio”** (Objetivo 2), por forma a integrar, progressivamente a equipa e ser capaz de prestar cuidados seguros e com qualidade.

Como já mencionado, anteriormente, o percurso formativo foi desenvolvido em contexto de prática clínica, ao longo de dezoito semanas, divididas equitativamente, por dois contextos distintos. O primeiro momento de estágio decorreu em contexto comunitário e o segundo em contexto hospitalar.

Não tendo tido oportunidade de conhecer, previamente, qualquer um dos locais, face ao contexto pandémico atual, na primeira semana, de cada um dos estágios, senti necessidade de procurar, em documentação legal e normativa e junto dos enfermeiros orientadores clínicos (através da realização de entrevistas estruturadas) informação sobre a caracterização, organização e funcionamento de cada uma das instituições/serviços, sobre os recursos físicos, humanos e materiais disponíveis, assim como do trabalho desenvolvido, no âmbito dos cuidados de enfermagem gerais e, sobretudo, de reabilitação.

No que diz respeito ao primeiro momento de estágio decorreu em contexto comunitário (de 23 de novembro a 5 de fevereiro), tendo sido desenvolvido no âmbito de uma ECCI, pertencente a uma UCC, de um dos ACES de Lisboa (Apêndice II).

Neste local tive oportunidade de integrar uma equipa multiprofissional (onde estavam incluídos três EEER), constituída por um conjunto de profissionais de saúde com diversas e diferentes competências, cuja função passava por prestar cuidados, de âmbito médico, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, "... a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, (...), cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma" (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, p.3862). Tive, portanto, oportunidade de prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social a pessoas e famílias em situação vulnerável, de maior dependência funcional, ou doença, que necessitavam de acompanhamento próximo, em contexto domiciliário e comunitário (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Aqui prestei cuidados a pessoas incluídas em todas as faixas etárias e com enfoques patológicos diversificados, que abrangiam todo o tipo de alterações da funcionalidade (respiratória, sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade), encontrando-se um grande leque de situações carecidas de cuidados de reabilitação. Neste sentido, a natureza dos cuidados de ER prestados foi variada, verificando-se, no entanto, uma maior prevalência de situações cuja prestação de cuidados de ER insidia, sobretudo, no âmbito da reabilitação funcional motora (RFM).

Neste contexto desenvolvi, então, um conjunto de intervenções no âmbito da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, cujo objetivo passava por melhorar a funcionalidade e promover a autonomia de pessoas que se encontravam em situação de dependência, em qualquer fase do seu ciclo de vida (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006; Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Relativamente ao segundo momento de estágio decorreu em contexto hospitalar, contemplando dois locais distintos: um em Lisboa (de 8 de fevereiro a 26 de março) e outro na região norte do país (de 5 a 16 de abril) (Apêndices III e IV). Ambos os estágios foram desenvolvidos em serviços específicos do foro cardíaco, mais especificamente em URCV.

Em ambas as unidades tive oportunidade de integrar PRC constituídos por equipas multiprofissionais, compostas por um grupo de profissionais de saúde (inclusivamente EEER), com diversificadas competências e que intervinham de forma conjunta e complementar, para atingirem o mesmo fim único: “... otimizar a recuperação funcional do doente que sofreu um acidente cardiovascular, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo os fatores de risco, por forma a prevenir eventuais recorrências de complicações cardiovasculares” (Costa, 2017, p.1).

Ao longo destes dois momentos de estágio tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas incluídas em faixas etárias mais avançadas e que sofreram um evento cardiovascular agudo (como o enfarte agudo do miocárdio, EAM), ou que tinham uma doença cardíaca crónica (como a IC), ou, ainda, que estavam propostas, ou já tinham sido submetidas a intervenções cirúrgicas a nível cardíaco (como a cirurgia valvular, de revascularização coronária e de implantação de dispositivos cardíacos). Neste contexto, a natureza de cuidados de ER prestados esteve mais direcionada para os cuidados de ER na função cardiorrespiratória.

Constatou-se que qualquer um dos locais de estágio selecionados tinha as características apropriadas para responder aos objetivos específicos delineados, inicialmente. No seu conjunto, demonstraram-se adequados para o desenvolvimento das competências, comuns e específicas, no âmbito das diversas áreas de intervenção (função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade), inerentes ao exercício do EEER, assim como para o aprofundamento de conhecimentos e a obtenção de competências específicas relacionadas com a temática do projeto de aprendizagem (função cardiorrespiratória).

Os padrões éticos da profissão de enfermagem “... assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica (...) pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.17). Neste sentido, é requisito do compromisso profissional, que o EEER seja capaz de **“desenvolver uma prática profissional, na área especializada de ER, assente nos princípios éticos, deontologia profissional e respeito pela dignidade e direitos da pessoa cuidada”** (Objetivo 1).

Saliento aqui o contexto comunitário, um meio “desconhecido”, onde o enfermeiro “... imerge no espaço cultural e vivencial de cada família, o que exige uma grande capacidade de adaptação, mas também de compreensão das diferentes particularidades de cada um desses espaços no sentido de conquistar a confiança das pessoas cuidadas, ...” que lhe permitirá utilizar todos os recursos disponíveis, em proveito do processo de cuidar e dos objetivos a atingir (Gago & Lopes, 2012, p.75).

Este contexto de estágio foi importante para me aperceber da importância da proximidade e do lugar privilegiado, que o EEER, assume junto da pessoa cuidada e sua família/cuidador. Esta proximidade e a possibilidade de estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança, permite ao enfermeiro conhecer as reais necessidades de cuidados da pessoa cuidada e sua família e de intervir de forma mais personalizada desenvolvendo, assim, uma abordagem holística e centrada na pessoa e exercendo, na sua plenitude, aspetos como o respeito pela pessoa e dignidade humana, pelos valores humanos, pela humanização dos cuidados e, até mesmo, pela participação dos familiares, na prestação dos cuidados.

Uma das situações que acompanhei desde a fase inicial de integração na ECCI e que me proporcionou várias e diferentes aprendizagens neste sentido diz respeito a uma utente com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), já numa fase bastante avançada da doença, apresentando-se totalmente dependente de terceiros na satisfação das atividades inerentes ao AC.

Nestas situações, de maior dependência, o estabelecimento de uma relação de ajuda e a promoção da interlocução da tríade enfermeiro/utente/cuidador, em contexto domiciliário, é muito importante, no sentido de apoiar, educar em saúde, esclarecer todas as dúvidas e, até mesmo, para ajudar a superar dificuldades que possam existir na satisfação das necessidades e na prestação dos cuidados, no dia a dia, ao familiar portador de doença crónica incapacitante (Nóbrega, Júnior & Miranda, 2012).

Apesar do familiar/cuidador principal (marido), nesta situação em particular, ser muito independente na prestação e provisão de todos os cuidados necessários, foi-se verificando a necessidade de reforçar alguns dos ensinamentos já efetuados e de educar em saúde sobre situações novas que foram surgindo. No entanto, ao longo do tempo, fui-me apercebendo que nem sempre esses ensinamentos eram integrados nos cuidados que prestava ao seu familiar dependente.

Apesar de na nossa intervenção aconselharmos e educarmos em saúde as pessoas/famílias de quem cuidamos, nem sempre estas integram no seu dia a dia a mudança de comportamentos incutida, pois podem não ser mudanças desejadas e serem comportamentos que vão contra as crenças e valores da pessoa cuidada e sua família. Não nos podemos esquecer que “... cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se” (Nunes, et al., 2005, p.143).

Aos poucos fui percebendo e conseguindo conhecer melhor a utente e o seu cuidador (marido) e, conseqüentemente, estabelecer uma relação mais próxima com estes, o que facilitou, a minha intervenção perante todo o processo de reabilitação da utente e de capacitação do seu familiar. Este processo foi facilitado porque, com o tempo, fui percebendo e conhecendo as suas preferências e escolhas pessoais, a sua definição de bem-estar e o projeto de saúde da própria utente/família. Na plenitude do seu exercício profissional, o EEER “utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13567).

Tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do EE, no conjunto das suas competências, “o enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica ...” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). É na relação com o outro e, também com a sua família/cuidador, que conseguimos conhecer a singularidade da pessoa de quem cuidamos, as suas reais necessidades e preferências e, assim, prestar cuidados personalizados e de qualidade.

Com o desenrolar deste estágio fui conseguindo perceber a forma como poderia desenvolver a minha prática profissional de ER, para e com a pessoa e sua família, no seu próprio ambiente. Consegui desenvolver algum sentido crítico no que diz respeito ao cuidar na relação com o outro, tendo por base o meio em que cada

pessoa está inserida e o respeito pelas crenças e valores pelos quais as pessoas/famílias se regem, abstenho-me, sempre, de juízos de valor sobre o comportamento e opções das mesmas e respeitando, assim, as suas preferências.

Em qualquer um dos contextos da prática de cuidados foi presumível e esteve sempre presente uma prática profissional baseada no Código Deontológico do Enfermeiro, tendo sido, por isso, a responsabilidade profissional, ética e legal transversal a todos os objetivos e atividades delineadas. A minha abordagem, perante cada utente/família, teve sempre por base o respeito pela máxima de que “cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada” (Nunes, et al., 2005, p.143).

Indo ao encontro dos DD fui capaz de aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade “... de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares ...” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246).

1.1.2 Domínio B: melhoria contínua da qualidade

Face ao aumento da esperança média de vida, da complexidade dos problemas de saúde, da evolução técnico-científica e, conseqüentemente, do aumento da expectativa das pessoas face aos cuidados dispensados, a criação de sistemas de qualidade em saúde constitui-se, atualmente, como uma ação prioritária, das equipas multiprofissionais, na área da saúde (OE, 2001).

Enquanto elemento integrante da equipa de saúde, faz parte do leque de competências do EEER fomentar “... a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). Neste sentido, sendo importante que os enfermeiros, no seu pleno exercício profissional, estejam capacitados para a criação e implementação de programas/projetos de melhoria e desenvolvimento dos cuidados, **“colaborar na conceção, operacionalização e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no âmbito da ER”** (Objetivo 3), foi um dos objetivos definidos para a implementação do meu projeto, em contexto de prática clínica.

A elevada carga, que as DCV acarretam nas sociedades e o conseqüente impacto causado a nível social, económico e cultural, evidencia a importância e a necessidade do investimento em estratégias de saúde pública, que assentem não só no tratamento, mas também na prevenção, promoção da saúde e reabilitação da

própria doença (Despacho nº 8597/2017, 2017; Ribeiro, Furtado & Pereira, 2013). Desta forma, com o intuito de minimizar os efeitos da morbilidade e, consequentemente, melhorar a QV das pessoas portadoras de doenças do foro cardíaco têm sido desenvolvidos, com o tempo, PRC (Santos, 2020).

No segundo contexto de estágio, desenvolvido em serviços do foro cardíaco, mais especificamente em URCV, tive oportunidade de integrar, participar e intervir na operacionalização de dois PRC, tendo um deles, inclusivamente, sido delineado, projetado e impulsionado por EEER.

Nestes locais de estágio, tive oportunidade de alargar e aprofundar os meus conhecimentos no âmbito da RC, uma área de intervenção terapêutica reconhecida como mandatária e fundamentada nos mais elevados níveis de evidência científica, sendo reconhecida como uma intervenção com custo-eficácia, com comprovados benefícios na redução da mortalidade e no número de hospitalizações, na promoção da maximização da realização das AVD e, consequentemente, na melhoria da QV (Despacho nº 8597/2017, 2017).

Face à diversidade das áreas abrangidas pela RC, de forma a garantir uma visão holística e integrada do utente e das suas necessidades, de contribuir para a melhoria da sua QV e, assim, fazer face aos objetivos do PRC, estas URCV são constituídas por equipas multiprofissionais, onde estão incluídos EEER. Os profissionais de saúde, apesar de terem funções específicas, intervêm todos de forma conjunta e complementar, em prol da melhoria do estado de saúde, satisfação e bem-estar do utente cardíaco. No entanto, um aspeto muito positivo que verifiquei na organização das referidas URCV e na operacionalização e funcionamento do próprio PRC foi a presença permanente, a intervenção constante e a grande autonomia que o EEER tinha ao longo de todo o processo de desenvolvimento do programa e de integração e orientação do utente, ao longo deste.

O enfermeiro, ao constituir-se como o elemento da equipa multiprofissional, cuja presença é contínua e que mais está em contacto direto e permanente com os utentes, em muitos países coordena os programas de determinados centros de RC. “Os cuidados orientados pela enfermagem ou os programas de prevenção multidisciplinares coordenados pela enfermagem são mais eficazes que os cuidados habituais na redução do risco cardiovascular, numa grande variedade de cenários relacionados com cuidados de saúde” (Perk, Backer & Gohlke, 2013, p.58).

Apesar disso, é sabido que “... nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p.6). Assim sendo, o EEER, na excelência do seu exercício profissional, deve garantir, em conjunto com a equipa multiprofissional, “... um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e desenvolver “... práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747).

Intervir e colaborar na operacionalização dos PRC, das URCV onde estagiei, permitiu-me desenvolver capacidades, no âmbito das supracitadas competências. Além disso, permitiu-me perceber a importância que posso ter, enquanto futura EEER, na agilização da definição, planeamento e impulsionamento da implementação e operacionalização de programas de melhoria contínua, que garantam o desenvolvimento de uma prática de cuidados com qualidade, baseada na melhor evidência científica, dentro da minha área de especialidade.

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade, o EEER “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção ...”, das pessoas de quem cuida (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). Assim defini como mais um objetivo, da implementação do meu projeto, **“desenvolver uma prática de cuidados, especializada de ER, centrada nas necessidades da pessoa cuidada e que seja promotora da sua segurança e bem-estar, em qualquer contexto”** (Objetivo 4).

Um dos aspetos para o qual estive desperta, no estágio em contexto comunitário, foi a relação de proximidade que é estabelecida entre o EEER e os utentes/famílias/cuidadores. Esta relação privilegiada de contiguidade foi facilitadora do desenvolvimento de uma prática de cuidados individualizada e humanizada, pois foi na relação com o outro e, também com a sua família/cuidador, que consegui conhecer a singularidade da pessoa de quem cuidava, as suas reais necessidades e preferências e, assim, prestar cuidados personalizados e de qualidade. Além disso, neste contexto, a família/cuidador demonstrou-se como o principal e mais importante meio, a quem pude recorrer, no sentido da manutenção dos cuidados de ER. Tal é corroborado pela literatura, que nos diz que, ao longo do tempo, esta parceria de

cuidados, apresenta-se como uma mais-valia, trazendo ganhos significativos na humanização e garantia da continuidade dos cuidados prestados (Verde, 2015).

Esta complementaridade e o trabalho recíproco, entre o EEER e as famílias/cuidadores, foi muito evidente, por exemplo, na prestação de cuidados em duas situações de extrema dependência, as quais tive a oportunidade de acompanhar ao longo de todo o estágio. Aqui gostaria de destacar a minha prestação de cuidados face a uma situação de doença crónica progressiva incapacitante (uma Sra. com ELA), onde o principal cuidador era o marido, e as minhas vivências do cuidar em contexto pediátrico, no domicílio, onde tive contacto e prestei cuidados a uma criança com graves défices neurológicos e motores, cujos principais cuidadores eram a mãe e uma cuidadora formal.

Nestas duas situações, de maior dependência, senti a necessidade particular de intervir no sentido da educação, orientação e aconselhamento das famílias/cuidadores, por forma a manter a continuidade da qualidade dos cuidados de enfermagem, quer gerais, que no âmbito da reabilitação. Fez sempre parte da minha intervenção o envolvimento dos cuidadores na prestação de todos os cuidados efetivados, pois é nosso dever enquanto EEER envolver “... a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades ...” e de fomentar “... a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade (...), como parte das perceções de segurança ...”, das pessoas de quem cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747 e 4748).

É descrito por alguns autores que a família se constitui como um dos recursos essenciais à prestação de cuidados de enfermagem, aos familiares doentes, nomeadamente em situação de maior dependência (Fernandes, Gomes & Martins, 2015; Mota, s. d.). Assim, na sua intervenção, junto das famílias, o EEER empodera e capacita os familiares/cuidadores, tornando-os no seu principal aliado no processo de reabilitação e continuidade do mesmo (Mota, s. d.).

Durante as visitas domiciliárias foi visível a importância da simultaneidade entre a aplicação do programa de reabilitação, propriamente dito, e os momentos de educação para a saúde, junto dos utentes e sua família/cuidadores. Em contexto domiciliário, “o trabalho do enfermeiro de reabilitação desenvolve-se numa atitude de partilha de saberes e de intervenções, caracterizada pela complementaridade, negociação e trabalho mútuo, numa completa parceria (...)”, por forma a conseguir dar continuidade aos cuidados prestados, garantir a efetividade terapêutica, a

prevenção de incidentes e, conseqüentemente, conquistar o desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro (Mota, s. d., p.1; Regulamento nº 140/2019, 2019).

Perante o descrito, com as oportunidades que tive na prática, em contexto comunitário, sinto que desenvolvi capacidades e competências, no âmbito da comunicação, envolvimento, educação e transmissão de informação importante, junto das pessoas de quem cuidamos e seus familiares/cuidadores, assegurando, assim, a continuidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente de ER. Envolvendo a família e outros cuidadores na prestação dos cuidados atuei no sentido do desenvolvimento e gestão de um ambiente centrado na pessoa, “... condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes ...”, assegurando, deste modo, o desenvolvimento de um ambiente seguro e protetor e a promoção da “... envolvimento adequada ao bem-estar ...”, das pessoas cuidadas (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4747).

1.1.3 Domínio C: gestão dos cuidados

Os desafios que as atuais sociedades, em constante evolução e transformação, colocam à gestão e organização dos cuidados de saúde, incluindo os processos de reabilitação, implicam que o exercício profissional do EEER se desenvolva em plena parceria e em “... sintonia com os demais elementos da equipa multidisciplinar, de modo a garantir resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, famílias e comunidade” (Pontes & Santos, 2016, p.90). Desta forma, faz parte das competências inerentes ao exercício do EEER **“participar na gestão dos cuidados especializados na área de ER, em articulação com a equipa de saúde, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, em qualquer contexto”** (Objetivo 5).

Tendo por base a premissa do cuidado holístico e integral, inerente aos PRC, e não considerando, assim, uma abordagem exclusivamente biológica, mas também a reintegração satisfatória das pessoas com DCV “... na sua rotina familiar, social e profissional ...” surge a necessidade de intervenção de profissionais de saúde de áreas distintas, de forma a melhor responder às diferentes necessidades das pessoas com doenças do foro cardíaco (Souza-Rabo, Campos & Barbosa, 2010, p.104).

Segundo a literatura, a existência de uma equipa multiprofissional possibilita a combinação de diferentes conhecimentos, capacidades e competências fundamentais

para o processo de reabilitação individual, de cada pessoa (Santos, 2016). Assim, a intervenção e abordagem multiprofissional, perante a pessoa com DCV, é fundamental para a otimização dos cuidados prestados e dos resultados a alcançar (Timóteo, Silva & Moreira, 2020).

O enfermeiro ao constituir-se como o elemento da equipa multiprofissional que mais tempo está em contacto com o utente acaba por ter uma intervenção preponderante na “... gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde ...” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748). Em muito países a coordenação dos PRC já é assumida pelos enfermeiros, por serem os elementos da equipa multiprofissional, que mais estão em contacto direto e permanente com os utentes (Perk, et al., 2013).

Um exemplo da minha prática que, de forma simples, ilustra a importância da intervenção do EEER na organização e gestão do processo de reabilitação diz respeito a um Sr. que acompanhei no PRC, numa das URCV. Apesar de, aparentemente, motivado no seu processo de reabilitação, ao longo de alguns contactos que estabeleci com o mesmo, apercebi-me que se encontrava algo triste e desanimado.

Numa das minhas interações com o Sr. este acabou por verbalizar que todo o processo, pelo qual se encontrava a passar, estava a ser difícil e andava a gerar-lhe alguma ansiedade. Percebia a necessidade e a importância de incluir, no seu dia a dia, estilos de vida mais saudáveis, no entanto as mudanças de comportamento que veio a adotar na sua vida, de forma repentina (nomeadamente, deixar de fumar e evitar/deixar de comer alguns alimentos que estava habituado a ingerir, com alguma regularidade), estavam a deixá-lo ansioso e com a sensação que tinha alguma falta de controlo sobre a sua própria vida. Além disso, o facto de serem comportamentos que só teriam resultados visíveis a médio/longo prazo, deixavam-no mais ansioso e, de certa forma, desmotivado, por não saber se seria capaz de esperar pelos resultados positivos e de adotar estes comportamentos saudáveis para o resto da sua vida. Sentia, portanto, que se encontrava numa situação sobre a qual não tinha qualquer controlo, o que o deixava muito vulnerável.

Na URCV eram realizadas, periodicamente, reuniões multiprofissionais, que se constituíam como importantes momentos de comunicação e interação, entre os diferentes elementos da equipa multiprofissional, que tinham como intuito a consecução de objetivos e a solução de problemas, através da tomada de decisões

fundamentais para o processo de reabilitação das pessoas (Santos, 2016). Assim achei pertinente expor a situação vivenciado por este Sr., numa destas reuniões.

No sentido de ajudá-lo a gerir a sua ansiedade/stress, as suas expectativas em relação à sua condição de saúde/doença, de ajudá-lo no desenvolvimento da sua autoconfiança e, sobretudo, da motivação necessária para aderir, eficazmente, ao PRC, mantendo-o ao longo da sua vida, referenciei a importância de reforçar o acompanhamento deste Sr., de forma mais pautada e regular, por parte dos psicólogos, visto ser o grupo profissional, dentro da equipa, com mais capacidades e competências, teóricas e práticas, que permitiam dar resposta a estas necessidades.

No domínio da gestão dos cuidados, o EEER, deve reconhecer "... quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748). Nesta situação em particular, percebendo que o problema identificado estaria, em parte, fora do meu leque de conhecimentos e competências, considerei importante referenciar e orientar este Sr. para outro grupo profissional, integrado na equipa multiprofissional, que conseguisse responder e satisfazer, de forma mais eficaz, as suas atuais necessidades individuais. No respeito do direito ao cuidado, é dever do enfermeiro "orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência" (Lei nº 156/2015, 2015, p.8079).

Indo ao encontro dos DD, perante esta situação julgo ter sido capaz de comunicar "... as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades" (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246). Consequentemente, fui capaz de otimizar as respostas de enfermagem e da restante equipa de saúde, potencializando o processo de cuidados e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ainda no âmbito da gestão dos cuidados, o EEER deve ser capaz de **"adaptar os recursos existentes às necessidades de cuidados, da pessoa cuidada, garantindo a qualidade da prática de cuidados de reabilitação, em qualquer contexto"** (Objetivo 6).

Em contexto domiciliário, a parceria de cuidados estabelecida entre o EEER e os utentes e suas famílias/cuidadores, não só possibilita a personalização dos cuidados, o desenvolvimento de um ambiente propício à adaptação do processo de saúde/doença e a capacitação das famílias/cuidadores, importante à continuidade dos

cuidados, como também tem influência na alocação e gestão dos recursos (Verde, 2015). Neste contexto, o EEER tem uma intervenção muito importante “... na avaliação das condições habitacionais e na orientação das alterações necessárias na estrutura física, assim como em outras ações de promoção da saúde e prevenção de doença/morbilidade” (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, APER, 2010, p.2).

Particularmente em situações de maior dependência, no estabelecimento desta relação de contiguidade, o EEER deve estar desperto para perceber em que condições vivem os utentes/famílias e de que recursos (humanos e materiais) dispõem, importantes à prevenção de incidentes e gestão de riscos, quer físicos, quer psicológicos (risco de queda, de desenvolvimento de úlcera por pressão, de isolamento social, etc.).

Uma das situações que acompanhei ao longo de todo o estágio em contexto comunitário e que me proporcionou algumas aprendizagens, neste sentido, diz respeito a uma utente com diagnóstico de ELA, atualmente num estágio bastante avançado da doença. Face à ausência de movimento e força muscular ao nível dos quatro membros e tronco, no sentido da prevenção de complicações associadas à imobilidade, esta utente dispunha de alguns dispositivos de alívio de pressão, importantes para a prevenção de úlceras por pressão. Entre estes fazia uso de uma almofada de assento redondo com orifício (em forma de anel/tipo “donut”).

Atualmente, alguns autores desaconselham a utilização deste tipo de dispositivo, uma vez que, ao invés de repartir a pressão exercida pelo corpo, concentra-a sobre a zona corporal que está em contacto com a superfície da almofada, sujeitando essa área a pressões muito elevadas e, consequentemente, reduzindo o fluxo sanguíneo e facilitando, assim, o aparecimento de úlceras por pressão nessa zona (Menoita, 2015). Partindo deste conhecimento, foi aconselhado o desuso desta almofada, ou pelo menos a sua utilização por curtos períodos de tempo, ao longo do dia, e reforçada a importância de ser privilegiada a utilização da almofada viscoelástica, de formato quadrado, que também dispunham.

Apesar de não se constituir uma situação muito complexa, foi a identificação de pormenores como este que me ajudaram a estar mais atenta para o meio que me rodeava, em contexto domiciliário, e a desenvolver a minha capacidade de apreciação e de sentido crítico sobre situações que poderiam pôr em causa a segurança e bem-estar, das pessoas de quem cuidei. Este estágio ajudou-me a desenvolver a minha

capacidade reflexiva e crítica, tornando-me mais ciente das exigências do cuidado especializado, mais sensível às necessidades das pessoas e da família e, ao mesmo tempo, preocupada com a gestão e adequação dos recursos e das necessidades encontradas, perante cada situação de cuidados.

A identificação de situações de cuidados, sobre as quais é importante educar as famílias/cuidadores, no sentido da promoção da saúde, prevenção de complicações e gestão de riscos, faz parte do conjunto de competências inerentes ao exercício do EEER. Na sua intervenção em âmbito domiciliário, o EEER gere e adapta os recursos existentes às situações e ao contexto em que os utentes estão inseridos e negocia os recursos adequados e fundamentais à prestação de cuidados, visando a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados de ER (Regulamento nº 140/2019, 2019).

1.1.4 Domínio D: desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Uma das competências essenciais a desenvolver, no sentido da procura pela excelência do exercício profissional, é “a capacidade de autoconhecimento”. Na sua intervenção, o EE deve deter consciência de si mesmo e ser capaz de reconhecer os seus recursos e limites (quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional), de forma a identificar os fatores que podem interferir no estabelecimento da tão importante relação terapêutica, central à prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749). Assim sendo, ser capaz de **“demonstrar capacidade de autoconhecimento, enquanto pessoa e profissional”** (Objetivo 7) foi mais um dos objetivos estabelecidos para a operacionalização do meu projeto de aprendizagem.

No estágio que desenvolvi, em contexto comunitário, no âmbito de uma ECCL, tive oportunidade de prestar cuidados de ER ao longo de todo o ciclo de vida, intervindo quer junto de pessoas adultas e idosas, quer junto de crianças. Apesar de ter tido algum contacto com crianças, enquanto estudante de enfermagem, presentemente, quer a nível pessoal, quer a nível profissional tenho, sobretudo, vivência e experiência de prestação de cuidados com pessoas adultas e idosas, sendo o meu contacto e interação com crianças muito esporádico. Assim sendo, ao contactar com a pediatria, ao longo deste estágio, tomei consciência sobre um dos meus limites pessoais e profissionais: a comunicação e interação com as crianças.

Em enfermagem, a comunicação assume-se como um instrumento básico, imprescindível e indispensável para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. A interação e comunicação, enquanto processo organizado e sistematizado, permite ao enfermeiro obter todas as informações importantes para identificar e avaliar, de forma criteriosa, as necessidades de saúde/doença das pessoas de quem cuida, direcionando, as intervenções de enfermagem mais adequadas (Martinez, Tocantins & Souza, 2013). Assim, através da comunicação, o enfermeiro consegue conhecer as pessoas de quem cuida e prestar cuidados individualizados e humanizados (Fernandes, 2017).

Como já referi, neste estágio tive oportunidade de acompanhar utentes em fase pediátrica. As crianças que acompanhei tinham idades compreendidas entre os seis meses e os dez anos, tendo, ainda a particularidade de serem crianças com problemas neurológicos. Desta forma, para além de terem as suas singularidades, enquanto crianças, relativas à etapa de desenvolvimento em que se encontravam, tinham também características muito próprias relacionadas com os seus problemas de saúde, nomeadamente, perturbações comunicacionais, no âmbito da linguagem oral. A forma como se expressavam e comunicavam com o meio envolvente e com as pessoas que as rodeavam era muito específica e própria.

Independentemente dos seus problemas de saúde, a minha grande dificuldade prendia-se, por um lado com a interpretação relativa à sua forma de comunicação não verbal para com o meio que as envolvia e para comigo (o seu olhar, a sua expressão facial, o seu comportamento corporal e choro), mas também e, sobretudo, como podia e devia responder aos seus estímulos e respostas comportamentais e de que forma podia comunicar com elas. A que estratégias de comunicação poderia recorrer, de modo a entrar no seu mundo, para que me aceitassem e, assim, conseguisse desenvolver uma relação de segurança, confiança e conforto e, consequentemente, estabelecer a relação terapêutica necessária à prestação de cuidados.

A forma como se comunica com uma criança implica conhecer o seu desenvolvimento emocional e espiritual, devendo o enfermeiro ter como quadro de referência as aprendizagens esperadas de linguagem e pensamento da criança, de acordo com o grupo etário e estágio de desenvolvimento em que esta se encontra (Fernandes, 2017). De acordo com o seu estágio de desenvolvimento, as crianças possuem características muito particulares, que podem ser expressas através da própria linguagem verbal, ou não-verbal. Desta forma, quer as palavras, quer o

comportamento possuem um valor muito significativo na manifestação das crianças, exprimindo verbal, ou comportamentalmente, alguma forma de comunicação (Martinez, et al., 2013). Ao compreender as características específicas de cada uma das etapas de desenvolvimento, os enfermeiros conseguem ter todo o processo de comunicação facilitado (Fernandes, 2017).

Além deste aspeto, perante a existência de perturbações da comunicação, torna-se importante fazer recurso a meios alternativos de comunicação. Para tal é importante, enquanto profissional, ter competências e formação na área de intervenção da comunicação aumentativa e/ou alternativa (CAA), para que, enquanto “... interlocutores privilegiados, a par da família e com esta, se encontrem os meios mais adequados para proporcionar à criança todas as oportunidades que a comunicação lhe oferece” (Sapage, Cruz-Santos & Fernandes, 2018, p.230).

Quer seja pela sua etapa de desenvolvimento, quer seja pela sua condição de saúde/doença, as crianças devem ser percebidas a partir das suas potencialidades e não pelas suas limitações, devendo os enfermeiros comunicar e interagir, constantemente, com as crianças de quem cuidam (Martinez, et al., 2013). O enfermeiro deve, então, reconhecer as limitações/barreiras de comunicação e, tendo por base o desenvolvimento e as diferentes dimensões das crianças de quem cuida, deve recorrer à comunicação não só verbal, mas também não-verbal e, até mesmo simbólica (jogos, brincar e toque) (Fernandes, 2017). Deve ser capaz de integrar diferentes capacidades comunicativas (vocalização ou fala, que ainda possa existir, texto, gestos, sinais manuais, expressões faciais, linguagem de sinais, símbolos, imagens, dispositivos com saída da voz, etc.), que ajudam na expressão de “...pensamentos, necessidades, desejos e ideias ...” (Sapage, et. al, 2018, p.230).

Uma das competências centrais à prática do exercício do EE é “a capacidade de autoconhecimento”. Na sua intervenção, o EE deve ter consciência de si e ser capaz de reconhecer os seus recursos e limites, enquanto pessoa e profissional, de forma a identificar o que pode interferir no relacionamento e estabelecimento de relações terapêuticas eficazes com as pessoas de quem cuida (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749). Este estágio, ao proporcionar-me diferentes experiências de prestação de cuidados, ao longo do ciclo de vida, permitiu-me identificar e refletir sobre algumas das minhas capacidades e competências menos desenvolvidas.

Esta consciencialização e reflexão sobre o “eu” e, sobretudo, sobre as minhas dificuldades e limitações obrigou-me a desenvolver a minha capacidade de reflexão e

sentido crítico sobre a minha intervenção perante situações novas e diferentes, tornando-me mais ciente das minhas próprias necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de novas capacidades e competências e levando-me a procurar estratégias para colmatar os meus limites/lacunas profissionais.

Ao longo das visitas domiciliárias aprendi muito, com a enfermeira orientadora clínica, através da observação e do questionamento. O seu acompanhamento foi essencial, porque procurou sempre partilhar comigo os seus conhecimentos, permitindo-me gradualmente melhorar a minha prestação de cuidados. Além deste acompanhamento, também foram importantes as reuniões, formais e informais, realizadas com a professora orientadora. Aqui pude expor as minhas dúvidas, dificuldades, limites e receios e refletir, conjuntamente, sobre todos esses aspetos, traçando-se algumas estratégias, para minimizar e/ou ultrapassar os mesmos.

A elaboração de jornais de aprendizagem foi, também, uma estratégia importante na medida em que me permitiu refletir, criticamente, sobre mim e sobre o percurso que fui desenvolvendo, em contexto de prática clínica, a tomar maior consciência sobre as minhas aptidões e competências e a perceber e refletir, principalmente, sobre as minhas dificuldades e aspetos a melhorar.

Foi, também, inevitável a necessidade que senti de recorrer a pesquisa bibliográfica recente (sobre a prestação de cuidados ao utente pediátrico, à caracterização dos estádios de desenvolvimento e suas particularidades de comunicação, assim como de informação referente a estratégias e formas de interação e comunicação alternativas e eficazes, junto da criança), por forma a colmatar as minhas lacunas de conhecimento e, assim, conseguir intervir e **“suportar a prática clínica e o processo de tomada de decisão, na área especializada de ER, junto da pessoa cuidada, na melhor evidência científica”** (Objetivo 8).

Perante esta experiência, penso que fui capaz de otimizar o autoconhecimento e identificar fatores que podiam interferir no relacionamento com a pessoa cuidada, reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais, identificar lacunas nos meus conhecimentos e reconhecer necessidades formativas, responsabilizando-me por gerir a incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749). Indo ao encontro dos DD, sinto que fui capaz de desenvolver competências que me permitem “... uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246).

1.2 Competências Específicas do EEER

“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13565).

No sentido do pleno exercício das suas funções e perspetivando alcançar os objetivos da reabilitação o EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Competência J1), “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Competência J2) e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Competência J3) (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566 e 13567).

Tal como para as competências comuns do EE, a fim de desenvolver cada uma das competências específicas inerentes ao exercício do EEER, foram determinados objetivos específicos e projetadas atividades, a desenvolver em contexto de prática clínica, de forma a responder a esses mesmos objetivos.

Apelando aqui a experiências vivenciadas nos dois contextos da prática clínica (comunitário e hospitalar) seguidamente, serão descritas, sucintamente, situações particulares de prestação de cuidados, que do meu ponto de vista me permitiram responder aos objetivos definidos e que, consequentemente, me possibilitaram o desenvolvimento das competências específicas, inerentes ao exercício do EEER, previamente mencionadas.

No decorrer da prática clínica, tive oportunidade de intervir e prestar cuidados de ER, junto de pessoas com necessidades especiais. Duas das situações que acompanhei e que me proporcionaram várias e diferentes aprendizagens dizem respeito a uma utente com diagnóstico de ELA e outro utente com IC avançada.

Apesar das minhas lacunas de conhecimento e das minhas dúvidas perante estes processos patológicos, decidi desenvolver planos de cuidados (Apêndice V e VI) junto destes utentes, em particular, por se constituírem como desafios pessoais e profissionais, que me obrigaram a fazer um amplo trabalho autónomo de pesquisa bibliográfica e, portanto, a aprofundar conhecimentos, teóricos e práticos, importantes para a minha prática clínica futura, constituindo-se, assim, como estímulos essenciais ao desenvolvimento da minha capacidade reflexiva, pensamento crítico e

desenvolvimento de aptidões e competências importantes para a minha intervenção, enquanto futura EEER.

A ELA é uma doença crónica, degenerativa e progressiva, de etiologia desconhecida e que, ainda, não tem cura. Envolve os neurónios motores (superiores e inferiores) e caracteriza-se pela gradual e crescente diminuição da força dos músculos bulbares, axiais, apendiculares e respiratórios (Saavedra, Pereira & Azevedo, 2020). Sendo uma doença neurodegenerativa, onde ocorre uma perda gradual e crescente da funcionalidade, o défice de AC é “tendencioso e gradativo” (Nóbrega, et al., 2012, p.3). A IC, por sua vez, é uma doença crónica e progressiva, cujo típico quadro sintomatológico se traduz, muitas vezes, na diminuição da tolerância ao esforço (Pereira, 2014). Esta intolerância ao esforço incorre, frequentemente, na dificuldade para realizar as atividades essenciais para a vida e QV e, conseqüentemente, para viver de forma independente (Freitas, et al., 2016).

Em ambas as condições de saúde, verifica-se uma incapacidade, progressiva, para manter a quantidade e a qualidade das atividades que compõe o AC. Desta forma, a capacidade para realizar as atividades essenciais para a vida e viver de forma independente o quotidiano, está diminuída, originando situações de dependência.

Relativamente à utente com ELA apresentava ausência de movimento e força muscular ao nível dos quatro membros e tronco, anartria e comprometimento da deglutição, sobretudo para alimentos de consistência líquida, necessitando de gastrostomia percutânea endoscópica. Quanto ao utente com IC encontrava-se num estágio avançado da sua condição patológica, verificando-se uma intolerância ao esforço, progressivamente mais marcada, na realização das AVD, ao longo do tempo.

Os dois utentes encontravam-se, assim, totalmente dependente de terceiros para a realização e satisfação das atividades que compõe o AC (alimentação/hidratação, cuidados de higiene, vestir/despir, transferências, posicionamentos, mobilizações, cuidados inerentes ao processo de eliminação, etc.).

No exercício das suas funções, o EEER avalia a funcionalidade das pessoas “... que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, (...) de natureza permanente ou temporária” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566). Neste sentido, **“identificar alterações, que determinem a limitação da atividade, na pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas”** (Objetivo 9), foi um dos objetivos definidos para a operacionalização do meu projeto.

Assumindo-se a dependência no AC como um aspeto primordial do processo de cuidar, para sustentar a minha prática de cuidados e me ajudar a guiar e orientar a minha apreciação/avaliação inicial e a minha intervenção, nomeadamente de reabilitação, perante estes utentes, recorri à teoria do défice de AC de Dorothea Orem. Tratando-se de utentes com diagnóstico de ELA e IC avançada, o AC e autonomia são o foco do cuidar e, desta forma, a partir desta teoria, o enfermeiro consegue avaliar a situação, organizar a informação e identificar o sistema de cuidados mais adequado e prover, assim, os cuidados de enfermagem necessários para fazer face às necessidades identificadas (Nóbrega, et al., 2012).

Assim sendo, procedi à avaliação inicial dos requisitos (universais, de desvio de saúde e de desenvolvimento) inerentes à teoria do AC. A partir da apreciação detalhada de cada um destes princípios fui capaz de identificar as alterações da funcionalidade presentes, que determinavam a existência, ou não, dos défices de AC e o grau de independência/dependência existente, que poderia limitar a concretização das atividades inerentes ao AC e a participação ativa no programa de reabilitação.

Um aspeto importante, inerente ao exercício do EEER, intrínseco à avaliação da funcionalidade e ao diagnóstico de incapacidades/alterações que determinam a limitação da atividade é a utilização de escalas e instrumentos adaptados e validados. A recolha de informação pertinente e a utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar qualquer função é essencial à prática do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019). As escalas de avaliação constituem-se como instrumentos preciosos, na prática de enfermagem, nomeadamente de ER, pois possibilitam uma avaliação criteriosa, mensurável e uniformizada, permitindo a tomada de decisão em saúde, baseada na melhor evidência científica. Através da aplicação das escalas conseguimos recolher os dados mais relevantes, interpretar os mesmos, identificar os diagnósticos de enfermagem, planear e implementar as intervenções de enfermagem mais adequadas, perante cada situação de cuidados.

Nestas duas situações, que acompanhei, recorri à utilização de escalas, traduzidas e validadas, para a população portuguesa, que se constituíram como uma mais-valia para a identificação dos principais problemas, para a delineação do plano de cuidados e definição das intervenções de enfermagem mais adequadas.

Fiz recurso a escalas de utilização obrigatória pela rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), tais como o Índice de *Barthel*, para avaliação do grau de dependência, a Tabela Nacional de Funcionalidade, para avaliação da

funcionalidade, a escala de *Braden*, para avaliação do risco de úlcera por pressão e a escala de *Morse*, para avaliação do risco de queda. No entanto, a partir da minha apreciação inicial e por forma a tornar a minha avaliação sobre as situações mais criteriosa e completa senti necessidade de recorrer a outras escalas que me deram dados importantes sobre o estado geral e o grau de funcionalidade destes utentes.

Destaco a *Edmonton System Assessment Scale*, uma escala multidimensional importante para avaliação sintomatológica e, portanto, dos cuidados prestados em situação de cuidados paliativos, a *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-Revised*, uma escala específica para avaliar e classificar a progressão da doença ELA em relação à funcionalidade, a *Medical Research Council Muscle Scale* e a escala de *Ashworth* Modificada, importantes para a avaliação do compromisso da atividade motora (avaliação da força e espasticidade muscular, respetivamente), a *Functional Oral Intake Scale*, importante para a avaliação da funcionalidade da deglutição, a *Bristol Stool Form Scale*, que permite a avaliação de um dos problemas frequentes (obstipação), no seguimento de utentes paliativos e, ainda, a escala de *Borg* Modificada, que permite avaliar, subjetivamente, a perceção ao esforço.

Na prática clínica, os instrumentos de avaliação e medida, traduzidos e validados são, portanto, essenciais recursos que permitem ao enfermeiro identificar, objetiva ou subjetivamente, importantes alterações nas várias dimensões da pessoa cuidada (física, psicológica, espiritual, etc.) e, também, “... acompanhar, de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação do estado de saúde-doença ...” da pessoa, constituindo-se, assim, como um guia para a sua intervenção (Gardona & Barbosa, 2018, p.1921).

A partir da informação recolhida, da avaliação da funcionalidade e da identificação das incapacidades/alterações que determinam a limitação da atividade, o EEER deve, seguidamente, **“conceber planos de intervenção no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade e do treino das AVD, promotores da maximização da funcionalidade e autonomia, da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto”** (Objetivo 10) e, simultaneamente, **“avaliar o impacto das intervenções implementadas, na funcionalidade e autonomia, da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto”** (Objetivo 12).

Desta forma, depois da aplicação dos instrumentos de avaliação e da identificação das necessidades e limitações no AC, destes utentes, que acompanhei,

e partindo da teoria do Défice do AC de Dorothea Orem, procedi à reflexão sobre a forma como iria intervir, identificando o sistema de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio/educação) mais adequado adotar, no exercício da minha intervenção. Assim e tal como preconizado na intervenção do EEER concebi, implementei e monitorizei planos de cuidados de ER diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas cuidadas (Apêndice V e VI) (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13565).

No pleno exercício das suas funções o EEER deve ser capaz de **“prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, (da pessoa com IC) e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto”** (Objetivo 11). Na prestação de cuidados em contexto domiciliário, o enfermeiro confronta-se com algumas contingências, como o facto de não conhecer o ambiente onde os cuidados se irão desenvolver. Constituindo-se como um “...estranho em um espaço privado”, existe a necessidade de adequar as suas intervenções (Gago & Lopes, 2012, p.75). A adequação da intervenção do enfermeiro, em contexto domiciliário, resulta, então, da promoção da participação da família na prática dos cuidados domiciliários (Gago & Lopes, 2012). A família/cuidador informal, em todo o processo de reabilitação, assume-se como um cúmplice no ato de cuidar, pois é esta que, face à proximidade que tem com o utente, melhor conhece as suas reais e potenciais necessidades.

Na ELA, o aumento progressivo do declínio funcional incorre na necessidade de existir um apoio permanente de cuidadores próximos (Oliveira, 2019). Desta forma, no cuidado à pessoa portadora de doença crónica, incapacitante, em estado avançado, especialmente quando se trata de doenças do neurónio motor (como a ELA) o cuidador informal/família surge como a figura que dá resposta às necessidades individuais do familiar doente (Ferreira, Pereira & Martins, 2016; Nóbrega, et al., 2012).

Assim sendo, perante as marcadas limitações da funcionalidade apresentadas pela utente que acompanhei e, consequentemente, perante o seu elevado grau de dependência, a intervenção e o envolvimento da família constituiu-se como um recurso necessário e imprescindível à adequação dos cuidados de ER. A promoção da interlocução da tríade enfermeiro/utente/cuidador, em contexto domiciliário, demonstra-se muito vantajosa, trazendo ganhos significativos na humanização e garantia da continuidade dos cuidados prestados (Verde, 2015).

No conjunto das suas competências, o EEER, adaptando-se às limitações da funcionalidade da pessoa de quem cuida, “envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades (...)” e garantir a “... continuidade dos cuidados (...) proporcionando-lhes, assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748; Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13545).

Um último ponto importante referenciar, nesta situação, diz respeito às alterações da comunicação apresentadas pela utente que acompanhei. Como sabemos a comunicação é uma necessidade humana fundamental, importante à estimulação do desenvolvimento pessoal e social (Oliveira, 2019). É a comunicar que estabelecemos ligações e relações com o meio e as pessoas que nos rodeiam e, assim, nos tornamos seres sociais.

A comunicação, através da linguagem oral, é a forma de interação comunicacional mais facilitadora e privilegiada. Pela perda gradual da funcionalidade, as pessoas portadoras de ELA enfrentam a deterioração desta competência básica e essencial, perdendo em simultâneo a sua própria identidade e incorrendo no risco de desenvolverem sentimentos de sofrimento psicossocial e espiritual (Oliveira, 2019).

Como referido, anteriormente, a utente apresentava uma anartria. Nas visitas domiciliárias, aquilo que mais me preocupava era como poderia intervir, por forma a ajudá-la a manter relações sociais eficazes. Com o decorrer das visitas fui-me apercebendo de algumas formas de comunicação não verbal que eram utilizadas.

Através da mimica labial simples, movimentação da cabeça e pescoço (único segmento corporal com mobilidade mantida, apesar das já existentes dificuldades) e do piscar de olhos, esta utente conseguia dizer “sim” e “não”. Neste sentido, uma das estratégias que usei para comunicar junto da mesma foi a formulação de um discurso simples, utilizando perguntas e afirmações básicas, que requeriam unicamente a formulação de respostas “sim” e “não”. Falar, sempre que possível, diretamente para a utente e nunca, ou só exclusivamente, para o cuidador, dar tempo para a utente responder e nunca responder pela própria, foram outras estratégias utilizadas, que se demonstraram eficazes na facilitação do processo de comunicação.

Além destas estratégias de comunicação não verbal, a deterioração da capacidade de comunicar (através da fala) pode ser, muitas vezes, compensada através de métodos de CAA, os quais têm como principal objetivo promover a participação na sociedade, com igualdade de direitos e oportunidades, a pessoas com perturbações graves de comunicação (Oliveira, 2019). Esta utente, dispunha de um

computador com um *software* integrado que lhe permitia comunicar, com o meio envolvente, através da comunicação visual. Sempre que à nossa chegada ao domicílio a utente estava a utilizar o computador estimulávamos a continuação da sua utilização, como forma de facilitação da comunicação, mas também para estimular a participação social mais ativa e até para facilitar a expressão de alguns sentimentos.

O incentivo e reforço dos ensinamentos sobre a importância da utilização das técnicas de comunicação não verbal e da utilização dos métodos de comunicação alternativa foi sempre feito, ao longo das visitas domiciliárias, por forma a que esta utente fosse capaz de utilizar as suas funções residuais o mais eficazmente possível e, ainda, para que mantivesse alguns dos seus contactos sociais ativos (familiares e amigos).

No âmbito da prestação de cuidados de ER as pessoas com necessidades especiais, “sejam quais forem a natureza e a severidade da deficiência, devem desfrutar das melhores condições de vida, nos vários domínios da sua vida social” (Regulamento nº 350/2015, 2015 p.16656). Assim, na excelência do exercício profissional, o EEER “interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais (...) potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”, com o intuito de **“promover a participação social, (da pessoa com IC) e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto”** (Objetivo 13) (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13567).

Ao longo destas semanas de estágio e, de acordo com o trabalho que fui desenvolvendo, junto destes utentes, com marcadas limitações da funcionalidade, sinto que fiz importantes aprendizagens, teóricas e práticas, no que diz respeito à intervenção do EEER, junto da pessoa com necessidades especiais, limitação da atividade e restrição da participação. Desenvolver planos de cuidados sobre estes utentes constituiu-se como um desafio, mas sobretudo como um estímulo importante ao desenvolvimento da minha capacidade reflexiva, pensamento crítico e desenvolvimento de capacidades e competências importantes para a minha intervenção, enquanto futura EEER.

Indo ao encontro dos DD sinto que fui capaz de “... integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246).

1.3 Intervenção do EEER junto da pessoa com IC

No sentido de incentivar a investigação e o desenvolvimento da profissão de enfermagem no âmbito da reabilitação, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, da OE, definiu e enunciou como umas das áreas prioritárias a investigar na especialidade de ER, para o período compreendido entre 2015-2025, a área de intervenção de ER na função cardíaca (ACEER, 2015).

A ER, na vertente cardíaca, constitui-se como uma área fundamental da prática de enfermagem, que pretende dar resposta às necessidades de uma população envelhecida e aumentar a consciência dos benefícios de programas de cuidados cardíacos (Brewer, et al., 2008). De acordo com a OMS (s.d.), apresenta-se como um conjunto de atividades desenvolvidas, junto da pessoa com patologia cardíaca, que visa atingir o melhor estado físico, mental e social, por forma a ajudá-las a levar uma vida mais ativa e produtiva possível (Brewer, et al., 2008).

De acordo com o supracitado e tendo por base o meu interesse, pessoal e profissional, na área da função cardíaca, decidi desenvolver o meu projeto de aprendizagem nesta área específica. Assim sendo, uma parte do meu estágio foi desenvolvido em dois distintos serviços, específicos do foro cardíaco, mais concretamente em duas URCV, tendo o referido projeto servido de suporte e orientação à prática clínica, neles desenvolvida.

Os avanços na investigação e o surgimento de tecnologia inovadora, assim como o consequente incremento da esperança média de vida e o envelhecimento da população têm vindo a manifestar-se no aumento significativo do número de doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2018). Entre as doenças crónicas, as DCV constituem-se como a primeira causa de morte e uma das principais causas de incapacidade e pior QV, a nível nacional (Ministério da Saúde, 2017).

Enquanto parte integrante do conjunto das DCV, a IC é considerada um importante problema de saúde pública, pelo elevado número de pessoas que atinge e pelas elevadas percentagens de mortalidade e, sobretudo, de morbilidade a que está associada (Fonseca, et al., 2018). Mundialmente, atinge cerca de 26 milhões de pessoas e com o avançar da idade a sua incidência aumenta, sendo considerada a principal causa de hospitalização acima dos 65 anos, nos países desenvolvidos (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, SPC, s.d.).

Por ser uma doença cuja ocorrência aumenta com a idade, face à crescente esperança média de vida e ao, consequente, envelhecimento populacional é esperado que estes valores venham a crescer, exponencialmente, ao longo do tempo (Fonseca, et al., 2018). Neste sentido, há cerca de duas décadas, a IC foi identificada como uma epidemia emergente, dentro do grupo das DCV (Brito, 2020).

Em conformidade com o que se verifica mundialmente, em Portugal, a IC atinge um número significativo de indivíduos. A sua prevalência estimada é de 5,2%, cerca de 400 000 adultos, prevendo-se o aumento deste valor (em cerca de 30%) até ao ano de 2034, devido ao envelhecimento da população e aos tratamentos mais eficazes perante as doenças cardíacas (SPC, s.d.).

Do ponto de vista clínico, a IC define-se pela incapacidade do coração em bombear sangue em quantidade suficiente e, assim, de suprimir as necessidades metabólicas do organismo (Nogueira, Nogueira & Vieira, 2017). Em consequência desta incapacidade, a IC é entendida como uma síndrome de carácter sistémico, que se manifesta através de um quadro sintomatológico muito específico.

Do conjunto típico de sinais e sintomas, destacam-se a dispneia e a fadiga, os quais se constituem como “... os principais sintomas clínicos e limitantes da IC ...”, na medida em que podem levar os utentes a interromperem, precocemente, o esforço físico, motivando, consequentemente, o desenvolvimento de situações de limitação da capacidade para a realização das atividades do dia a dia (Kahlow & Campos, 2014, p.29). Alguns estudos evidenciam mesmo que, nesta patologia, a diminuição dos níveis de atividade “... desencadeia um círculo vicioso ...”, que contribui para a exacerbação da sintomatologia e da característica intolerância à atividade, comprometendo a QV das pessoas (Carvalho, Milani & Ferraz, 2020, p.961).

Sabendo que no seu conjunto de intervenções a ER ajuda a recuperar e capacitar de novo as pessoas em situações de descompensação do seu processo de doença crónica, que provoquem alteração funcional, nomeadamente a nível cardiorrespiratório, a necessidade da existência e recorrência a cuidados de reabilitação, junto da pessoa com IC, faz parte da intervenção e excelência do exercício profissional do EEER (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Através de técnicas e intervenções terapêuticas específicas de reabilitação, na sua prática clínica, o EEER assegura, então, a manutenção das capacidades funcionais, previne complicações, evita incapacidades, melhora as funções residuais e minimiza o impacto das incapacidades instaladas a diversos níveis, nomeadamente

cardiorrespiratório, proporcionando a manutenção ou recuperação da independência nas AVD e garantindo o direito à QV das pessoas de quem cuida (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Nos locais de estágio, específicos do foro cardíaco, onde desenvolvi a minha prática clínica, tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e competências no âmbito de algumas técnicas/intervenções terapêuticas específicas de reabilitação essenciais para a melhoria da tolerância ao esforço e, naturalmente, da capacidade funcional (CF) da pessoa com DCV (incluindo a pessoa com IC): **fortalecimento da musculatura respiratória, estratégias de conservação de energia e exercício físico.**

O presente subcapítulo surge, então, com o objetivo de descrever e refletir sobre as atividades e experiências vivenciadas, em contexto de prática clínica, que na minha ótica me possibilitaram aprofundar conhecimentos sobre as referidas técnicas de reabilitação e, assim, me permitiram desenvolver aptidões e competências, no âmbito da intervenção do EEER na área específica da função cardíaca.

1.3.1 Fortalecimento da musculatura respiratória

A tolerância ao esforço e a CF estão estreitamente relacionadas com a integridade da estrutura e função da musculatura cardíaca, respiratória e esquelética. Na IC, por consequência da diminuição do aporte sanguíneo a nível sistémico e, por isso, a nível das musculaturas respiratória e esquelética, verificam-se alterações na função destes mesmos grupos musculares (Nogueira, et al., 2017). Portanto, a intolerância ao esforço, característica da IC, não está somente relacionada com o défice muscular cardíaco, mas também com as alterações verificadas na musculatura periférica e respiratória (Granville, Grunewald, Leguisamo & Calegari, 2007).

Relativamente à musculatura respiratória, a literatura refere que as pessoas com IC apresentam uma diminuição significativa da força muscular expiratória e inspiratória, apresentando esta última uma estreita ligação com a sensação de dispneia e, consequente, intolerância à atividade, tipicamente presentes no decurso da realização das AVD dos utentes portadores desta patologia (Nogueira, et al., 2017).

Por aumentar a pressão máxima inspiratória e promover a hipertrofia muscular, o treino dos músculos respiratórios está recomendado para pessoas que apresentem diminuição da força neste grupo de músculos (OE, 2018). Desta forma, os utentes

com IC podem conseguir alcançar o alívio dos sintomas de dispneia e reduzir a intolerância ao esforço através da melhoria da função muscular respiratória, por meio do treino isolado desta musculatura (Granville, et al., 2007). Assim sendo, de forma a retomarem uma vida mais ativa e produtiva, torna-se fundamental que, os utentes com IC, integrem um PRC, onde realizem exercício físico, que combine não só o treino aeróbio e exercícios de resistência muscular localizada (musculatura periférica), mas também o treino da musculatura respiratória (Carvalho, et al., 2020).

Numa das URCV onde estagiei, integrei um PRC no qual estavam incluídas pessoas com doenças do foro cardíaco, de diferente natureza, nomeadamente a IC. Tendo em conta o quadro clínico e as limitações funcionais dos utentes, particularmente dos insuficientes cardíacos, e de forma a dar resposta às suas necessidades, o programa era composto por dois momentos distintos: uma sessão de reabilitação funcional respiratória (RFR), onde eram, sobretudo, realizados exercícios para treino específico dos músculos respiratórios, e uma sessão de reabilitação física, onde eram efetuados exercícios para treino da resistência muscular periférica e, especialmente, exercícios de treino aeróbio.

No que diz respeito à intervenção do EEER, a sua ação incidia, principalmente, no âmbito do ensino de exercícios de relaxamento e de RFR. Assim, ao longo do estágio, na referida URCV, participei, ativamente, nas sessões de RFR, incluídas no PRC. Estas sessões, dado o contexto pandémico atual, realizavam-se, maioritariamente, por videoconferência, tinham uma duração de cerca de 30 minutos e eram realizadas individualmente, ou em grupos de duas pessoas.

Ao longo das sessões, os exercícios de RFR eram explicados e demonstrados pelos EEER, por forma a serem, posteriormente, reproduzidos pelos utentes. No conjunto destes exercícios estavam incluídos exercícios de relaxamento, de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação diafragmática (com resistência manual) e de reeducação costal, seletiva e global (com, ou sem resistência).

Nos utentes com cardiopatia e, sobretudo, nos insuficientes cardíacos, existe uma estreita relação entre as forças musculares respiratória e periférica e o desempenho funcional (Nogueira et al., 2017). Desta forma, estando estes grupos musculares afetados na IC, o fortalecimento dos mesmos torna-se imprescindível, para a maximização da realização das AVD. O treino destas estruturas musculares, nomeadamente a dos membros superiores (estruturas, extremamente, recrutadas na

realização das atividades do dia a dia) proporciona, então, grandes benefícios no incremento da eficácia da realização das atividades inerentes ao AC (OE, 2018).

Desta forma, nas sessões de RFR estavam, também, incluídos exercícios para treino de equilíbrio, de flexibilidade, exercícios de mobilização articular e de treino de resistência/força muscular, nomeadamente ao nível dos membros superiores (exercícios de adução/abdução e flexão/extensão, com ou sem resistência). Inicialmente, todos os exercícios eram realizados em séries de cinco repetições e sem qualquer resistência. Posteriormente, conforme a melhoria da tolerância dos utentes ao exercício, quer o número de séries, quer o número de repetições eram aumentadas, sendo também, depois, introduzidas resistências, conforme tolerância.

Não conseguindo trazer uma situação que me tenha marcado, particularmente, ao longo deste estágio tive, então, oportunidade de ensinar, aplicar e acompanhar um programa de RFR, junto de utentes com cardiopatia, inclusivamente com IC (apesar de em menor número). Tendo por base a sua condição de saúde/doença e as suas limitações da funcionalidade e face à individual perceção de esforço, que apresentavam (avaliada, subjetivamente, através da Escala de *Borg* Modificada), era elaborado e implementado um programa de RFR, o qual era explicado e exemplificado ao utente, de forma que este fosse capaz de executá-lo, no momento durante a sessão de RFR e, posteriormente, de forma autónoma, no domicílio.

Antes, durante e após a realização da sessão de RFR era aplicada a Escala de *Borg* Modificada (0-10). Uma escala que, podendo ser aplicada junto de qualquer tipo de população, permite avaliar a perceção subjetiva do esforço, através de expressões qualitativas indicativas do nível do cansaço (Delgado, 2014). Apresentando-se como um instrumento simples e viável de ser aplicado e sendo a intolerância ao esforço um dos sintomas típicos da IC, a Escala de *Borg* Modificada constitui-se como um dos instrumentos mais utilizados na avaliação dos utentes com IC (Carvalho, et al., 2020).

Ao longo do tempo fui-me apercebendo que com a progressão das sessões de RFR, tornava-se mais fácil, para os utentes, executarem os exercícios solicitados. Maior era o número de séries e de repetições que faziam de cada exercício, sendo também possível a introdução gradual de resistência, durante a realização dos mesmos. A melhoria da tolerância ao esforço foi, também, percecionada pela diminuição no score de avaliação obtido através da aplicação da Escala de *Borg* Modificada, durante a realização dos exercícios que compunham a sessão de RFR. Desta forma, com o passar do tempo, com a repetição das sessões de RFR e com os

ganhos e os resultados positivos na tolerância ao esforço, que se foram verificando, tornou-se perceptível a importância e benefícios do treino da musculatura respiratória, junto dos utentes com DCV, incluindo com IC.

Sabendo, então, que os utentes com IC apresentam alterações significativas no sistema muscular respiratório, o EEER tem uma intervenção essencial no treino e desenvolvimento deste sistema, na medida em que o seu fortalecimento permite a melhoria da função cardiorrespiratória, proporcionando o alívio dos sintomas de dispneia e intolerância ao esforço, típicos da IC e, maximizando, consequentemente, a QV destes utentes (Carvalho, et al., 2020; Granville, et al., 2007).

1.3.2 Estratégias de conservação de energia

Tal como tem vindo a ser referido ao longo do trabalho, a IC é definida como uma síndrome, caracterizada por um conjunto de sintomas característicos, onde se destaca a fadiga, a dispneia e os edemas maleolares (Ponikowski, et al., 2016). Enquanto doença crónica e progressiva, a IC é o típico quadro sintomatológico que apresenta traduz-se, muitas vezes, em situações de intolerância ao esforço e, consequentemente, de diminuição da CF (Pereira, 2014). Neste sentido, segundo a literatura, em consequência dos episódios de descompensação, a principal causa de hospitalização das pessoas com IC está, muitas vezes, relacionada com o défice nas práticas de AC (Pereira, 2014).

A perceção da existência de um défice no AC orienta, então, a intervenção do EEER, junto da pessoa com IC (Petronilho & Machado, 2017). Constituindo-se a dispneia, os edemas e a fadiga como os principais sintomas limitantes da atividade da pessoa com IC, o EEER deve ser capaz de “... estabelecer ações de educação (...) no sentido de ensinar estratégias de adaptação, de forma a possibilitar a realização parcial ou total de determinadas atividades do autocuidado” (Moura, 2015, p.34).

Numa das URCV, onde estagiei, tive oportunidade de intervir junto de uma utente, com 75 anos, no âmbito da prestação de cuidados de ER, inerentes ao PRC - fase I. Esta utente encontrava-se internada no serviço de cardiologia, por descompensação da sua patologia de base, uma IC. Subjacente a este diagnóstico de IC encontrava-se uma insuficiência valvular aórtica grave, que condicionava a necessidade de intervenção cirúrgica, para substituição da referida válvula.

Quando conheci esta utente, face à otimização da terapêutica medicamentosa, já não se encontrava na fase mais crítica de descompensação da IC. No entanto, manifestava, ainda, os típicos sintomas desta patologia (fadiga, dispneia e edema maleolar). Apesar de ser independente na realização das atividades inerentes ao AC, em consequência da presença desta sintomatologia, esta Sra. apresentava uma significativa intolerância à atividade, referindo sentir-se “muito cansada”, aquando da realização das atividades que realizava ao longo do dia, mesmo as mais simples.

Apesar de não estar presente na realização de algumas atividades inerentes ao AC (como os cuidados de higiene), durante a realização dos exercícios inerentes ao PRC e durante a realização de atividades como o vestir/despir, a alimentação, o levante, as transferências e a marcha, esta Sra. apresentava um cansaço bastante evidente, que limitava a plena concretização do PRC e das referidas atividades.

No conjunto dos requisitos universais, isto é, das ações dirigidas à provisão do AC, essenciais à preservação da vida, saúde e bem-estar, deve ter-se em conta a promoção da manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso (Orem, 2001). Neste sentido, achei pertinente educar esta utente quanto à importância de adotar estratégias de conservação de energia, ou seja, técnicas que visam a realização das AVD com o menor dispêndio de energia e de consumo de oxigénio, ajudando-a, assim, a fazer face às limitações sentidas no desempenho das atividades inerentes ao AC (Cordeiro & Menoita, 2012).

Algumas das estratégias indicadas foram: alternar a atividade com momentos de repouso, estabelecer prioridades em relação às tarefas que tem para realizar, executar, sempre que possível, as atividades inerentes ao AC sentada (cuidados de higiene, vestir/despir, etc.), utilizar ajudas técnicas, manter uma correta postura corporal, entre outras. Além destas técnicas, foi realizado o ensino e treino de técnicas de descanso e relaxamento, de exercícios de RFR e de RFM, conforme tolerância, e, ainda, de exercícios de adequação da respiração ao esforço, durante atividades como a marcha e o subir/descer escadas.

Enquanto processo que permite adquirir novos saberes e melhorar conhecimentos e capacidades, a educação em saúde constitui-se como um facilitador para a mudança de estilos de vida, influenciando o desenvolvimento de atitudes positivas e permitindo, assim, a aquisição de comportamentos de saúde favoráveis (Oliveira, Cavalcante & Carneiro, 2020). Nesta situação, o ensino de estratégias de conservação de energia, ainda que simples, foi importante no sentido de ajudar a

utente a controlar o seu gasto de energia, por forma a ter um nível de funcionalidade mais elevado, preservando, assim, a sua independência na realização das atividades inerentes ao AC (Moura, 2015).

Assumindo-se enquanto educador e conselheiro, o EEER, promove intervenções preventivas, de forma a assegurar as capacidades funcionais dos utentes, evitar incapacidades e prevenir complicações. No seu leque de intervenções, o EEER, utiliza, então, “... técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes (...) proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à QV (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13565).

1.3.3 Exercício físico

Tal como percebido, anteriormente, a típica sintomatologia de fadiga e intolerância ao esforço deve-se não só às alterações cardiovasculares próprias da IC, mas também e, muito particularmente, às alterações na musculatura esquelética, e ao progressivo descondicionamento físico, tipicamente, presentes nesta doença (Calegari, Barroso & Bratz, 2017). Assim sendo, na IC, o exercício físico tem sido estabelecido como mais uma estratégia terapêutica segura, que para além da redução da disfunção fisiopatológica típica da IC, se tem demonstrado essencial na atenuação do descondicionamento físico, na melhoria da tolerância ao esforço e na manutenção da saúde desta população (Carvalho, et al., 2020; Kahlow & Campos, 2014).

Fundamentada nos mais elevados níveis de evidência científica, a RC, “... uma intervenção baseada na prática de exercício físico adaptado ...” tem, então, se constituído como uma intervenção terapêutica mandatária, junto dos utentes com IC (Despacho nº 8597/2017, 2017, p.21828).

No estágio que desenvolvi numa das URCV tive oportunidade de conhecer o funcionamento e de participar num PRC onde, também, eram integrados utentes com patologia variada do foro cardíaco, nomeadamente a IC. Apesar de em número muito reduzido, trabalhei e intervim junto de um utente com IC.

Este utente era um Sr. de 55 anos, que foi referenciado para o PRC após ter sofrido um EAM. Apesar de ter integrado o programa após um evento cardíaco isquémico agudo, este utente já tinha como antecedente pessoal cardíaco uma IC.

Nos contactos que fui tendo com o utente este foi-me relatando que não particularmente o EAM, mas sobretudo a IC (com a qual vivia há relativamente pouco

tempo), lhe trazia grandes limitações no seu dia a dia, nomeadamente pelo cansaço fácil que sentia ao desempenhar as suas atividades. Sentia que tinha menos tolerância para executar, não só as atividades que exigiam mais esforço, como também as atividades mais básicas e simples, o que limitava muito a atividade que desempenhava ao longo do dia.

Como já referido, o que leva muitas vezes os utentes com IC a suspenderem o esforço físico e que causa a restrição na realização das atividades diárias é o seu quadro típico de sintomas limitativos (como a dispneia e a fadiga) (Kahlow & Campos, 2014). Sabendo que a manutenção da CF é uma das condições primordiais para se conseguir um envelhecimento saudável, um dos principais objetivos da integração do utente com IC num PRC é a melhoria da sua CF e, consequentemente, a maximização da realização das AVD (Delgado, 2014; Martins, 2019).

Perante as limitações da funcionalidade, muitas vezes apresentadas nas situações de IC, é preconizado que o PRC, junto destes utentes, inclua a conjugação das modalidades de treino aeróbio e de treino de força muscular, na medida em que a realização das atividades do dia a dia requer não só a capacidade aeróbica (“... relacionada com os sintomas limitativos mais preponderantes da patologia – fadiga física e dispneia”), mas também a força muscular (“... fundamental para a realização de atividades simples como levantar e sentar, pegar em objetos, subir escadas, entre outras”) (Delgado, 2014, p.60).

Tal como preconizado, esta fase do PRC, da URCV onde estagiei, incluía uma forte componente de ensino e prática de exercício físico. As sessões de exercício físico eram desenvolvidas, presencialmente, num ginásio, que possuía vários e diferentes recursos materiais importantes, para a concretização dos quatro momentos distintos, que compunham as referidas sessões de exercício: aquecimento, exercício aeróbio, exercício de fortalecimento muscular e relaxamento/arrefecimento.

Apesar de não ter acompanhado este utente desde o primeiro dia de integração no PRC (momento em que estaria mais debilitado e com uma menor tolerância ao esforço) e, ainda, que este acompanhamento tenha sido por muito pouco tempo, tive oportunidade de intervir, ativamente, na delineação e seguimento do programa de reabilitação, mais especificamente, dos exercícios de treino aeróbio, que segundo a literatura continuam a ser os mais adequados para situações de IC (Delgado, 2014).

Ao longo das sessões de exercício físico foi possível perceber a evolução do utente e a maior tolerância que este foi apresentando na realização dos exercícios

solicitados, não só aeróbicos, mas também de resistência muscular. Progressivamente, foi sendo possível aumentar a duração, intensidade, velocidade, e resistência dos exercícios aeróbicos (realizados no cicloergómetro de membros inferiores, na máquina de remo, na passadeira rolante elétrica, ou na bicicleta elítica) e incrementar as cargas exteriores ao corpo utilizadas na realização dos exercícios de resistência muscular.

A melhoria da tolerância ao esforço foi-se conseguindo perceber não só pela capacidade de progressão na intensidade e resistência com que os exercícios eram executados, mas também pela avaliação objetiva dos parâmetros vitais (frequência cardíaca, tensão arterial e saturação periférica de oxigénio). Esta avaliação é importante, porque o exercício físico, realizado de forma regular, acaba por provocar adaptações no nosso organismo, que determinam os resultados do plano de treino implementado (Martins, 2019). Ao longo do tempo foi, então, possível verificar-se a melhoria da tolerância ao esforço, sobretudo através da diminuição dos valores de frequência cardíaca e de tensão arterial, em intensidades de exercícios submáximas.

A progressão ao longo do PRC foi também avaliada, indiretamente, através da aplicação da Escala de *Borg*, uma escala que permite avaliar a perceção subjetiva ao esforço, aquando da realização de exercício físico. Constituindo-se como uma escala de autoavaliação, o utente refere qual o seu nível de cansaço, tendo por base um intervalo de valores de 6 a 20 (quanto mais baixo o valor atribuído, menor o nível de cansaço) (Delgado, 2014). A melhoria da tolerância ao esforço foi sendo perceptível, então, pela diminuição no score de avaliação da perceção subjetiva ao esforço, durante a realização do exercício físico.

Apesar do tempo de acompanhamento deste utente ter sido reduzido, intervir ativamente, junto do mesmo, ajudou-me a desenvolver um plano de intervenção de reabilitação, adaptado às suas limitações e permitiu-me perceber a real importância e os benefícios, da realização de exercício físico, nomeadamente aeróbico, na melhoria da condição física, tolerância ao esforço e CF, dos utentes com IC.

De acordo com a literatura é recomendado que os utentes com IC integrem programas de exercício físico aeróbico, como forma de melhorarem os seus sintomas e a CF submáxima (Calegari, et al, 2017). O exercício físico surge, assim, “... como um instrumento de promoção da autonomia ...” e, naturalmente, da QV, junto dos utentes com IC (Delgado, 2014, p.21).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação direta de cuidados de saúde coloca os enfermeiros perante situações que muitas vezes se caracterizam pela imprevisibilidade e a incerteza. Desta forma, é essencial que os enfermeiros sejam detentores de um conjunto de conhecimentos, capacidades e competências que lhes permitam responder de forma adequada à diversidade e singularidade das situações com que se deparam na sua prática profissional. Assim sendo, o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, constitui-se como “... um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas desta área clínica” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656).

O presente relatório constitui-se como o culminar de todo o percurso de aprendizagem, teórico e prático, desenvolvido no âmbito do Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. Objetivamente, apresenta-se como uma reflexão crítica sobre as atividades e experiências vivenciadas, em contexto de prática clínica, que contribuíram para o aperfeiçoamento e aquisição de novos conhecimentos, capacidades e competências essenciais para o desenvolvimento da minha identidade profissional, enquanto futura EEER.

A escolha dos locais específicos de estágio ocorreu no sentido, não só do desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do EE, no âmbito das diversas áreas de intervenção de ER, mas também para o aprofundamento de conhecimentos e a obtenção de competências específicas relacionadas com a temática do projeto de aprendizagem.

Todos os momentos de estágio constituíram-se como importantes para o meu crescimento pessoal e profissional. A possibilidade de contacto com diferentes pessoas e distintos profissionais de saúde, nomeadamente de grau especializado, com conhecimentos e competências variadas, enriqueceu a minha experiência, permitindo-me a aquisição de um alargado leque de novos conhecimentos, aptidões e competências, importantes ao meu desenvolvimento enquanto futura EEER.

No respeitante ao contexto comunitário foi escolhido como local de estágio uma ECCI. Este local de estágio permitiu-me ter um amplo conjunto de experiências do cuidar, desde a pediatria até à idade adulta/idosa, junto de pessoas com diversificados enfoques patológicos, baseados em problemas de saúde com elevado índice de

dependência, que requeriam a prestação de cuidados de saúde complexos, no âmbito da ER, em diferentes áreas da funcionalidade.

Este estágio, ao proporcionar-me diferentes experiências de prestação de cuidados, ao longo do ciclo de vida, permitiu-me identificar e refletir sobre algumas das minhas capacidades e competências menos desenvolvidas, enquanto profissional de saúde de enfermagem. Ao identificar as minhas necessidades formativas fiz recurso, não só da observação e questionamento em contexto prático, mas também da pesquisa bibliográfica recente, colmatando as minhas falhas de conhecimento e, assim, sendo capaz de suportar a minha prática clínica na melhor evidência científica.

O início deste estágio foi vivenciado com algum receio e insegurança. Primeiramente, porque se constituía como um contexto de trabalho diferente do meu (hospitalar), um ambiente de prestação de cuidados que me era desconhecido e com o qual não estava familiarizada. Depois, por se constituir como um meio “desconhecido”, onde imergi no espaço cultural e vivencial de cada família, que me obrigou a ter uma grande capacidade de adaptação e de compreensão, pelas diferentes particularidades, quer de cada pessoa, quer de cada espaço, no sentido de ser capaz de conquistar a confiança das pessoas cuidadas e de aproveitar todos os recursos disponíveis, em prol do desenvolvimento de um eficaz processo de cuidar.

Apesar deste primeiro impacto, este contexto de cuidados acabou por se demonstrar muito vantajoso no estabelecimento de importantes relações de proximidade, imprescindíveis à efetividade terapêutica. A presença constante no meio do outro, a relação de contiguidade que tive de estabelecer, quer com a pessoa cuidada, quer com a sua família/cuidadores, a necessária adaptação às rotinas e aos recursos existentes, permitiu-me conhecer as reais necessidades da pessoa cuidada e de intervir de forma mais personalizada perante a mesma. O cuidado domiciliário demonstrou-se, assim, imprescindível para a gestão de um ambiente de cuidados holístico e centrado na pessoa, condição imprescindível à humanização dos cuidados.

Perante o descrito anteriormente, posso afirmar que o estágio em ECCI foi rico em experiências que me permitiram desenvolver capacidades e competências, no âmbito da prestação de cuidados, nomeadamente de ER, a pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida, tendo por base o desenvolvimento de uma prática profissional ética e deontológica, na área de especialidade de ER, que garantisse um cuidar assente no respeito pelos direitos humanos e no desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro.

Através do contacto com a realidade de cada um dos particulares contextos familiares, este estágio contribuiu para o repensar na forma de prestar cuidados de enfermagem, nomeadamente de reabilitação. Foi, assim, imprescindível para o desenvolvimento de capacidades e competências no âmbito da gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis e na procura pela gestão de um ambiente centrado na pessoa, duas condições indispensáveis à efetividade terapêutica.

Relativamente ao contexto hospitalar foram selecionados dois locais de estágio distintos, ambos em serviços do foro cardíaco, mais especificamente em URCV. A escolha específica destes locais ocorreu no sentido de conseguir ir ao encontro da temática do meu projeto. Este estágio, ao incluir diferentes URCV, permitiu-me conhecer duas realidades distintas existentes no nosso país, no âmbito da abordagem da ER perante o doente cardíaco, e, assim, ter uma experiência mais ampla no respeitante ao conhecimento da organização e funcionamento de PRC, já existentes.

Neste contexto tive, particular, oportunidade de trabalhar junto de pessoas com diferentes problemas do foro cardíaco e, assim, desenvolver conhecimentos, capacidades e competências, sobretudo, no âmbito da função cardiorrespiratória. Os dois locais foram essenciais para completar e compreender melhor algumas aprendizagens, no âmbito não só do funcionamento dos PRC e do trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional, mas também, da própria DCV e dos fatores que lhe estão associados.

Apesar das experiências, no seu geral, terem sido enriquecedoras, para o meu crescimento enquanto futura EEER, neste estágio verificaram-se alguns constrangimentos, face ao contexto pandémico atual, que limitaram, em parte, a possibilidade de ter um leque de experiências mais variado e complexo e de ter contacto com uma maior diversidade de DCV, limitando, de forma significativa o número de utentes com IC (temática específica do projeto), junto de quem intervim.

Estas limitações exigiram um persistente trabalho de interpretação das situações encontradas, compelindo-me a fazer recurso e a desenvolver a minha capacidade de flexibilidade e de criatividade de pensamento, de modo a retirar das mesmas aspetos e aprendizagens essenciais que, de certa forma, me ajudassem a responder ao título do projeto. Apesar do número de utentes com IC ter-se demonstrado reduzido, intervir junto de outros utentes com alterações da funcionalidade semelhantes foi uma mais-valia para adquirir capacidades e competências de intervenção, igualmente válidas, junto da pessoa com IC.

Face a tudo o que foi, anteriormente, mencionado o percurso de aprendizagem teve como intuito aplicar um projeto de aprendizagem e perceber a importância da intervenção do EEER, junto da pessoa com IC. De um modo geral, os objetivos (gerais e específicos) inicialmente definidos foram atingidos, apesar dos constrangimentos. Ainda assim, destaco que, na minha opinião, o estágio em contexto hospitalar (em particular numa das URCV) apresentaria melhores resultados e contributos se não nos encontrássemos a passar pelo contexto pandémico atual.

No geral, a prática clínica constituiu-se como um momento rico em aprendizagens, teóricas e práticas, tendo sido um percurso extremamente importante para o desenvolvimento do meu pensamento crítico e reflexivo. Todos os momentos, inclusivamente as dificuldades vivenciadas, durante todo este percurso, foram importantes para o meu desenvolvimento, quer enquanto profissional de enfermagem, quer enquanto pessoa, pois compeliram-me a não seguir sempre “o caminho esperado” e, conseqüentemente, a procurar soluções para fazer face a esses constrangimentos/dificuldades encontradas.

Foi facilitador do processo de aprendizagem realizar o máximo de dias de estágio seguidos, por forma a manter o acompanhamento das situações e, assim, a continuidade dos cuidados. No entanto, a conciliação entre o curso e a necessidade de existência de momentos de estudo autónomo, com a vida profissional e familiar revelou-se como uma significativa dificuldade, nem sempre de fácil gestão pessoal, constituindo-se como causadora de alguns momentos de ansiedade e stress.

Finalizando a minha reflexão, considero que todo o percurso percorrido se demonstrou transformador e rico em aprendizagens para a vida. A diversidade de experiências vivenciadas e as diferentes pessoas (profissionais e pessoas alvo dos cuidados), com que me cruzei, foram essenciais para o meu crescimento enquanto pessoa e para o desenvolvimento da minha identidade profissional, enquanto especialista.

Futuramente, no meu exercício profissional, enquanto EEER, ambiciono participar ativamente em PRC, dando assim o meu contributo para continuar a demonstrar a importância da RC e, sobretudo, da nossa intervenção, no seio da equipa multiprofissional, junto da pessoa com DCV. Pretendo, assim, que com o aperfeiçoamento dos conhecimentos, capacidades e competências, adquiridos neste percurso formativo, consiga abrir caminho quanto ao dever para com a profissão de enfermagem, de evidenciar a necessidade de existência de cuidados de ER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2017). *What is Heart Failure?* Acedido em: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Edits.). (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Disponível em: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.
- Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., Lucena, A. F., Rabelo-Silva, E. R., & Souza, E. N. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26(4), 239-244. Doi: 10.1016/j.apnr.2013.08.003.
- Brewer, L., Boleware, A. L., & Boss, B. J. (2008). Reabilitação cardíaca e cardiovascular. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 715-740). Loures: Lusodidacta.
- Brito, D. (2020). Insuficiência cardíaca: o valor da tomada de decisão apoiada pela evidência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 13-16. Doi: 10.1016/j.repc.2020.02.005.
- Calegari, L., Barroso, B. F., Bratz, J., Romano, S., Figueiredo, G. F., Ceccon, M. ... & Reolão, J. B. (2017). Efeitos do treinamento aeróbico e do fortalecimento em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 23(2), 123-127. Doi: 10.1590/1517-869220172302153651.

Carvalho, T., Milani, M., Ferraz, A. S., Silveira, A. D., Herdy, A. H., Hossri, C. A. C. ... Serra, S. M. (2020). Diretriz brasileira de reabilitação cardiovascular – 2020. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 114(5), 943-987. Doi: 10.36660/abc.20200407.

Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, J. R. L. P. (2017). *A Reabilitação cardíaca em contexto hospitalar e comunitário*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/14102>.

Decreto-Lei nº 104/98 (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série-A* (Nº 93 de 21-04-1998), 1739- 1757. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13º a 15º da Lei nº 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no nº 4 do artigo 16º da Lei nº 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I-A* (Nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série-A* (Nº 109 de 06-06-2006), 3856 - 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série* (Nº 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.

Delgado, B. (2014). *Reabilitação funcional no doente com insuficiência cardíaca descompensada*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/10439>.

Despacho nº 8597/2017 (2017). Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca, assim como para a definição e acompanhamento dos projetos-piloto a desenvolver neste âmbito, em estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, II Série* (Nº 189 de 29-09-2017), 21827-21828.

Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), 21-30. Doi:10.12707/RIV15007.

Fernandes, J. I. S. (2017). *A criança com limitações de comunicação: abordagem multidimensional no ato de cuidar em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18987>.

Ferreira, M. A. L., Pereira, A. M. N. de A., & Martins, J. C. A. (2016). Cuidar da Pessoa com Doença Avançada na Comunidade: Estudo Fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV(8), 45-53. Doi: 10.12707/RIV15029.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. Doi: 10.1016/j.repc.2017.11.010.

Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T. ... & Cardoso, J. S. (2017). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(1), 1-8. Doi: 10.1016/j.repc.2016.10.006.

Freitas, C. V., Sarges, E. N., Moreira, K. E., & Carneiro, S. R. (2016). Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 119-128. Doi: 10.1590/1809-9823.2016.14244.

Gago, E. A., & Lopes, M., J. (2012). Cuidados domiciliares – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(1), 74-80. Doi: 10.1590/S0103-21002012000800012.

Gardona, R. G. B., & Barbosa, D. A. (2018). The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(4), 1815-1816. Doi: 10.1590/0034-7167-2018710401.

Gouveia, M. R., Ascensão, R. M., Fiorentino, F., Costa, J. N., Broeiro-Gonçalves, P. M. ... & Borges, M. P. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 3-11. Doi: 10.1016/j.repc.2019.09.00.

Granville, D. D., Grunewald, P. G., Leguisamo, C. P. & Calegari, L. (2007). Treinamento muscular inspiratório em pacientes com insuficiência cardíaca: estudo de caso. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 14(3), 62-68. Doi: 10.1590/S0066-782X2012001100011.

Kahlow, D. & Campos, R. (2014). Os efeitos do exercício físico nos pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Inspirar- movimento & saúde*, 5(6), 28-32. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/revista/os-efeitos-do-exercicio-fisico-nos-pacientes-com-insuficiencia-cardiaca/>.

Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, I Série* (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105, ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.

Magalhães, C. M. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/22926>.

Martinez, E. A., Tocantins, F. R. & Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34(1), 37-44. Doi: 10.1590/S1983-14472013000100005.

Martins, M. de F. G. F. (2019). *Benefícios do exercício físico na insuficiência cardíaca descompensada – uma revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/19676>.

Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, 3, 5-9. Doi:10.25758/s&t.v0i3.174.

Mendes, M. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto de situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35 (12), 669-671. Doi: 10.1016/j.repc.2016.10.004.

Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Loures: Lusodidacta.

Ministério da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Mota, D. (s. d.). *A Enfermagem de Reabilitação e a Família no Processo de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Moura, S. C. (2015). *A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/81837>.

Nóbrega, V. K. M., Júnior, J. M. P. & Miranda, F. A. M. (2012). Nursing Care for People with Amyotrophic Lateral Sclerosis Based on the Orem Theory: Reflexive Study. *Journal of Nursing UFPE*. 6(9), 1-5. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib,uid&db=e db&AN=80025046&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>.

Nogueira, I. D. B., Nogueira, P. A. M. S., Vieira, R. H. G., Souza, R. J. S., Coutinho, A. E. & Ferreira, G. M. H. (2017). Capacidade funcional, força muscular e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 23(3), 184-188. Doi: 10.1590/1517-869220172303162427.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (Coord.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, A. M. F. (2019). *Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação na Esclerose Lateral Amiotrófica: Aplicabilidade e Utilidade nos Doentes, Cuidadores e Profissionais de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/126565>.

Oliveira, A. P. D., Cavalcante, A. M. R. Z., Carneiro, C. de S., Santos, V. B., Moorhead, S., ... & Barros, A. L.B. L. (2020). Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-8. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0782.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática - Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

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

Organização Mundial da Saúde (2020). *The top 10 causes of death*. Acedido em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

Pádua, B. L., Vieira, G. C., Pereira, J. d., Figueiredo, L. d., Flores, P. V., & Cavalcanti, A. C. (2019). Diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca crónica. *Nursing*, 22(250), 2717-2721. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996251>.

Pereira, F. Á. (2014). El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(2), 70-77. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142e.pdf>.

Perk, J., Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W. M. M. ... & Zannad, F. (2013). Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (versão de 2012). *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(6), 1-77. Doi: 10.1016/j.repc.2013.06.001.

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.

Pontes, M. & Santos, A. (2016). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. ... & Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129-2200. Doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.

Regulamento nº 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 79 de 23-04-2015), 10087-10090.

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diária da República, II Série* (Nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568.

Ribeiro, S., Furtado, C. & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(11), 847-854. Doi: doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.008.

Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – adaptação e validação da escala de Jefferson*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/15840>.

Saavedra, M., Pereira, F., Moreno, B. & Azevedo, M. J. V. (2020). Recomendações na Abordagem da Esclerose Lateral Amiotrófica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 32(3). 101-119. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib,uid&db=edsrca&AN=rcaap.com.spmfr.article.285&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>.

Santos, A. I. B. G. A. (2020). *Impacto de um programa de reabilitação cardíaca home-based no doente com doença cardiovascular: revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/22831>.

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. 15-23). Loures: Lusodidacta.

Sapage, S., Cruz-Santos, A. & Fernandes, H. (2018). A comunicação aumentativa e alternativa em crianças com perturbações graves da comunicação: cinco mitos. *Revista diálogos e Perspectivas em Educação Espacial*. 5(2), 220-240. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/61911>.

Silva, D. M. & Silva, E. M. V. B. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, (30), 103-119. Disponível em: <https://doaj.org/article/d00d4f6074bf4d6c98a94211ba7954bc>.

Smith-Love, J. (2019). Heart failure-related fatigue. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(9), 181-189. Doi: 10.1016/j.nurpra.2019.05.002.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (s.d.). *Registo nacional de insuficiência cardíaca*. Acedido em: <https://spc.pt/portfolio-item/registo-nacional-de-insuficiencia-cardiaca/>.

Souza-Rabbo, M. P., Campos, L., Barbosa, S. R., Rodrigues, F. S. S., Testa, F. R., Dias, M. M. A. ..., & Ribeiro, J. L. (2010). O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento*, (23), 99-106. Doi: 10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p99-106.

Timóteo, A. T., Silva, T. P., Moreira, R. I., Gonçalves, A., Soares, R., & Ferreira, R. C. (2020). Heart failure units: State of the art in disease management. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(6), 341–350. Doi: 10.1016/j.repc.2020.02.007.

Verde, F. F. (2015). *A Família como Parceiras nos Cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/19685>.

APÊNDICES

Apêndice I

Projeto de Aprendizagem



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

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com
Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de
conservação de energia**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado



**Lisboa
2020**



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

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com
Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de
conservação de energia**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado



Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva



**Lisboa
2020**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1 ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA DO PROJETO	7
1.1 A Enfermagem de Reabilitação na Insuficiência Cardíaca	7
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INERENTES AO EEER	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICES	
Apêndice I – Revisão Sistemática da Literatura	
Apêndice II – Guião de Entrevista para Unidade de Cuidados na Comunidade	
Apêndice III – Guião de Entrevista para Serviço Hospitalar	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	14
Tabela 2. Competências Específicas do EEER	18
Tabela 3. Cronograma do planeamento dos objetivos específicos	21

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. Tem como intuito a apresentação de uma proposta de projeto de aprendizagem, a desenvolver na Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Partindo da descrição, análise e problematização de uma área de estudo do meu interesse, este projeto deriva da necessidade de desenvolver competências profissionais e pessoais, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Neste sentido, servirá de base para delinear e orientar o estágio, a realizar no terceiro semestre, que decorrerá em dois contextos distintos (Unidade de Cuidados na Comunidade, UCC, e Serviço Hospitalar), no período compreendido entre novembro de 2020 e abril de 2021.

Na Europa, o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional têm vindo a traduzir-se num maior número de problemas de saúde de carácter crónico e dependente. No conjunto das doenças crónicas, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte e uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida (QV), a nível nacional (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, CNDC, 2009; Ministério da Saúde, 2017).

A Insuficiência Cardíaca (IC), enquanto parte integrante do grupo de doenças cardiovasculares, foi identificada como uma epidemia emergente, há mais de duas décadas, sendo reconhecida como uma síndrome com elevada morbilidade e mortalidade e um dos problemas de saúde pública que mais impacto tem a nível social e económico (Brito, 2020; Fonseca, Brito & Cernadas, 2017). De acordo com o estudo Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem (EPICA, 1998-2000), a IC crónica foi estimada em cerca de 4,36%, na população adulta, prevendo-se um aumento significativo até 2035, ascendendo o seu valor a, aproximadamente, meio milhão de pessoas portuguesas (Fonseca, Brás, Araújo & Ceia, 2018).

Apesar desta realidade, a Reabilitação Cardíaca (RC) continua a ser uma intervenção pouco evidenciada em Portugal, ainda que as mais recentes recomendações europeias a classifiquem como uma intervenção de elevado nível de evidência (nível de evidência A), com comprovados benefícios, em novos grupos de pessoas, tal como na IC (Mendes, 2009; Mendes, 2016). Neste sentido, a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER, 2015) decidiu realçar a intervenção especializada na função cardíaca, como área prioritária a

desenvolver por parte do EEER, até 2025. Presentemente, a Enfermagem de Reabilitação (ER), na vertente cardíaca, constitui-se como uma área fundamental da prática de enfermagem, que pretende dar resposta às necessidades de uma população envelhecida e aumentar a consciência dos benefícios de programas de cuidados cardíacos (Brewer, Boleware, & Boss, 2008).

Partindo desta premissa, e tendo em consideração o impacto que as doenças cardiovasculares, como a IC, representam a nível nacional, o presente projeto tem como título **a Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de conservação de energia**. A escolha desta temática prende-se, também, pelo meu interesse pessoal, profissional e académico em aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades e competências no âmbito desta problemática.

O quadro sintomatológico e a inerente intolerância ao esforço, que caracterizam a IC, têm impacto no bem-estar e na QV das pessoas (Pereira, 2014). Através da maximização das capacidades funcionais e da promoção do autocuidado (AC), das pessoas de quem cuida, o EEER tem “... por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida ...” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p. 16656). Neste sentido, a necessidade da existência e recorrência a cuidados de reabilitação, junto da pessoa com IC, faz parte da intervenção do EEER. Assim, e porque os enfermeiros têm um papel fundamental, junto da pessoa com IC, na promoção do desenvolvimento de estratégias que permitam manter a saúde, a independência no AC e a QV optei por utilizar como referencial teórico, a **Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem**, que considera a promoção do AC o objetivo primordial da enfermagem.

O avanço do conhecimento em saúde, colocou em expansão as necessidades de cuidados de reabilitação (Regulamento nº 350/2015, 2015). Desta forma, o EEER deve participar em projetos de investigação, por forma a aumentar conhecimentos, capacidades e competências, dentro da sua área de especialização, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em todos os contextos (Regulamento nº 392/2019, 2019). Partindo do meu interesse e estando consciente do impacto que a doença cardiovascular, e em particular a IC, tem para os serviços de saúde, torna-se pertinente estudar e comprovar a relevância da intervenção do EEER, junto desta população. Considerando, ainda, as limitações, decorrentes da intolerância ao esforço, que a IC pode acarretar na independência para o AC, é pertinente perceber qual a intervenção do EEER, na promoção de estratégias adaptativas, de alívio da

fadiga e da sensação da dispneia, que promovam a maximização da independência, na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), da pessoa com IC.

Desta forma, os principais objetivos da implementação do presente projeto, em contexto prático, são: **“Desenvolver as competências necessárias ao exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos”** e **“Promover estratégias de conservação de energia, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, junto da pessoa com Insuficiência Cardíaca, que reduzam a intolerância ao esforço e melhorem o Autocuidado”**.

De forma a atingir os objetivos gerais definidos e no sentido de desenvolver todo o conjunto de competências, comuns e específicas, inerentes ao exercício do EEER, estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), foi delineado um conjunto de objetivos específicos, respetivas atividades e recursos necessários mobilizar, nos dois momentos da prática clínica, onde o presente projeto de aprendizagem será aplicado.

A metodologia utilizada para a realização do presente projeto partiu de uma revisão sistemática da literatura, que teve por base a pergunta de investigação: **Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia à pessoa com Insuficiência Cardíaca?** Para a pesquisa recorreu-se às bases de dados eletrónicas MEDLINE Complete, CINAHL Complete e PubMed e definiram-se como palavras-chave de pesquisa: “Insuficiência Cardíaca” (“*Heart Failure*”), “Enfermeiro de Reabilitação” (“*Nurse*”) e “Conservação de Energia” (“*Energy Conservation*”). Uma vez que os resultados obtidos, na revisão sistemática da literatura, se demonstraram diminutos foram, também, utilizadas outras fontes de informação, como livros, teses académicas, artigos não científicos, sites de entidades governamentais e não-governamentais, entre outros, por forma a acrescentar valor à revisão efetuada para o presente projeto.

O presente trabalho, encontra-se estruturado em dois principais capítulos: **“Enquadramento da temática do projeto”** e **“Desenvolvimento de competências inerentes ao EEER”**. No primeiro capítulo, será feita a descrição e análise da temática em estudo (e na qual o presente projeto assenta), fundamentada a importância da intervenção do EEER e apresentada a filosofia de cuidados na qual o projeto será sustentado. No segundo capítulo, serão descritos, brevemente, os contextos onde será realizado o estágio e aplicada a presente proposta de projeto de aprendizagem e serão explanados os objetivos específicos, respetivas atividades planeadas, os critérios de avaliação e os recursos mobilizados para dar resposta às competências comuns e específicas do EEER, a desenvolver nos dois momentos da prática clínica.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA DO PROJETO

1.1 A Enfermagem de Reabilitação na Insuficiência Cardíaca

Atualmente, estima-se que a IC tenha uma prevalência entre 1 a 2% na população geral, o que equivale a cerca de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, esperando-se o aumento exponencial destes valores, em consequência do envelhecimento populacional (Brito, 2020; Fonseca, et al., 2018). Além disto, a IC apresenta-se como a primeira causa de internamentos a nível europeu (1 a 4% de todas as hospitalizações), sendo responsável por cerca de 1 a 3% do orçamento total da saúde (Fonseca, et al., 2017).

À semelhança da realidade mundial, a IC em Portugal representa um importante problema de saúde pública (Gouveia, Ascensão & Fiorentino, 2020). Quanto ao número de hospitalizações, por IC, verificou-se um aumento de mais de 3160 internamentos, em 2016, comparativamente a 2011, prevendo-se o crescimento deste valor, face ao progressivo envelhecimento da população (Ministério da Saúde, 2017). Consequentemente, a IC tem um relevante impacto económico, a nível nacional, estimando-se aumento de custos nos próximos anos (Gouveia, et al., 2020).

Atualmente, a RC é classificada como uma intervenção terapêutica com indicação mandatória (Classe I) e fundamentada nos níveis de evidência científica mais elevados (Despacho nº 8597/2017, 2017). No entanto, apesar de ao longo dos anos, se verificar que Portugal atinge padrões idênticos aos da Europa, no que concerne aos vários aspetos das doenças cardiovasculares, inclusivamente no que diz respeito à IC, a expressão nacional em relação à RC continua a ser inferior à de alguns países europeus, verificando-se a existência de uma reduzida rede de centros de RC, cuja distribuição é assimétrica, de norte a sul do país (Mendes, 2016).

A acrescentar a esta situação, Portugal faz parte do grupo de países que recruta menos de 5% dos potenciais candidatos à RC, comparativamente com a média de 30% de recrutamentos verificada a nível europeu (Mendes, 2009). A baixa taxa de participação, em programas de RC, impede que as pessoas com condições cardiovasculares e com indicação para participarem em programas de RC não beneficiem de uma intervenção terapêutica com comprovada eficácia na redução da mortalidade e no número de hospitalizações e com positivos resultados na maximização da realização das AVD e, consequente, aumento da QV (Despacho nº 8597/2017, 2017).

A IC pode ser definida como uma síndrome, com um conjunto de sinais e sintomas característicos, como a fadiga, a dispneia e os edemas periféricos, que ocorrem em consequência de uma anomalia cardíaca, estrutural e/ou funcional (Ponikowski, Voors & Anker, 2016). De acordo com a *New York Heart Association* (NYHA), a IC pode ser classificada, de forma simples, tendo em conta a gravidade da sintomatologia e a tolerância ao exercício, podendo variar desde a ausência de sintomas (aquando da realização das atividades do dia a dia) até à presença de sintomas, mesmo em repouso (Ponikowski, et al., 2016).

O característico quadro sintomatológico da IC leva, muitas vezes, a situações de intolerância ao esforço, que se traduzem num compromisso da autonomia e na diminuição da QV, pela maior dificuldade na realização das AVD (Pereira, 2014; Fonseca, et al., 2017). Neste sentido, os enfermeiros têm um papel fundamental, junto da pessoa com IC, na promoção do desenvolvimento de estratégias que permitam manter a saúde, a independência no AC e o aumento da QV (Pereira, 2014).

Na procura pela excelência do exercício profissional, o EEER atua no sentido da recuperação das capacidades remanescentes das pessoas de quem cuida, habilitando-as a uma maior autonomia e ajudando-as a encontrar uma forma de viver compatível com a sua situação de doença (Regulamento nº 350/2015, 2015). **A intervenção do EEER, junto da pessoa com IC**, torna-se relevante, na medida em que deve ensinar a pessoa a alterar a sua abordagem quanto à realização das AVD, através da adoção de estratégias adaptativas, que lhe permitam lidar com o esforço, regular o gasto de energia e, assim, diminuir a intolerância à atividade (Moura, 2015).

De forma a perceber o estado atual do conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação, junto da pessoa com IC, na promoção de estratégias de conservação de energia, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (Apêndice I), partindo da pergunta: **Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia à pessoa com Insuficiência Cardíaca?** Optou-se, inicialmente, por esta abordagem metodológica por se tratar de um método rigoroso de pesquisa, que tem como intuito fazer uma síntese abrangente dos estudos existentes e, portanto, do conhecimento mais relevante, já existente, sobre a temática em estudo (Aromataris & Munn, 2020).

Para a realização da pesquisa recorreu-se às bases de dados eletrónicas MEDLINE Complete, CINAHL Complete e PubMed e foram definidas como palavras-chave de pesquisa: “Insuficiência Cardíaca” (“*Heart Failure*”), “Enfermeiro de Reabilitação” (“*Nurse*”) e “Conservação de Energia” (“*Energy Conservation*”). Foram

delimitados como critérios de inclusão: pessoa com IC, intervenção referente ao enfermeiro de reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia, resultados oriundos, ou que possam ser transpostos, para a intervenção do enfermeiro de reabilitação, em qualquer contexto, texto integral, idiomas português, inglês e espanhol, intervalo temporal referente aos últimos 10 anos (2010-2020) e estudos de investigação qualitativa, quantitativa, ou mistos.

Da pesquisa efetuada, e após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados dois artigos que me permitiram ter acesso a alguma da informação que existe sobre a temática. O reduzido número de artigos que se obteve, através da metodologia de pesquisa adotada, permitiu-me perceber que ainda existe pouca reflexão e análise sobre o tema em estudo. Neste sentido, para a elaboração do presente trabalho foram, também, utilizadas outras fontes de informação, por forma a acrescentar valor ao enquadramento teórico e a dar um maior sustento ao projeto.

Dos dois artigos selecionados obtiveram-se os resultados a seguir descritos. No primeiro artigo, os autores realizaram um estudo longitudinal prospetivo, junto de pessoas com IC no domicílio, e tendo por base os principais diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) levantados junto das mesmas, avaliaram a efetividade das intervenções de enfermagem (NIC) implementadas (partindo da avaliação dos resultados de enfermagem, NOC, obtidos).

De seis diagnósticos de enfermagem identificados, o diagnóstico “Autogestão ineficaz da saúde” foi o mais prevalente. A “Fadiga”, apesar de não ter sido dos diagnósticos de enfermagem mais predominantes, também foi identificado junto do grupo de pessoas com IC. Dentro do grupo das intervenções com maior efetividade, é de salientar a educação em saúde e a gestão de energia. Relativamente à intervenção “Gestão de energia”, apesar da baixa prevalência do diagnóstico de fadiga, no grupo em estudo, esta mostrou ter efeitos significativamente positivos, em relação aos resultados de tolerância à atividade e de conservação de energia, na medida em que se verificou uma melhoria significativa nestes dois resultados, no decorrer das visitas domiciliárias (Azzolin, Mussi & Ruschel, 2013).

No segundo artigo, o autor realizou um estudo randomizado controlado, onde participaram pessoas com IC e concluiu que os cuidados de suporte de enfermagem reduzem as taxas de readmissão hospitalar e melhoram a QV. Estes cuidados foram desenvolvidos por enfermeiros de prática avançada, designados pelo autor de “*nurse practitioners*” que, embora não tenham a designação de enfermeiro especialista como no contexto português, são profissionais com formação, conhecimentos e experiência

clínica avançada, desempenhando funções semelhantes no cuidado à pessoa com doença crónica cardíaca e com necessidades específicas.

No grupo de intervenção foram aplicados cuidados de suporte, que incluíam atividades como a educação, o treino (*“coaching”*), aconselhamento sobre a avaliação da perceção dos níveis de fadiga, a conservação de energia durante as AVD, o AC na IC e o saber responder ao agravamento da sintomatologia. Perante estas intervenções, verificou-se uma redução significativa dos níveis de fadiga e uma melhoria na realização das AVD, em comparação com o grupo de controlo, onde foram prestados cuidados usuais na IC.

Concluiu-se que **os enfermeiros de prática avançada podem educar as pessoas com IC, no sentido do desenvolvimento de eficazes estratégias de conservação de energia**, como estar sentado durante os cuidados de higiene, ou durante a realização de tarefas como arrumar e preparar roupa, fazer listas e organizar previamente as tarefas a realizar, fazer pausas periódicas para descanso, utilizar calçado raso, evitar temperaturas extremas, fazer compras utilizando uma *scooter* elétrica (Smith-Love, 2019). Neste estudo, o sucesso da intervenção dos enfermeiros de prática avançada, através do recurso a cuidados de suporte, na IC, foi demonstrado pelos resultados positivos, no que diz respeito ao aprimoramento no AC, à capacidade de conservação de energia, à significativa redução dos níveis de fadiga e à melhoria na realização das AVD.

O carácter crónico e progressivo, o particular quadro sintomatológico e a inerente intolerância ao esforço, características da IC, apresentam um importante impacto no bem-estar das pessoas com esta condição (Pereira, 2014). Em consequência dos episódios de descompensação, a principal causa de hospitalização, das pessoas com esta patologia, está, muitas vezes, relacionada com o défice nas práticas de AC (Pereira, 2014). Neste sentido, e para delinear o plano de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, junto da pessoa com IC, recorrer-se-á à **Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem**.

O AC pode ser definido como o conjunto das atividades que as pessoas iniciam e realizam, por elas próprias, no sentido de manterem a sua vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). A partir do conjunto de conhecimentos e da experiência adquirida, ao longo da vida, todas as pessoas têm capacidade para se autocuidar (Orem, 2001). No entanto, podem surgir situações em que a capacidade para a ação é inferior às necessidades de cuidado, surgindo aquilo que Orem define como um défice no AC (Petronilho & Machado, 2017). Esta ausência da capacidade para manter,

continuamente, a quantidade e qualidade das atividades que compõe o AC é a condição que valida a necessidade de intervenção de enfermagem (Orem, 2001).

A dependência no AC assume-se, então, como um aspeto primordial no processo de cuidar, sobretudo do EEER, cabendo-lhe identificar os défices no AC e capacitar a pessoa no desempenho das atividades que o constituem (Petronilho & Machado, 2017). A intervenção de enfermagem tem, assim, por base a apreciação entre a ação do AC, isto é, o que a pessoa consegue realizar das atividades que constituem o AC, e as necessidades de AC, ou seja, o que precisa de ser realizado pelo enfermeiro para manter o funcionamento desejado (Petronilho & Machado, 2017).

No que diz respeito à IC, como referido anteriormente, o quadro sintomatológico que apresenta traduz-se, muitas vezes, em situações de intolerância ao esforço (Pereira, 2014). Esta intolerância ao esforço, entendida como a insuficiente energia, física e psicológica, necessária para desempenhar ou completar as atividades requeridas e desejadas do dia a dia, é um diagnóstico de enfermagem, muitas vezes, evidenciado nas pessoas com IC (Pádua, Vieira & Pereira, 2019). Consequentemente, a independência funcional, ou seja, a capacidade para realizar as atividades essenciais para a vida e QV, como o AC, e viver de forma independente o quotidiano, está muitas vezes diminuída, em relação às necessidades de AC, gerando situações de dependência (Freitas, Sarges & Moreira, 2016; Pereira, 2014).

Desta forma, os enfermeiros (nomeadamente o EEER) devem incluir na sua ação a avaliação contínua da capacidade de desempenho para o AC, no cuidado à pessoa com IC (Pereira, 2014). A perceção da existência de um défice no AC orienta a intervenção do enfermeiro, no sentido da adequação dos métodos de auxílio e da minimização dos seus efeitos na vida da pessoa (Petronilho & Machado, 2017). Assim, na sua intervenção, o EEER tem um papel fundamental, junto da pessoa com IC, na promoção do desenvolvimento de estratégias para o alívio da fadiga e diminuição da sensação de dispneia, ajudando-a a fazer face às limitações no AC.

Através de ações de educação em saúde, sobre técnicas de conservação de energia, isto é, de estratégias que visam a realização das atividades do dia a dia com menos dispneia e menor consumo de oxigénio (Cordeiro & Menoita, 2014), o EEER promove a aprendizagem de ações promotoras da maximização da autonomia, na realização parcial ou total das atividades do quotidiano (Moura, 2015). O principal objetivo da intervenção, junto das pessoas com IC, é promover comportamentos e estratégias de adaptação, para que estas sejam capazes de se autocuidar, tornando-se mais independentes e maximizando, assim, a sua QV (Pereira, 2014).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INERENTES AO EEER

Foram definidos como principais objetivos: **“Desenvolver as competências necessárias ao exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos”** e **“Promover estratégias de conservação de energia, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, junto da pessoa com Insuficiência Cardíaca, que reduzam a intolerância ao esforço e melhorem o Autocuidado”**. O presente projeto de aprendizagem tem, assim, como finalidade mobilizar e aprofundar conhecimentos, em contexto prático, essenciais à aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela OE, no âmbito da ER. Neste sentido, servirá de base para delinear e orientar o estágio, que decorrerá em dois contextos distintos: primeiramente, numa UCC e, posteriormente, num Serviço Hospitalar.

Nesta fase inicial, seria previsível ter ocorrido um primeiro contacto com os locais de estágio, para colheita de informação e descrição destes. No entanto, face à situação atual de pandemia, não foi possível a deslocação presencial, aos mesmos. Assim sendo, posteriormente, já em contexto de prática clínica, será realizada uma descrição detalhada da organização e do trabalho desenvolvido, em ER, nos campos de estágio, através da realização de entrevistas já estruturadas (Apêndice II e III).

Relativamente ao primeiro momento de estágio decorrerá numa UCC, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras. A escolha deste local tem como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas, no âmbito das diversas áreas de intervenção (função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade), inerentes ao exercício do EEER, em contexto comunitário. Com o propósito de conhecer, previamente, a UCC e não tendo sido possível a deslocação presencial à própria instituição foi feito um contacto, via telefone, com a enfermeira coordenadora.

Esta UCC visa prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social a pessoas e famílias em situação vulnerável, ou de maior dependência funcional, ou doença que necessitem de acompanhamento próximo, no âmbito domiciliário e comunitário (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008). Contempla uma equipa multiprofissional, constituída por um conjunto de profissionais de saúde (entre os quais podemos encontrar enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos) com diversas e diferentes competências, de forma a dar resposta às necessidades de cuidados solicitadas. Entre os elementos de enfermagem, que constituem a equipa, fazem parte três EEER, os quais têm uma grande autonomia, no desempenho das suas funções.

Em relação à tipologia das pessoas que a UCC abrange estas apresentam características bastante diversificadas. A UCC presta cuidados a pessoas incluídas em todas as faixas etárias, no entanto a grande maioria são idosos. Os enfoques patológicos são, também, diversificados, baseando-se, sobretudo, em problemas de saúde com elevado índice de dependência, que requerem cuidados complexos, encontrando-se um grande leque de situações carecidas de cuidados de reabilitação. Quanto à natureza destes cuidados de reabilitação é, também, variada, abrangendo todo o tipo de alterações da funcionalidade (sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade).

Relativamente ao segundo momento de estágio decorrerá em contexto hospitalar. À partida irá contemplar dois locais distintos (um em Lisboa e outro na região norte do país) sendo ambos num serviço específico do foro cardíaco. A escolha destes locais tem como objetivo, não só o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, mas particularmente o aprofundamento de conhecimentos e a obtenção de competências específicas relacionadas com a temática do presente projeto de aprendizagem e, portanto, de competências no âmbito da ER na função cardíaca. Para estes locais não foi efetuado qualquer contacto prévio, uma vez que, ainda, se aguarda a confirmação do consentimento do estágio, para ambos os locais.

Para atingir os objetivos gerais definidos e com o intuito de desenvolver as competências essenciais ao exercício profissional do EEER, foi delineado um conjunto de objetivos específicos, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019).

A partir dos domínios de competência e das respetivas competências presentes nos referidos regulamentos, foram, então, delineados objetivos específicos, e determinadas as atividades a desenvolver para que os mesmos possam ser concretizados. O plano de atividades delineado e os recursos necessários mobilizar, para atingir os objetivos específicos definidos, será apresentado, seguidamente, sob a forma de tabelas, nas quais, também, constam os critérios de avaliação essenciais para a monitorização da aplicação do projeto de aprendizagem (Tabelas 1 e 2).

Com o intuito de conseguir o máximo aproveitamento dos campos de estágio e, assim, conseguir desenvolver as competências comuns e específicas, essenciais ao exercício do EEER, os referidos objetivos específicos foram estabelecidos para serem apreendidos ao longo dos dois contextos da prática clínica, tal como é demonstrado no cronograma, também, apresentado em seguida (Tabela 3).

Tabela 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<u>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</u>		
Competência A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional		
Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>CrITÉrios de Avaliação</u>
1. Desenvolver uma prática profissional, na área especializada de ER, assente nos princípios éticos, deontologia profissional e respeito pela dignidade e direitos da pessoa cuidada	· Consulta do Código Deontológico do Enfermeiro · Consulta da carta dos direitos do doente internado · Aplicação da regulamentação relativa à prática de cuidados especializados de ER · Compreensão da dinâmica organizacional, funcionamento e organização dos locais de estágio · Conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes nos locais de estágio	· Ter desenvolvido uma prática de cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão · Ter demonstrado o envolvimento da pessoa e família/cuidador, durante a prestação de cuidados, o processo de reabilitação e as tomadas de decisão
2. Conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multiprofissional e do EEER, nos locais de estágio	· Conhecimento e consulta dos manuais, protocolos, normas, projetos e outros documentos importantes ao funcionamento dos locais de estágio · Observação e compreensão da intervenção da equipa multiprofissional e do EEER nos locais de estágio	· Ter demonstrado conhecimento sobre o funcionamento, a organização e os recursos disponíveis nos locais de estágio · Ter demonstrado compreensão do funcionamento da equipa multiprofissional e a dinâmica da sua intervenção, nos locais de estágio · Ter demonstrado conhecimento acerca do papel do EEER nos locais de estágio

Recursos

- Código Deontológico do Enfermeiro; Carta dos Direitos do Doente Internado; Legislação e Regulamentação aplicável à ER; Normas, manuais e protocolos dos locais de estágio; Pessoa cuidada; Família/Cuidador; Orientador clínico; Docente orientador; Equipa multiprofissional

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica

Competência B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Critérios de Avaliação</u>
3. Colaborar na conceção, operacionalização e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no âmbito da ER	· Participação e colaboração em projetos existentes, nos locais de estágio, relativos à reabilitação da pessoa cuidada, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade	· Ter conhecido, participado e colaborado em projetos existentes nos locais de estágio relativos à reabilitação da pessoa no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade
4. Desenvolver uma prática de cuidados, especializada de ER, centrada nas necessidades da pessoa cuidada e que seja promotora da sua segurança e bem-estar, em qualquer contexto	· Consulta de guias orientadores de boas práticas em ER e de outra literatura relevante à prática de cuidados especializados de ER · Identificação das reais necessidades de ER, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade, através da colheita de dados/avaliação inicial, sob a forma de entrevista estruturada, do processo clínico, registos, da aplicação de escalas e	· Ter consultado bibliografia pertinente e desenvolvido conhecimentos sobre a ER, visando a melhoria contínua dos cuidados · Ter identificado as reais necessidades de ER, através de métodos e instrumentos adequados e validados, junto da pessoa cuidada, em qualquer contexto

	instrumentos validados, junto da pessoa cuidada, em qualquer contexto Identificação e análise de situações de risco, durante a prestação de cuidados, junto da pessoa cuidada, em qualquer contexto	Ter identificado os principais fatores de risco que podem comprometer o bem-estar e a segurança da pessoa cuidada, em qualquer contexto, procurando minimizá-los
Recursos ➤ Equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde; Orientador Clínico; Docente orientador; Pessoa cuidada; Família/Cuidador; Guias orientadores de boas práticas em ER; Revisão sistemática e narrativa da literatura sobre os cuidados em ER; Registo de incidentes, Processo Clínico e Registos		

<u>Domínio da gestão dos cuidados</u>		
Competência C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde		
Competência C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>CrITÉrios de Avaliação</u>
5. Participar na gestão dos cuidados especializados na área de ER, em articulação com a equipa de saúde, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, em qualquer contexto	- Identificação de situações que impliquem a referência e encaminhamento, da pessoa cuidada, para outros profissionais de saúde - Articulação com o enfermeiro de cuidados gerais - Utilização eficiente dos recursos existentes, durante a prestação de cuidados de reabilitação, junto da pessoa cuidada, em qualquer contexto	- Ter identificado situações que necessitem de encaminhamento, da pessoa cuidada, para outros profissionais de saúde - Ter feito a articulação necessária com o enfermeiro de cuidados gerais - Ter feito a utilização eficiente dos recursos existentes, durante a prestação de cuidados de reabilitação, junto da pessoa cuidada, em qualquer contexto
6. Adaptar os recursos existentes às necessidades de cuidados, da pessoa cuidada, garantindo a	Encaminhamento/articulação eficiente com os recursos/unidades existentes, na comunidade	

qualidade da prática de cuidados de reabilitação, em qualquer contexto	· Elaboração de registos de ER · Participação nas passagens de turno · Transmissão de informação, por via oral e escrita, à pessoa cuidada e família/cuidador, através de conferências, nota de alta de ER, guias ou folhetos informativos, importantes à continuidade de cuidados, em qualquer contexto	· Ter feito o encaminhamento/articulação eficiente com os recursos/unidades existentes na comunidade · Ter elaborado registos de ER · Ter participado nas passagens de turno · Ter elaborado notas de alta de ER · Ter transmitido toda a informação necessária à continuidade dos cuidados, à pessoa cuidada e família/cuidador, em qualquer contexto
<u>Recursos</u> ➤ Processo clínico e Registos; Equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde; Orientador Clínico; Docente orientador; Pessoa cuidada; Família/Cuidador; Equipamentos e materiais existentes nos serviços		

<u>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u>		
Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade		
Competência D2: Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Critérios de Avaliação</u>
7. Demonstrar capacidade de autoconhecimento, enquanto pessoa e profissional	· Descrição e reflexão sobre situações de cuidados e sobre a prática clínica, através de jornais de aprendizagem e de reuniões formais e informais	· Ter demonstrado capacidade de reflexão sobre a minha prestação de cuidados, capacidades, limitações e aspetos a melhorar
8. Suportar a prática clínica e o processo de tomada de decisão, na área especializada de ER,	· Pesquisa bibliográfica referente aos cuidados de ER, no âmbito da função sensório motora, cognitiva,	· Ter elaborado jornais de aprendizagem, discuti-los e partilhá-los com o orientador clínico e o docente orientador

junto da pessoa cuidada, na melhor evidência científica	cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade · Elaboração do relatório final de estágio	· Ter realizado pesquisa bibliografia pertinente sobre a ER, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade · Ter feito a articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos, com a prática clínica · Ter redigido o relatório final de estágio
Recursos ➤ Orientador Clínico; Docente Orientador; Jornais de Aprendizagem; Planos de Cuidados; Legislação e Regulamentação aplicável à ER; Normas, <i>Guidelines</i> e Guias orientadores da prática na área da ER; Bases de dados, artigos de opinião de peritos		

Tabela 2. Competências Específicas do EEER

Competência J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de cuidados		
Competência J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania		
Competência J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		
<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Critérios de Avaliação</u>
9. Identificar alterações, que determinem a limitação da atividade, na pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas	· Recolha de informação sobre a situação de saúde/doença da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, através da avaliação inicial, sob a forma de entrevista estruturada, entre outros métodos validados	· Ter avaliado a capacidade funcional e colhido toda a informação pertinente sobre a situação de saúde/doença da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas
10. Conceber planos de intervenção no âmbito da função sensório motora, cognitiva,	· Avaliação da capacidade funcional, da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, através de da utilização de escalas e instrumentos validados.	· Ter feito uma revisão bibliográfica pertinente sobre os conhecimentos teóricos necessários à prestação de cuidados de ER,

cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade e do treino das AVD, promotores da maximização da funcionalidade e autonomia, na pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto 11. Prestar cuidados de ER, para a promoção do AC, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade, da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto 12. Avaliar o impacto das intervenções implementadas, na funcionalidade e autonomia, da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto 13. Promover a participação social, da pessoa com IC e restantes	· Revisão bibliográfica sobre reeducação funcional ao nível sensório motor, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade · Revisão bibliográfica sobre treino, exercício e estratégias adaptativas e/ou estratégias de conservação de energia, para a realização das AVD, na pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas · Elaboração e execução de planos de cuidados de ER individualizados, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade e do treino das AVD, otimizadores da funcionalidade e da autonomia, junto da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto · Realização de treino, exercícios e estratégias adaptativas e/ou de conservação de energia, durante as AVD, com as adaptações necessárias às limitações da funcionalidade da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto · Avaliação dos planos e intervenções implementadas, na otimização da funcionalidade e maximização da autonomia, durante a realização das AVD, através de escalas e instrumentos validados, em qualquer contexto · Registo das intervenções e dos resultados obtidos	junto da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas · Ter elaborado e implementado planos de cuidados individualizados, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade e do treino das AVD, promotores da maximização da funcionalidade e autonomia, junto da pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, em qualquer contexto · Ter realizado com a pessoa com IC e restantes pessoas cuidadas, exercícios e estratégias adaptativas e/ou de conservação de energia, durante as AVD, em qualquer contexto · Ter avaliado os resultados das intervenções e planos implementados, na otimização da funcionalidade e maximização da autonomia, durante a realização das AVD, através de escalas e instrumentos validados, em qualquer contexto
---	--	--

peessoas cuidadas, em qualquer contexto	· Transmissão de informação de forma oral (ex: sessões de educação para a saúde) e escrita (ex: nota de alta, folhetos, guias de orientação) à pessoa com IC, restantes pessoas cuidadas e à família/cuidador sobre estratégias otimizadores da funcionalidade e exercícios/estratégias adaptativas otimizadoras da realização das AVD e da autonomia, e/ou de outros cuidados importantes manter no domicílio · Ensino à pessoa com IC, restantes pessoas cuidadas e à família/cuidador sobre produtos de apoio e recursos existentes na comunidade, necessários à continuidade dos cuidados no domicílio	· Ter registado os resultados obtidos das intervenções e planos implementados · Ter transmitido toda a informação essencial à continuidade dos cuidados no domicílio, junto da pessoa com IC, restantes pessoas cuidadas e família/cuidador · Ter validado junto da pessoa com IC, restantes pessoas cuidadas e da família/cuidador os ensinamentos e a informação transmitida
<u>Recursos</u> ➤ Instrumentos/escalas de avaliação validadas (Escala de <i>Borg</i>, Escala <i>London Chest Activity Daily Living</i>, Índice de Barthel, ...); Processo clínico e Registos; Bases de dados; Revisão sistemática e narrativa da literatura sobre a ER, RC e os cuidados de reabilitação na IC e/ou défices no AC, ou outras necessidades especiais, e sobre exercícios e estratégias adaptativas/estratégias de conservação de energia; Normas, <i>Guidelines</i> e Guias orientadores da prática na área da ER, RC e sobre os cuidados de reabilitação na IC e/ou défices no AC, ou outras necessidades especiais; Folhetos informativos; Equipamentos e materiais existentes nos serviços; Equipa multiprofissional; Orientador Clínico; Docente Orientador; Pessoa cuidada; Família/Cuidador; Diário de Enfermagem		

Tabela 3. Cronograma do planeamento dos objetivos específicos

CRONOGRAMA													
Objetivos Específicos	novembro	dezembro		janeiro		fevereiro				março		abril	
	23-30	1-20	21-31	1-3	4-31	1-5	8-14	15-17	18-28	1-26	27-31	1-4	5-16
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

UCC  Serviço Hospitalar (Lisboa)  Serviço Hospitalar (Região Norte)  Pausa Letiva 

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto doença crónica, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de incapacidade e pior QV, a nível nacional (Ministério da Saúde, 2017). A IC, enquanto parte integrante do grupo de doenças cardiovasculares, foi reconhecida como uma síndrome com elevada morbilidade e mortalidade e um dos problemas de saúde pública com mais impacto a nível social e económico (Fonseca, et al., 2017).

Ao longo dos anos, a evidência científica tem vindo a classificar a RC como uma intervenção com indicação terapêutica mandatária e com elevados benefícios, nomeadamente, no âmbito da IC (Mendes, 2016). Apesar disto, a IC continua a ser subvalorizada e a RC continua a ser uma intervenção pouco praticada, em Portugal (Mendes, 2016; Fonseca et al., 2018).

O presente projeto de aprendizagem clarifica a temática em estudo e justifica a pertinência da mesma, em função do impacto que acarreta para a pessoa, sociedade e sistema de saúde. A sua elaboração ocorre no sentido de orientar o percurso a realizar no terceiro semestre, em contexto de prática clínica, assim como a elaboração do relatório final de estágio. Nele são delineados os objetivos gerais e específicos, respetivas atividades e recursos a mobilizar, para dar resposta às competências comuns e específicas do EEER, a desenvolver nos dois contextos da prática clínica.

Desta forma, considero que este projeto será um alicerce fundamental no desenvolvimento das competências essenciais ao meu crescimento pessoal e profissional. Com ele espero vir a mobilizar e integrar os conteúdos lecionados, ao longo das várias unidades curriculares, dos semestres anteriores, e a adquirir e desenvolver novos conhecimentos, capacidades e competências, em todos os domínios e áreas de intervenção (sensorial, motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e da sexualidade) essenciais ao meu crescimento e desenvolvimento, enquanto futura EEER.

No que diz respeito à especificidade da temática em estudo, a elaboração deste projeto torna-se essencial, na medida em que me vai fazer refletir sobre um atual problema de intervenção, na área de cuidados de reabilitação. Esta reflexão vai permitir-me ir ao encontro das reais necessidades de cuidados de ER, de um grupo específico de pessoas, no sentido da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, apesar de ser uma temática em desenvolvimento, continua a ser pouco explorada comparativamente com outras, no âmbito da ER, o que se constituirá como um grande desafio para mim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (Edits.). (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., Lucena, A. F., Rabelo-Silva, E. R., & Souza, E. N. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26(4), 239-244. Doi:10.1016/j.apnr.2013.08.003.
- Brewer, L., Boleware, A. L., & Boss, B. J. (2008). Reabilitação cardíaca e cardiovascular. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 715-740). Loures: Lusodidacta.
- Brito, D. (2020). Insuficiência cardíaca: o valor da tomada de decisão apoiada pela evidência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 13-16. Doi:10.1016/j.repc.2020.02.005.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, principios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diária da República, I Série* (Nº 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.
- Despacho nº 8597/2017 (2017). Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca, assim como para a definição e acompanhamento dos projetos-piloto a desenvolver neste âmbito, em estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, II Série* (Nº 189 de 29-09-2017), 21827-21828.

- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. Doi:10.1016/j.repc.2017.11.010.
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., ... , & Cardoso, J. S. (2017). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(1), 1-8. Doi:10.1016/j.repc.2016.10.006.
- Freitas, C. V., Sarges, E. N., Moreira, K. E., & Carneiro, S. R. (2016). Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 119-128. Doi:10.1590/1809-9823.2016.14244.
- Gouveia, M. R., Ascensão, R. M., Fiorentino, F., Costa, J. N., Broeiro-Gonçalves, P. M., ... , & Borges, M. P. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 3-11. Doi:10.1016/j.repc.2019.09.00.
- Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, 3, 5-9. Doi:10.25758/s&t.v0i3.174.
- Mendes, M. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto de situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35 (12), 669-671. Doi:10.1016/j.repc.2016.10.004.
- Ministério da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Moura, S. C. (2015). *A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/81837>.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Pádua, B. L., Vieira, G. C., Pereira, J. d., Figueiredo, L. d., Flores, P. V., & Cavalcanti, A. C. (2019). Diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca crónica. *Nursing*, 22(250), 2717-2721. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta//resource/pt/biblio-996251>.
- Pereira, F. Á. (2014). El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Revista Mexicana de Enfermería*

Cardiológica, 22(2), 70-77. Disponível em:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142e.pdf>.

- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. ... , & Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129-2200. Doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diária da República, II Série* (Nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660.
- Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568.
- Smith-Love, J. (2019). Heart failure-related fatigue. *The Journal for Nurse Practitioners*, 181-189. Doi:10.1016/j.nurpra.2019.05.002.

APÊNDICES

Apêndice I

Revisão Sistemática da Literatura

Título: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca: promoção de estratégias de conservação de energia

Resumo

Introdução: a Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crónica, cuja evolução gradual do quadro sintomatológico está, muitas vezes, associada a limitações na capacidade para o autocuidado (AC).

Objetivo: sintetizar a evidência existente relativa à intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia, junto da pessoa com IC.

Crítérios de inclusão: foram definidos como critérios de inclusão a pessoa com IC, intervenção referente ao enfermeiro de reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia, em qualquer contexto, estudos de investigação qualitativa, quantitativa, ou mistos, publicados nos últimos dez anos, em português, inglês ou espanhol.

Estratégia de pesquisa: definiu-se como expressão booleana: “*nurse AND heart failure AND energy conservation*”. Para efetuar a pesquisa recorreu-se às bases de dados eletrónicas EBSCOhost e PubMed, tendo-se obtido dez artigos, dos quais dois foram selecionados para análise.

Resultados: o enfermeiro de reabilitação pode educar as pessoas com IC, no sentido do desenvolvimento de eficazes estratégias de conservação de energia.

Conclusões: a promoção de estratégias de conservação de energia, por parte do enfermeiro de reabilitação, junto da pessoa com IC, torna-se importante no que diz respeito à redução dos níveis de fadiga e, consequentemente, melhoria na tolerância à atividade e aprimoramento nas atividades de vida diária (AVD) e no AC.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Enfermeiro de Reabilitação, Conservação de Energia

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC), enquanto doença crónica, constitui-se como um importante problema de saúde pública, que atinge um significativo número de pessoas e apresenta elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Fonseca, Brás, Araújo & Ceia, 2018). Caracteriza-se por um quadro sintomatológico típico (dispneia, edemas

periféricos e fadiga), causado por uma anomalia cardíaca, funcional e/ou estrutural (Ponikowski, Voors & Anker, 2016). Segundo a *New York Heart Association* (NYHA), de forma simples, a IC pode ser classificada tendo em conta a gravidade da sintomatologia apresentada e o grau de tolerância ao exercício, podendo variar desde a ausência de sintomas, aquando da realização das atividades diárias, até à presença de sintomas, mesmo em repouso (Ponikowski, et al., 2016).

Com o envelhecimento e a, consequente, progressão da doença, a pessoa com IC começa a ter dificuldade em prover a energia necessária para a realização das atividades de vida diária (AVD) (Moura, 2015). Sabe-se que, dado o característico quadro de desconforto respiratório e fadiga, apresentado na IC, a intolerância ao esforço é um diagnóstico de enfermagem, muitas vezes, evidenciado nas pessoas com esta patologia (Pádua, et al., 2019).

Esta intolerância ao esforço condiciona, frequentemente, as atividades ao nível do autocuidado (AC). Neste sentido, é importante a integração de estratégias adaptativas, de conservação de energia, para a pessoa com IC conseguir lidar com o esforço e, assim, manter a sua independência no AC e, consequentemente, preservar a qualidade de vida (QV) (Moura, 2015). Os enfermeiros de reabilitação têm um papel essencial na manutenção da QV das pessoas de quem cuidam, através da prevenção de complicações, da maximização das suas capacidades e da promoção do seu AC (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Neste sentido, e percebendo o impacto que a IC pode acarretar na vida das pessoas, a presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo sintetizar o conhecimento existente sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia, junto da pessoa com IC.

Estratégia de Pesquisa

Para a formulação da pergunta de investigação recorreu-se ao acrónimo PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*), preconizado pelo instituto *Joanna Briggs* (2020). Definiu-se, assim, como pergunta de investigação: Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia à pessoa com Insuficiência Cardíaca?

De forma a definir as palavras-chave foram mobilizados os elementos do acrónimo PICO. Recorrendo às bases de dados selecionadas para a pesquisa (MEDLINE Complete, CINAHL Complete e PubMed) e empregando palavras de

pesquisa em linguagem natural foi feita a identificação dos termos de indexação a serem mobilizados.

Não foi possível identificar, para todos as palavras naturais, os termos de indexação correspondentes, uma vez que a definição apresentada dos termos indexados, nas bases de dados utilizadas, não correspondia à definição procurada para a presente pesquisa. Desta forma, para a pesquisa foram, sobretudo, utilizadas palavras em linguagem natural, as quais são apresentadas seguidamente.

Tabela1. Identificação das palavras-chave de pesquisa

P (Population)	Pessoa com IC	<u>Palavras-chave</u> - Enfermeiro (Nurse) - Insuficiência Cardíaca (Heart failure) - Conservação de Energia (Energy conservation)
I (Intervention)	Intervenção do enfermeiro de reabilitação	
C (Comparasion)	Se existir	
O (Outcome)	Decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação	

Partindo do acrónimo PICO definiram-se os critérios de inclusão e exclusão, explanados na tabela, a seguir apresentada.

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão

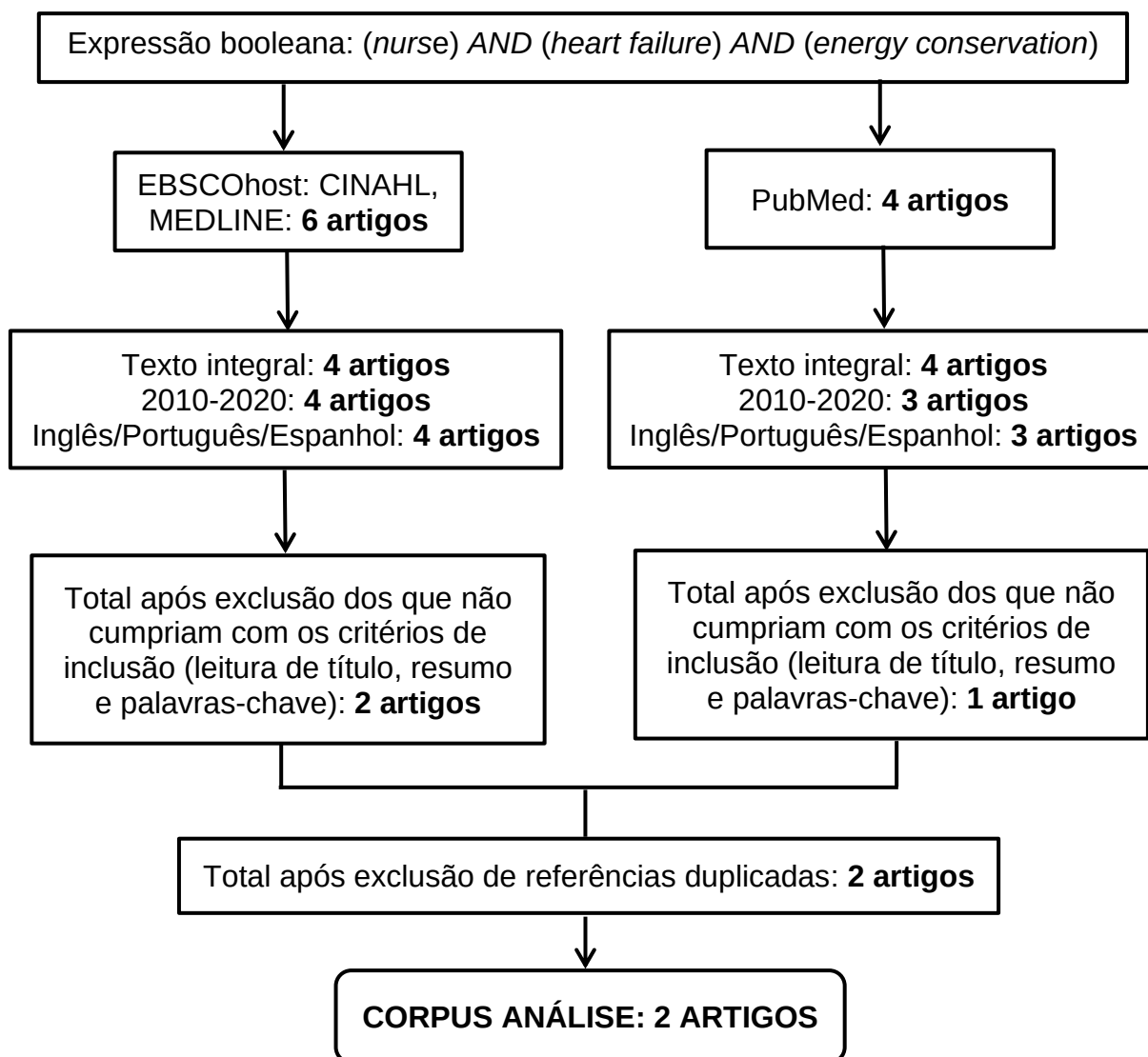
<u>Critérios de Seleção</u>	<u>Critérios de inclusão</u>	<u>Critérios de exclusão</u>
Tipo de participantes	Pessoa com IC	Outro tipo de patologia
Tipo de intervenção	Intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia	O que não possa ser aplicado à intervenção do enfermeiro
Tipo de resultados	Oriundos, ou que possam ser transpostos, para a intervenção do enfermeiro de reabilitação em qualquer contexto	

Tipo de estudos	Investigação qualitativa, quantitativa, ou mistos	Artigos não científicos, sem resumo na base de dados
Data publicação	Período compreendido entre 2010-2020	Artigos com data inferior a 2010
Idioma	Inglês, português, espanhol	Qualquer outro idioma

Para a presente pesquisa foi definida como expressão booleana: (*nurse*) AND (*heart failure*) AND (*energy conservation*). Procedeu-se à pesquisa nas bases de dados seleccionadas e obtiveram-se seis artigos na base de dados EBSCOhost (MEDLINE Complete, CINAHL Complete), tendo sido eliminados, automaticamente, os artigos duplicados, e quatro artigos na base de dados PubMed. Obteve-se, assim, um total de dez artigos. Como limitadores de pesquisa, para cada base de dados, seleccionaram-se as opções texto integral, idioma (inglês, português e espanhol) e o intervalo temporal entre 2010 e 2020. Optou-se por se alargar o limite temporal aos últimos dez anos, pelo reduzido número de artigos obtidos. Dos dez artigos, inicialmente obtidos, ficaram sete artigos (quatro da EBSCOhost e três da PubMed).

Após a leitura do título, palavras-chave e resumo de cada um dos artigos, de forma a confirmar a presença dos critérios de inclusão, ficou-se com um total de três artigos (dois da EBSCOhost e um da PubMed). Destes foram eliminados os artigos duplicados (um artigo), ficando um total de dois artigos, os quais constituíram o corpus de análise. Seguidamente é apresentado, em fluxograma, as fases de pesquisa descritas.

Fluxograma 1. Corpus de Análise



Extração de Dados

Perante a identificação do corpus de análise procedeu-se à leitura integral dos artigos. Após análise dos estudos procedeu-se à extração dos dados, a qual é apresentada seguidamente, em formato de tabela.

Tabela 3. Extração dos dados

Heart Failure – Related Fatigue (Smith-Love, J., 2019)					
<u>Objetivos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Resultados</u>	<u>Implicações/Conclusões</u>
Avaliar o nível de fadiga e a capacidade funcional em adultos com IC. Determinar se os cuidados de suporte de enfermagem diminuem a fadiga, característica da IC, melhoram a realização das AVD e diminuem as taxas de readmissão hospitalar em 30	Estudo randomizado controlado: Grupo de intervenção (15 participantes receberam cuidados de suporte à IC); Grupo de controlo (15 participantes, receberam cuidados habituais à IC). Foi utilizado o modelo teórico de Levin, como base para assistir a pessoa no	Selecionados 41 adultos com IC, 30 consentiram com o estudo; Idade > 18 anos, com diagnóstico de IC e com capacidade de compreensão, escrita e leitura, em inglês, mantidas. O recrutamento foi feito em unidades de cardiologia que admitem e dão alta, com frequência, a pessoas com diagnóstico de IC.	A interação ocorreu diariamente, durante o período de internamento e via telefone, na 1ª e 3ª semanas após a alta. Escalas utilizadas: Índice de <i>Barthel</i> (avaliação da performance em 10 AVD, no início e 30 dias após alta, via telefone) e Escala da Fadiga de Piper	No grupo das pessoas onde foram aplicadas as intervenções de suporte verificou-se uma melhoria na realização das AVD, uma redução significativa da fadiga. As taxas de readmissão hospitalar diminuíram. Foi verificada a importância da	A realização das AVD é, significativamente, melhorada pela redução do dispêndio de energia e diminuição dos níveis de fadiga. Estratégias de conservação de energia simples, mas eficazes: estar sentado durante os cuidados de higiene, ou de tarefas como arrumar e preparar roupa, organizar previamente o trabalho, fazer listas, fazer intervalos de descanso periódicos, evitar temperaturas extremas, fazer compras utilizando uma <i>scooter</i> elétrica (tecnologia).

dias, em comparação com os cuidados habituais à IC.	processo de adaptação à doença, com o menor dispêndio de energia. Intervenções de suporte: educação, treino (<i>coaching</i>), aconselhamento sobre a avaliação da perceção dos níveis de fadiga, conservação de energia durante as AVD, AC na IC e saber dar resposta ao agravamento da sintomatologia.	Todas as formas de classificação da IC foram incluídas no estudo. <u>Critérios de exclusão:</u> pessoas com alterações do estado mental, hemodinamicamente instáveis, em fase de descompensação aguda da IC, admitidos em unidades de cuidados intensivos e a fazer perfusão de medicação inotrópica.	(avaliar 4 domínios da fadiga, ao início, à data da alta e 30 dias após alta, via telefone).	avaliação sobre a perceção da fadiga e da implementação de estratégias de conservação de energia.	As estratégias devem ser adaptadas à pessoa, ao seu nível de dependência e às suas necessidades. Estas estratégias devem ser implementadas logo que possível no internamento, e devem ser mantidas após a alta, no sentido da manutenção da independência na capacidade funcional da pessoa. Os cuidados de suporte à IC demonstram resultados positivos no que diz respeito ao AC e conservação de energia. <u>Limitações:</u> amostra em estudo pequena, curto período de seguimento (<i>follow-up</i>), após a alta.
--	--	---	---	--	---

Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC and NOC (Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., Lucena, A. F., Rabelo-Silva, E. R., & Souza, E. N., 2013)					
Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Implicações/Conclusões
Avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem (NIC), de acordo com os resultados de enfermagem (NOC) e tendo por base os diagnósticos (NANDA-I), junto de pessoas com IC, no domicílio.	Estudo longitudinal prospetivo, junto de pessoas com IC. Foram realizadas 4 visitas domiciliárias e efetuadas 4 chamadas telefónicas, após a alta hospitalar. Durante as visitas domiciliárias foi efetuada a avaliação das pessoas e foram definidos os	23 pessoas com idade > 18 anos, com IC descompensada, admitidos em instituições de referência para a IC. <u>Crítérios de exclusão:</u> dificuldades na comunicação, estado avançado da doença, com residência a mais de 20km da instituição ou que não tenham	As pessoas foram acompanhadas durante 6 meses; foram realizadas 4 visitas domiciliárias e 4 contactos telefónicos. Na 1ª visita (7 a 10 dias após alta hospitalar) procedeu-se à avaliação das pessoas, definição dos diagnósticos, planeamento das intervenções e atividades a desenvolver, de	Dos diagnósticos NANDA-I levantados o autocontrolo ineficaz da saúde (défice de conhecimento) foi o mais frequente na 1ª visita; disposição para melhorar a gestão da doença foi o mais frequente nas visitas 2, 3 e 4. Das intervenções NIC a educação para a saúde, modificação do comportamento, assistência na automodificação,	Das 11 intervenções NIC, 8 apresentaram elevada efetividade, de acordo com evolução positiva nos resultados (NOC), desde a 1ª até à 4ª visitas: educação para a saúde, modificação do comportamento, assistência na automodificação, consulta por telefone, aconselhamento nutricional, ensino sobre a medicação prescrita, ensino sobre o processo de doença e conservação de energia. A intervenção gestão de energia, apesar da baixa

	diagnósticos (NANDA-I), implementadas as intervenções (NIC) e avaliados os resultados obtidos (NOC).	telefone no domicílio.	acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e solicitada a avaliação dos resultados (escala de Likert). Na 2ª, 3ª e 4ª visitas, os diagnósticos, intervenções e resultados foram reavaliados.	ensino sobre o processo doença e gestão de energia, foram as mais frequentes. Em relação aos resultados NOC o conhecimento sobre o regime terapêutico, controlo de sintomas, conhecimento sobre medicação, foram os mais frequentes. Os resultados obtidos na avaliação da tolerância à atividade e conservação de energia aumentaram significativamente, entre a 1ª e 4ª visitas.	prevalência do diagnóstico de fadiga, mostrou ter resultados significativamente positivos, em relação à tolerância à atividade e à conservação de energia <u>Limitações estudo</u> : ausência de grupo de controlo, no sentido de reforçar o impacto das conclusões obtidas.
--	--	------------------------	--	--	---

Síntese e Discussão dos Resultados

Smith-Love (2019) realizou um estudo com os objetivos de avaliar o nível de fadiga e a capacidade funcional de adultos com IC e determinar se os cuidados de suporte implementados pelos “*nurse practitioners*” (enfermeiros de prática avançada) reduzem a fadiga associada à IC, melhoram a realização das AVD e reduzem as taxas de readmissão hospitalar em trinta dias, em comparação com os cuidados habituais à IC. Embora sejam designados por enfermeiros de prática avançada, em vez de enfermeiros especialistas, tal como no contexto português, são profissionais com formação, detentores de conhecimentos, capacidades, competências e experiência clínica avançada, desempenhando funções semelhantes no cuidado à pessoa com doença crónica cardíaca e com necessidades específicas.

Neste sentido, foi realizado um ensaio randomizado controlado, onde foram recrutadas quarenta e uma pessoas com IC, das quais trinta consentiram em participar no estudo, sendo divididas em dois grupos distintos. O grupo de controlo recebeu os cuidados habituais à IC e no grupo de intervenção foram aplicados cuidados de suporte à IC, por enfermeiros de prática avançada, onde foram incluídas intervenções como: a educação, treino (“*coaching*”), aconselhamento sobre a avaliação da perceção dos níveis de fadiga, a conservação de energia durante as AVD, o AC na IC e saber dar resposta ao agravamento da sintomatologia.

A interação ocorreu diariamente, durante o período de internamento hospitalar, e na primeira e terceira semanas, via contacto telefónico, após a alta. Para a avaliação e comparação dos resultados foram utilizadas a escala da fadiga de Piper (na admissão, à data da alta e trinta dias após a alta, via telefone) e o índice de Barthel (na admissão e trinta dias após a alta, via telefone).

A avaliação e comparação dos resultados obtidos, através da aplicação das escalas, demonstrou que no grupo das pessoas onde foram implementadas as intervenções de suporte houve uma considerável melhoria na realização das AVD, desde a admissão, até trinta dias após a alta, e uma significativa redução da fadiga, desde a admissão, até à data da alta e trinta dias após a alta hospitalar. Além disto, verificou-se uma diminuição das taxas de readmissão hospitalar.

Estes resultados ressaltam a importância e os benefícios da implementação de estratégias como a identificação da fadiga e a conservação de energia, junto de pessoas com IC, como contributo para a redução dos níveis de fadiga e para o melhoramento da realização das AVD (Smith-Love, 2019).

Este estudo concluiu, então, que a realização das AVD é, significativamente, melhorada pela redução do dispêndio de energia e pela diminuição dos níveis de fadiga. Simples, mas eficazes estratégias de conservação de energia podem ser ensinadas, por enfermeiros de prática avançada, às pessoas com IC, tais como: estar sentado durante os cuidados de higiene, ou de tarefas como arrumar a roupa, organizar previamente as tarefas a realizar, fazer listas, fazer intervalos de descanso periódicos, evitar temperaturas extremas e fazer compras utilizando uma *scooter* elétrica (utilizar tecnologia). Estas intervenções devem ser personalizadas e adaptadas à pessoa, tendo em conta o seu nível de dependência, as suas preferências e necessidades. Devem ser implementadas logo que possível, durante o internamento, e mantidas após a alta hospitalar, no sentido da manutenção da independência funcional, das pessoas com IC (Smith-Love, 2019).

O sucesso da intervenção dos enfermeiros de prática avançada, através da aplicação de cuidados de suporte, foi, assim, demonstrado através do aprimoramento no AC, da capacidade de conservação de energia, pela redução significativa nos níveis de fadiga e pela melhoria na realização das AVD.

No segundo artigo os autores Azzolin, Mussi, Ruschel, Lucena, Rabelo-Silva, & Souza (2013) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem (NIC), através da avaliação dos resultados de enfermagem (NOC) e tendo por base os diagnósticos (NANDA-I) levantados, junto de pessoas com IC.

Desta forma, foi realizado um estudo longitudinal prospetivo, junto de pessoas com IC, no domicílio. A amostra era constituída por vinte e três pessoas com IC, as quais foram seguidas durante um período de seis meses, que incluiu quatro visitas domiciliárias e quatro contactos telefónicos, após a alta hospitalar. Durante as visitas domiciliárias foi efetuada a avaliação das pessoas e definidos os diagnósticos (NANDA-I), implementadas as intervenções (NIC) e atividades, de acordo com as necessidades individuais das pessoas, e avaliados os resultados obtidos. Os indicadores, para cada resultado, foram avaliados no fim de cada visita domiciliária, tendo por base a escala de Likert.

Dos diagnósticos (NANDA-I) levantados salientam-se: disposição para melhorar a gestão da doença; autocontrolo ineficaz da saúde; controlo do regime terapêutico familiar ineficaz; volume de líquidos excessivo; risco de volume de líquidos deficiente; e fadiga. As intervenções (NIC) implementadas incluíram: educação para a saúde; modificação do comportamento; assistência na automodificação; consulta

por telefone; aconselhamento nutricional; ensino: medicação prescrita; ensino: processo doença; promoção do envolvimento da família; mobilização da família; monitorização hídrica; e gestão de energia. Em relação aos resultados (NOC) avaliados salientam-se: conhecimento sobre o regime terapêutico; controlo de sintomas; participação familiar no cuidado; balanço hídrico; conhecimento sobre medicação; tolerância à atividade; e conservação de energia.

Dos diagnósticos NANDA-I levantados o autocontrolo ineficaz da saúde foi o mais frequente, na primeira visita, e a disposição para melhorar a gestão da doença foi o mais frequente, na segunda, terceira e quarta visitas.

Das onze intervenções NIC implementadas, oito apresentaram elevada efetividade, de acordo com a evolução positiva nos resultados (NOC), desde a primeira até à quarta visitas: educação para a saúde, modificação do comportamento, assistência na automodificação, consulta por telefone, aconselhamento nutricional, ensino sobre a medicação prescrita, ensino sobre o processo de doença e gestão de energia. No que diz respeito à intervenção gestão de energia, apesar da baixa prevalência do diagnóstico de fadiga, esta demonstrou ser eficaz, através da evolução positiva nos resultados de tolerância à atividade e de conservação de energia.

Relativamente aos resultados NOC, o conhecimento sobre o regime terapêutico, o controlo de sintomas e o conhecimento sobre a medicação, foram os mais frequentes. Os resultados obtidos na avaliação da tolerância à atividade e na conservação de energia melhoraram, significativamente, entre a primeira e a quarta visitas (Azzolin, et al., 2013).

Limitações da Revisão Sistemática da Literatura

A presente revisão sistemática da literatura apresenta algumas limitações. Uma dessas limitações prende-se com a delimitação dos artigos às línguas selecionadas, o que poderá condicionar o aparecimento de artigos publicados noutros idiomas, com conclusões importantes para dar resposta à questão de investigação. Outra limitação está relacionada com o facto de terem sido excluídos artigos por não se conseguir acesso ao texto completo, diminuindo, assim, o número de artigos disponíveis para análise. Por último, o número diminuto de artigos encontrados constitui-se, também, como uma importante limitação à presente revisão sistemática da literatura. Apesar de serem apresentadas importantes conclusões, nos dois artigos selecionados, a

população abrangida em cada um dos estudos é pequena, o que poderá comprometer a extrapolação dos resultados para a população com IC, no seu geral.

Conclusões

A presente revisão sistemática da literatura foi realizada com o intuito de dar resposta à questão de investigação de partida: Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção de estratégias de conservação de energia à pessoa com Insuficiência Cardíaca?

Apesar do número diminuto de artigos encontrados, os estudos descritos nos mesmos salientam a importância do enfermeiro de reabilitação junto da pessoa com IC, no que diz respeito à sua intervenção no sentido da promoção da gestão de energia, especialmente pela aplicação de estratégias de conservação de energia. De acordo com as necessidades e preferências da pessoa com IC, simples, mas eficazes estratégias de conservação de energia podem ser ensinadas, junto da mesma, desde a sua admissão no internamento e mantidas após a alta hospitalar, no sentido da manutenção da sua independência funcional (Smith-Love, 2019).

Importantes ganhos são revelados, nos dois estudos em conjunto, nomeadamente: redução do dispêndio de energia, capacidade de conservação de energia, redução dos níveis de fadiga e, conseqüentemente, melhoria na tolerância à atividade, melhoria na realização das AVD e o aprimoramento no AC (Azzolin, et al., 2013; Smith-Love, 2019).

De acordo com o descrito é de salientar a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação, junto da pessoa com IC, no sentido da promoção de estratégias de conservação de energia, respondendo à pergunta de partida da presente revisão sistemática da literatura.

Apesar dos importantes resultados encontrados é de realçar os poucos estudos encontrados, o que permite concluir que, ainda, existe pouco investimento e investigação sobre a temática em estudo, no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Apêndice II

Guião de Entrevista para Unidade de Cuidados na Comunidade

Caracterização da UCC

- Qual a missão da UCC
- Localização, descrição do espaço físico e horário de funcionamento da UCC?

Recursos humanos da UCC

- Como é constituída a equipa multiprofissional?
- Como é constituída a equipa de enfermagem/EEER?
- Como são distribuídos os EEER pelo horário de funcionamento da UCC?

Caracterização da população abrangida pela UCC

- Qual a área abrangida pela UCC?
- Como é que as pessoas são integradas/referenciadas para a UCC?
- Como se caracterizam as pessoas a quem a UCC presta cuidados (média de idade, principais patologias/problemas de saúde, necessidades ...)? (IC?)
- Qual o tempo médio de acompanhamento das pessoas pela equipa de ER?

Prestação de cuidados pelo EEER

- Quais as principais áreas de intervenção no âmbito da ER? (função cardíaca?)
- Como é feito o planeamento dos cuidados de reabilitação entre equipa multiprofissional e dentro da equipa de ER (reuniões e sua periodicidade, ...)?
- Organização das visitas domiciliárias pelos EEER (horário, frequência, rácio EEER/pessoa cuidada)
- Que recursos materiais/equipamentos existem para o desempenho dos EEER?
- Que projetos relacionados com a ER estão em vigor ou em planeamento?
- Como é feita a avaliação da evolução das pessoas integradas nos programas de ER (escalas/instrumentos validados, ...)?

Continuidade de cuidados de ER

- De que forma a família/cuidador informal é envolvido nos programas de ER?
- Que sistemas de informação são utilizados (sessões de educação em saúde, folhetos, guias...)?
- Como são realizados os registos de ER?
- Que dificuldades/aspetos a melhorar/projetos a desenvolver no âmbito da ER?

Apêndice III

Guião de Entrevista para Serviço Hospitalar

Caracterização do serviço hospitalar

- Qual a missão do serviço
- Localização, descrição do espaço físico e horário de funcionamento do serviço?

Recursos humanos do serviço hospitalar

- Como é constituída a equipa multiprofissional?
- Como é constituída a equipa de enfermagem/EEER?
- Como são distribuídos os EEER pelo horário de funcionamento do serviço?

Caracterização da população abrangida pelo serviço hospitalar

- Proveniência das pessoas internadas no serviço?
- Como se caracterizam as pessoas internadas no serviço (média de idade, principais patologias/problemas de saúde, necessidades ...)? (IC?)
- Qual o tempo médio de permanência no serviço?

Prestação de cuidados pelo EEER

- Quais as principais áreas de intervenção no âmbito da ER? (função cardíaca?)
- Como é feito o planeamento dos cuidados de reabilitação entre equipa multiprofissional e dentro da equipa de ER (reuniões e sua periodicidade, ...)?
- Que recursos materiais/equipamentos existem para o desempenho dos EEER?
- Que projetos relacionados com a ER estão em vigor ou em planeamento?
- Como é feita a avaliação da evolução das pessoas integradas nos programas de ER (escalas/instrumentos validados, ...)?

Continuidade de cuidados de ER

- De que forma a família/cuidador informal é envolvido nos programas de ER?
- Que sistemas de informação são utilizados (sessões de educação em saúde, folhetos, guias...)?
- Como é feita a articulação com a comunidade?
- Como são realizados os registos de ER?
- Que dificuldades/aspetos a melhorar/projetos a desenvolver no âmbito da ER? (função cardíaca/IC?)

Apêndice II

Caracterização e Organização de uma ECCI

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

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem 1
- Caracterização e Organização de uma ECCI -**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

**Lisboa
dezembro 2020**

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

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

- Caracterização e Organização de uma ECCI -

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

—

Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva

—

**Lisboa
dezembro 2020**

Caracterização e Organização de uma ECCI

Este primeiro jornal de aprendizagem tem como finalidade caracterizar e descrever, de forma sucinta, a organização e funcionamento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na qual iniciei o meu estágio.

Ao longo de todo o meu percurso, quer enquanto estudante, quer enquanto profissional de enfermagem, nunca tive a oportunidade de integrar uma ECCI. Neste sentido, era do meu desconhecimento a forma como é efetuado todo o processo de articulação e referenciação para uma ECCI, assim como, efetivamente, são assegurados os cuidados de enfermagem, nomeadamente, no âmbito da enfermagem de reabilitação (ER). Desta forma, durante a primeira semana de estágio tive necessidade de pedir apoio à Enfermeira Orientadora Clínica (OC) e de procurar, em documentação legal e normativa, informação sobre a caracterização, organização e funcionamento, não só das ECCI, mas também dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente do ACES e ECCI onde estou em integração.

Os ACES, agrupamentos de centros de saúde (CS), consistem em serviços de saúde (com autonomia administrativa), que agregam várias unidades funcionais (UF) (unidades de saúde familiar, USF, unidades de cuidados de saúde personalizados, UCSP, unidades de cuidados continuados, UCC, unidades de saúde pública, USP, e unidades de recursos assistenciais partilhados, URAP), constituídas por equipas multiprofissionais, que asseguram os cuidados de saúde primários à população da área geográfica do ACES em que se inserem, diferindo no modelo organizacional estabelecido (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Do conjunto das UF, que compõem o ACES, fazem parte as UCC, unidades que visam prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social a pessoas e famílias em situação vulnerável, de maior dependência funcional, ou doença, que necessitem de acompanhamento próximo, em contexto domiciliário e comunitário (Decreto-lei nº 28/2008, 2008). De acordo com as necessidades e disponibilidade de recursos, a UCC é constituída por uma equipa multiprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros profissionais), que possui autonomia organizativa e técnica e que atua em cooperação com as restantes UF, do CS e do ACES (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

À UCC compete constituir as ECCI. Assim, os ACES participam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a qual tem como principal

objetivo prestar cuidados continuados integrados (CCI) a pessoas, que se encontrem em situação de dependência, em qualquer fase do seu ciclo de vida (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006; Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Os CCI constituem-se, então, como o conjunto de intervenções no âmbito da saúde e/ou do apoio social, que através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, visam melhorar a funcionalidade e promover a autonomia da pessoa em situação de dependência (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006). Estes são assegurados por unidades de internamento (unidades de convalescença, UC, unidades de média duração e reabilitação, UMDR, e unidades de longa duração e manutenção, ULDM), unidades de ambulatório (unidades de dia e de promoção de autonomia), unidades hospitalares (equipas de gestão de altas, EGA) e unidades domiciliárias, nas quais se incluem as ECCI (Decreto-Lei nº136/2015, 2015).

No que concerne às ECCI dizem respeito a equipas multiprofissionais, tuteladas pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social, que prestam cuidados, nomeadamente do âmbito médico, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, “... a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, p.3862).

A referenciação dos utentes para a RNCCI, nomeadamente para as ECCI, ocorre mediante diagnóstico de situação de dependência, a partir de uma avaliação médica, de enfermagem e social, na plataforma GestCare CCI e formulário próprios (consentimento informado), pela EGA de um hospital, integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), ou pelo médico de família da UF do ACES da área de residência (Portaria nº 174/2014, 2014). A proposta de referenciação é efetuada à Equipa Coordenadora Regional (ECR), que encaminha para a respetiva Equipa Coordenadora Local (ECL), que avalia e valida a referida proposta e a tipologia da unidade da RNCCI mais adequada para dar resposta às necessidades identificadas (Portaria nº 174/2014, 2014).

Relativamente à UCC, na qual se integra a ECCI onde estou a desenvolver o meu primeiro estágio, diz respeito a uma das UF que faz parte do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras. O presente ACES assegura a prestação de cuidados de saúde da população residente na União das freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada-Dafundo, na União das freguesias de Carnaxide e Queijas, na União de

freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, nas freguesias de Barcarena e Porto Salvo e, por último, nas freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique - Santo Condestável (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 2016).

De forma a chegar a toda a população residente nas freguesias que integra, o ACES Lisboa Ocidental e Oeiras dispõe de três UCC. A UCC, na qual estou a integrar-me, encontra-se sediada no piso inferior de um CS e funciona de segunda a sexta-feira, no horário compreendido entre as oito horas da manhã e as vinte horas da noite, podendo ainda funcionar ao fim de semana e feriados, em função das necessidades de cuidados dos utentes em carteira.

Em conformidade com a legislação aplicável aos ACES, nomeadamente ao funcionamento das UCC, a presente UCC tem como missão prestar

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008, p.1184).

De acordo com a disponibilidade de recursos e as necessidades de saúde da população identificadas, a presente ECCI dispõe de uma equipa multiprofissional constituída por um conjunto de profissionais de saúde (entre os quais um secretário clínico, dez enfermeiros – aguarda-se a substituição de um dos enfermeiros, um médico, dois assistentes sociais e três psicólogos), com diversas e diferentes competências, por forma a dar resposta às necessidades de cuidados dos utentes integrados na equipa. Entre os elementos da equipa de enfermagem, que constituem a equipa da ECCI, todos são enfermeiros especialistas, sendo três EEER e um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. No desempenho das suas funções, todos os enfermeiros têm uma grande autonomia.

A admissão de um utente, na ECCI, é feita mediante "... proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona" (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, p.3863). Cabe sempre à ECL, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, validar a proposta de referenciação, aceitando, ou não, a ingressão da pessoa na ECCI, justificando-a.

Atualmente, a ECCI tem uma capacidade máxima de vinte e cinco vagas, disponíveis para integração de utentes que necessitem de CCI. No presente momento, a ECCI tem em carteira um total de dezasseis utentes (valor que varia

consoante as altas e as admissões efetuadas), a quem presta cuidados de enfermagem diferenciados, nomeadamente de ER, em regime domiciliário.

No que diz respeito à tipologia da população a quem presta cuidados, a presente ECCI tem em carteira pessoas incluídas em todas as faixas etárias. Atualmente, presta cuidados a três utentes pediátricos, sendo umas das ECCI, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, inovadora na aplicação do conceito “ao longo do ciclo de vida” preconizado pela RNCCI. Apesar do leque de idades da população abrangida pela ECCI ser diversificado, a grande maioria são idosos.

Os enfoques patológicos sobre os quais recaem os cuidados são, também, diversificados, baseando-se, sobretudo, em problemas de saúde com elevado índice de dependência, que requerem a prestação de cuidados de saúde complexos, encontrando-se um grande leque de situações carecidas de cuidados de reabilitação. Quanto à natureza destes cuidados de reabilitação é, também, variada, abrangendo todo o tipo de alterações da funcionalidade (respiratória, sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade). Ainda assim, podemos encontrar um maior enfoque ao nível da necessidade de prestação de cuidados de reabilitação no âmbito da Reabilitação Funcional Motora (RFM).

Após aceitação da vaga na ECCI é realizada uma primeira visita domiciliária, onde é feita uma avaliação multiprofissional para posterior elaboração do plano individual de intervenção (PII) (Portaria nº 174/2014, 2014). Na ECCI esta primeira visita é, normalmente, realizada por dois profissionais de categorias distintas, habitualmente um, ou dois enfermeiros e um assistente social, que realizam a avaliação de enfermagem e social da pessoa por forma a definir “... o conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais” (Decreto-Lei nº 136/2015, 2015, p.5084). Posteriormente, são realizadas reuniões multiprofissionais, com periodicidade quinzenal, para aferição, discussão e ajuste do PII, em equipa. Além destas reuniões periódicas, cada EEER é totalmente autónomo na gestão dos cuidados que presta. Neste sentido, vai adequando o PII, consoante a apreciação e avaliação dos diagnósticos de enfermagem e necessidades identificadas, junto dos utentes/famílias de quem cuida.

A cada utente integrado em ECCI deve corresponder um “gestor de caso”. Isto é, um profissional responsável pela personalização, acompanhamento do PII, prestação de cuidados diretos e comunicação com os restantes profissionais da

equipa e demais intervenientes na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº 174/2014, 2014). Na ECCI, cada EEER é “gestor de caso” de cerca de cinco utentes integrados na ECCI, com média de internamento de trinta a noventa dias. Após este período e/ou atingidos os objetivos, inicialmente traçados no PII, é dada a alta. Caso os objetivos não tenham sido atingidos no tempo preconizado, junto da ECL terá que se justificar o facto de não ser dada alta, ou poderá mesmo ser necessário reavaliar a tipologia de CCI mais pertinente para a situação e, eventualmente, fazer nova proposta de referenciação para outra resposta da RNCCI.

O PII é conseguido através da realização de visitas domiciliárias, pelo EEER, de forma programada e regular. Através destas visitas, o EEER consegue personalizar os cuidados a prestar, de acordo com as características, necessidades identificadas da pessoa e o ambiente em que esta está inserida. Além disso, através da educação em saúde, o EEER fomenta a participação da própria pessoa cuidada e ensina a família/cuidador informal/formal, incentivando-os à continuidade dos cuidados, capacitando-os e promovendo a sua autonomia.

Estas visitas devem ter uma frequência superior a uma vez por dia, ou, a prestação de cuidados de saúde deve ser superior a uma hora e trinta minutos por dia e no mínimo três dias por semana (Portaria nº 50/2017, 2017). Na presente ECCI cada EEER realiza, por dia, cerca de quatro a cinco visitas domiciliárias, com uma duração temporal variável, não sendo estas em tempo inferior a uma hora. Para cada pessoa cuidada são realizadas, no mínimo, cerca de três visitas domiciliárias, por semana. A programação semanal das visitas é efetuada consoante as necessidades identificadas, organizando o EEER a sua agenda semanal.

Para a aplicação do PII e para a prestação de cuidados personalizados, de ER, a ECCI apoia-se nos recursos (humanos e materiais) locais disponíveis, no âmbito do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, assim como nos serviços disponíveis na comunidade (como a autarquia local, associações, centros paroquiais sociais, entre outros) (Decreto-lei nº 101/2006, 2006). No que diz respeito aos recursos materiais existentes, a presente ECCI, dispõe de alguns equipamentos doados (como por exemplo andarilhos, canadianas e pedaleiras), disponibilizados aos utentes integrados na equipa, mediante as necessidades identificadas e/ou carências.

Um dos princípios que se encontra na base de funcionamento da RNCCI diz respeito à continuidade de cuidados (Decreto-Lei nº 136/2015, 2015). É através dos registos de enfermagem, que o EEER consegue, em parte, garantir esta continuidade

dos cuidados. Através dos registos, o EEER, dá visibilidade à sua intervenção e concretiza, legalmente, os cuidados dispensados. Na ECCI, onde estou integrada, os registos de ER são efetuados, informaticamente, através do programa SCLínico e do sistema de informação da RNCCI, GestCare CCI. O registo de admissão inicial é efetuado nas primeiras vinte e quatro horas após a admissão. Em visitas seguintes, os registos no SCLínico podem ser realizados até dois dias. No seguimento da prestação de cuidados, aos utentes integrados na ECCI, são realizadas reavaliações mensais, na RNCCI, e, uma última, na nota de alta da ECCI. Semanalmente, são efetuados, em SCLínico, os registos, referentes aos cuidados de enfermagem e de ER prestados, aquando da realização das visitas domiciliárias, assim como a aferição do PII, sempre que necessário.

As avaliações, na RNCCI, de admissão, acompanhamento (mensais) e no momento da alta devem contemplar: avaliação médica, de enfermagem e social, avaliação de Úlcera de Pressão (UP) (sempre que presentes, nos dias um e quinze do mês) e do risco de UP (Escala de Braden), avaliação da queda (sempre que se justificar) e do risco de queda (Escala de Morse), avaliação da Diabetes (sempre que presente), avaliação dos parâmetros vitais e dos parâmetros biofísicos, agregado familiar, contactos privilegiados e classificação do grau de funcionalidade (Tabela Nacional de Funcionalidade) (Orientação Técnica n.º 2/2017, 2017). Perante cada pessoa cuidada e suas particularidades outras escalas (como por exemplo a escala de *Borg* modificada, escala de *Ashworth* modificada, *Medical Research Council Muscle Scale*, entre outras) podem ser utilizadas, por forma a ser realizada uma avaliação o mais completa possível e, conseqüentemente, ser elaborado e implementado o PII de reabilitação mais adequado face aos problemas e situação vivenciada pela pessoa integrada na ECCI.

A presente UCC, em parceria com as restantes UCC do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e, ainda, com o apoio da Câmara Municipal local, de uma Faculdade da área do desporto e de um Hotel desenvolveu, desde há vários anos, o programa “Férias em Saúde”, que tem como intuito reunir um grupo de pessoas, com mais de 65 anos, durante uma semana nesse hotel, de forma a colmatar situações de solidão e isolamento social e fomentar comportamentos de promoção de saúde. Juntamente com uma equipa de enfermeiros e médicos, este programa tem como objetivo ajudar utentes a viverem melhor com a sua condição de saúde/doença, através da organização de momentos de lazer, recreativos e sociais. Através do desenvolvimento

de dinâmicas de grupo, sessões de educação em saúde, atividades desportivas (promoção da mobilidade ao ar livre e hidroginástica), programas culturais e momentos de convívio, o programa “Férias em Saúde”, tem como finalidade tornar as pessoas desta faixa etária mais autónomas e ativas e, assim, melhorar a sua qualidade de vida.

Para terminar, foi identificado como principal aspeto a colmatar, na ECCI em que estou a estagiar, a adequação do número de profissionais de saúde integrados, sobretudo de EEER, face às características demográficas e às necessidades de saúde/doença da população, de forma a garantir a qualidade e segurança da prestação dos cuidados de ER necessários.

Com o descrito, anteriormente, penso que nesta primeira semana consegui responder ao meu objetivo específico “conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multiprofissional e do EEER”, em particular, no âmbito, da presente ECCI, na prestação de cuidados do EEER, em contexto domiciliário. Consegui, assim, desenvolver em parte as competências A1 (desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) e A2 (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), integradas no conjunto das competências comuns do enfermeiro especialista.

Referências Bibliográficas

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (2016). *Manual de Acolhimento*. Lisboa: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série-A* (Nº 109 de 06-06-2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de

Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série* (Nº 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série* (Nº 145 de 28-07-2015), 5081-5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>.

Orientação Técnica nº 2/2017 (2017). Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/Módulos de preenchimento obrigatório no sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestCare CCI). Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Orientação Técnica nº2/CNCRNCCI/2017*, (nº 2 de 27-02-2017).

Portaria nº 174/2014 (2014). Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. *Diário da República, I Série* (Nº 174 de 10-09-2014), 4865-4882. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/174/2014/09/10/p/dre/pt/html>.

Portaria nº 50/2017 (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República, I Série* (Nº 24 de 02-02-2017), 608-629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>.

Apêndice III

Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação
Cardiovascular de Lisboa

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

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

**- Caracterização e Organização de uma Unidade de
Reabilitação Cardiovascular de Lisboa -**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

**Lisboa
fevereiro 2021**

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

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

**- Caracterização e Organização de uma Unidade de
Reabilitação Cardiovascular de Lisboa -**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

—

Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva

—

**Lisboa
fevereiro 2021**

Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular de Lisboa

Este primeiro jornal de aprendizagem tem como finalidade caracterizar e descrever, de forma sucinta, a organização e funcionamento de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular (URCV), da área da grande Lisboa, na qual estou a desenvolver o meu segundo estágio, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Na Europa, inclusivamente em Portugal, o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento populacional têm vindo a traduzir-se num maior número de problemas de saúde de carácter crónico e de maior dependência. No conjunto das doenças crónicas, as doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte e uma das principais causas de morbilidade, incapacidade, invalidez e pior qualidade de vida, a nível nacional (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, CNDC, 2009; Ministério da Saúde, 2017).

Atualmente, a Reabilitação Cardíaca (RC) é classificada como uma intervenção terapêutica mandatória, fundamentada nos mais elevados níveis de evidência científica, sendo reconhecida como uma intervenção com custo-eficácia, com comprovados benefícios na redução da mortalidade e no número de hospitalizações, na promoção da maximização da realização das atividades de vida diária (AVD) e, consequentemente, na melhoria da qualidade de vida (Despacho nº 8597/2017, 2017). A crescente evidência científica sobre os benefícios da RC, junto dos doentes do foro cardiovascular, tem, assim, levado ao progressivo desenvolvimento e implementação de medidas neste âmbito, sendo os serviços de RC reconhecidos como um componente importante, no seguimento do tratamento das DCV (CNDC, 2009).

O âmbito da cardiologia e a intervenção junto dos utentes do foro cardiovascular sempre foi uma área do meu interesse profissional. Apesar de já ter estagiado num serviço de cardiologia, enquanto estudante de enfermagem, e de ter contacto com alguns utentes com problemas do foro cardíaco, ao longo da minha prática profissional, nunca tive oportunidade de integrar uma URCV e de perceber o funcionamento de um programa de RC.

Desta forma, era do meu desconhecimento a forma como é efetuado todo o processo de referenciação e integração do utente cardíaco num programa de RC, que áreas de intervenção são abrangidas, como é constituída a equipa multiprofissional, o que realmente é abordado e desenvolvido junto do utente cardíaco e qual é a intervenção específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no programa de RC.

Assim sendo, durante a primeira semana de estágio tive necessidade de pedir apoio à Enfermeira Orientadora Clínica (OC) e de procurar, através da pesquisa bibliográfica e de documentação normativa, existente na própria unidade, informação sobre a caracterização, organização e funcionamento, não só da URCV, mas também da unidade de internamento de cardiologia onde esta está integrada.

Neste momento, encontro-me, então, a estagiar num serviço de cardiologia, integrado no Departamento de Coração e Vasos, pertencente a um dos Centros Hospitalares da Grande Lisboa, o qual integra dois importantes hospitais universitários de referência do Sistema Nacional de Saúde (SNS). O supracitado serviço de cardiologia é composto por dois polos distintos, estando cada um deles localizado, separadamente, nos dois diferentes hospitais de referência, que compõe o referido Centro Hospitalar (Guia de Acolhimento Serviço de Cardiologia, 2018).

O polo, do serviço de cardiologia, onde me encontro a estagiar agrega várias unidades funcionais (localizadas em vários espaços físicos do hospital), entre as quais podemos encontrar: a Consulta Externa de Cardiologia Geral, a URCV, a Unidade de Internamento de Cardiologia, o Laboratório de Técnicas Cardiológicas não Invasivas, o Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca e o Centro de Tratamento de Hipertensão Arterial Pulmonar (Guia de Acolhimento Serviço de Cardiologia, 2018). Além das referidas unidades existe a mais recente Unidade de Cuidados Paliativos, para tratamento de doentes com insuficiência cardíaca avançada.

A Unidade de Internamento de Cardiologia é constituída por onze camas, para internamento de utentes com problemas do foro cardiovascular. Atualmente, devido à situação pandémica cedeu algumas camas à especialidade de dermatologia, ficando o serviço dividido entre a cardiologia (quatro camas) e a dermatologia (seis camas). No que se refere aos recursos humanos, o serviço de cardiologia é composto por uma equipa multiprofissional, que inclui profissionais médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (cardiopneumologistas), assistentes técnicos, assistentes operacionais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e

farmacêuticos (Guia de Acolhimento Serviço de Cardiologia, 2018; Plano de Ação – serviço de cardiologia, 2018).

Relativamente, à unidade funcional, do serviço de cardiologia, onde especificamente me encontro a estagiar diz respeito à URCV, a qual se localiza, fisicamente, no interior da Unidade de Internamento de Cardiologia. Esta URCV integra a Fase II de um programa de RC, dirigido a utentes com patologias/eventos cardiovasculares. Este programa de RC foi desenvolvido e implementado numa colaboração entre o Centro Hospitalar da área da Grande Lisboa, aqui mencionado, juntamente com uma Faculdade de Medicina e um Centro de Reabilitação Cardíaca de uma Universidade, também, da área da Grande Lisboa.

A RC é definida “... como um processo de intervenção (...) após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica” (Despacho nº 8597/2017, 2017, p.21828). Assim sendo, no que diz respeito à tipologia de utentes que integram o programa de RC, desenvolvido nesta unidade, são utentes que sofreram um evento cardiovascular agudo (como o enfarte agudo do miocárdio, EAM), ou que têm uma doença cardíaca crónica (como a insuficiência cardíaca, IC), ou, ainda, que foram submetidos a intervenções cirúrgicas a nível cardíaco (como a cirurgia valvular, de revascularização coronária e de implantação de dispositivos cardíacos).

Relativamente, à média de idades dos utentes que integram o programa de RC, estes incluem-se em faixas etárias mais avançadas, sobretudo em idades compreendidas entre os 60-70 anos. No entanto, recentemente, tem-se verificado a referenciação e integração de utentes com idades compreendidas em faixas etárias cada vez mais jovens (entre os 40-50 anos).

Os utentes que são referenciados para a URCV e que integram o programa de RC podem ser provenientes do Hospital de Dia de IC, da Consulta externa de Cardiologia Geral, ou mesmo de Unidades de Internamento de Cardiologia, do já referido Centro Hospitalar da área da Grande Lisboa, a que pertence a supracitada URCV.

Habitualmente, os programas de RC dividem-se em três fases distintas: a Fase I (intra-hospitalar) que deve ter início no internamento, tão cedo quanto possível (preferencialmente, ainda, na Unidade de Cuidados Intensivos), a Fase II (ambulatório precoce) com início no período, imediatamente, após a alta, podendo ir até ao fim do primeiro ano e, por fim, a Fase III (manutenção), onde o utente pode integrar um

programa comunitário, por forma a manter-se ativo ao longo de toda a vida (Costa, 2017).

O centro hospitalar, a que pertence a URCV, contempla as Fases I e II, de um programa de RC. Presentemente, na URCV, onde estou presentemente a estagiar, tal como referido anteriormente, é desenvolvida a Fase II, desse programa.

Tendo por base os objetivos dos programas de RC, a presente URCV, tem “...como principal objetivo otimizar a recuperação funcional do doente que sofreu um acidente cardiovascular, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo os fatores de risco, por forma a prevenir eventuais recorrências de complicações cardiovasculares” (Costa, 2017, p.1). Assim sendo, para atingir os objetivos, de uma forma abrangente, o programa de RC baseia-se na prática de exercício físico adaptado, no controlo dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), na educação e aconselhamento para a mudança de comportamento e adoção de um estilo de vida saudável, a alteração dos hábitos alimentares e a adesão à terapêutica, a educação dos utentes e da sua família sobre as DCV e o aconselhamento psicossocial (Despacho nº 8597/2017, 2017; Vasco, 2018).

De forma a reverter, ou atrasar, a progressão da DCV, subjacente, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e, assim, fazer face aos objetivos do programa de RC, a URCV é constituída por uma equipa multiprofissional composta por médicos cardiologistas, EEER (quatro no seu total), médicos fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, nutricionistas e, ainda, um administrativo.

Todos os profissionais de saúde, que constituem a equipa, têm uma função específica, mas intervêm de forma conjunta e complementar, para atingirem o mesmo fim único: “... promover um conjunto de ações que melhorem não somente os aspetos físicos, mas que garantam também, uma satisfatória reintegração do indivíduo na sua rotina familiar, social e profissional” (Souza-Rabo, Santos & Barbosa, 2010). Neste sentido, na URCV, onde me encontro a estagiar, são realizadas reuniões multiprofissionais, semanalmente (à quarta-feira), para aferição, discussão e ajuste de aspetos importantes relacionados com o plano de RC dos utentes integrados no mesmo.

Para integrar o programa de RC, cada utente realiza uma avaliação inicial, onde são efetuados exames complementares de diagnóstico (prova de esforço, ecocardiograma, eletrocardiograma, entre outros). Seguidamente, passa para uma consulta de enfermagem de reabilitação (ER), onde se procede à recolha de dados e

avaliação geral do utente (sinais vitais e glicémia capilar, na presença de antecedentes de diabetes, alguns dados somatométricos, como o peso e perímetro abdominal, verificação da presença de edemas, entre outros), preenchimento da folha de terapêutica medicamentosa, informação sobre os benefícios da RC, explicação da dinâmica e funcionamento de todo o programa de RC, identificação das áreas de educação para a saúde (EpS), consideradas mais prioritárias (adesão terapêutica, FRCV, etc.) e esclarecimento de dúvidas apresentadas pelo utente/família.

Continuamente, passa por uma consulta médica de cardiologia, onde são identificados os FRCV, revista a terapêutica medicamentosa, realizada a avaliação dos exames efetuados, inicialmente, e pedidos novos exames como complemento à avaliação inicial, definida a estratificação do risco cardiovascular e realizada a referenciação para outras consultas de especialidade, se necessário (ex. consulta de diabetologia).

Posteriormente, são realizadas consultas de medicina física e de reabilitação, (avaliação musculoesquelética, da aptidão física e funcional) de psicologia, (avaliação do estado psicológico, ansiedade/depressão e proporcionado aconselhamento psicossocial) e, ainda, de nutrição clínica (avaliação da composição corporal, estado nutricional, necessidades energéticas e nutricionais, prescrição de plano alimentar e identificação de estratégias alimentares).

Antes da inclusão e integração, no programa da RC, é obrigatória a obtenção da assinatura de um consentimento informado, livre e esclarecido, junto do utente e/ou do seu representante legal, onde conste, de forma pormenorizada, as particularidades do funcionamento do programa de RC, assim como, os riscos clínicos e direitos do utente (Costa, 2017).

Habitualmente, a Fase II, do programa de RC tem uma durabilidade total, aproximada, de oito a doze semanas (Costa, 2017). Na URCV a componente prática do programa de RC integra dois momentos distintos: uma sessão de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e uma sessão de Reabilitação Física. O primeiro momento é orientado por EEER, na sala de Reabilitação Cardiovascular, e o segundo norteado pela equipa de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), no ginásio de fisioterapia do hospital.

As sessões que compõem o programa são presenciais e têm uma frequência que varia entre duas a três vezes por semana, consoante o risco cardiovascular avaliado e a própria disponibilidade do utente. Realizam-se de segunda a sexta-feira,

sempre no período da manhã (entre as dez e as treze horas), sendo que cada momento da sessão tem a duração temporal de cerca de sessenta minutos, o que perfaz um total de duas horas por cada sessão, que compõe o programa de RC. Em cada sessão participa um grupo constituído por nove utentes.

No que se refere à intervenção do EEER a sua ação incide, sobretudo, no âmbito do ensino de exercícios de relaxamento e RFR, de forma a treinar os músculos respiratórios (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação abdominodiafragmática e de reeducação costal, seletiva e global). Durante a realização dos exercícios de função respiratória são incluídos, também, exercícios de flexibilidade, equilíbrio e de mobilização articular. Numa fase inicial, é realizada uma série de dez repetições, para cada exercício, e conforme o utente vai progredindo no programa é aumentado o número de repetições. Os exercícios, ao longo da sessão, podem ser realizados em posição de deitado, sentado, ou em posição ortostática.

Para a concretização destas sessões, o EEER, tem ao seu dispor alguns recursos materiais, tais como um espelho quadriculado, halteres, caneleiras, bolas de tonificação, bandas elásticas, bastões e pedaleira. Após a sessão com o EEER, os utentes dirigem-se ao ginásio de fisioterapia onde são acompanhados por fisioterapeutas, na presença de médicos fisiatras, na realização de exercícios de treino aeróbio e de fortalecimento muscular, sempre sob monitorização contínua.

A avaliação de enfermagem, junto dos utentes, é realizada de forma contínua, em diferentes tempos da sessão de reabilitação. Antes, durante e no fim de cada sessão, ou sempre que exista alguma intercorrência. O EEER procede à avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação do oxigénio, glicémia capilar (na presença de antecedentes de Diabetes) e nível de dispneia/cansaço, de cada utente, assim como à verificação da presença de sinais e sintomas de descompensação da IC, que possam limitar, ou mesmo impedir a realização da sessão. Sempre que se justifique o utente pode não realizar a sessão de RC e ser encaminhado para ser observado pelo médico cardiologista.

A recolha de informação pertinente e a utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar qualquer função é essencial na prática do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019). As escalas de avaliação constituem-se, assim, como instrumentos essenciais, na prática de enfermagem, nomeadamente de ER, pois possibilitam uma avaliação mensurável, perante as situações de cuidados.

Deste modo, como forma de avaliação dos utentes e da sua evolução, assim como, de forma a quantificar os ganhos inerentes ao programa de RC e a sua real efetividade, no início e no fim do programa, o EEER recorre à utilização de importantes escalas validadas como: o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (nas situações de IC), o Índice de *Lawton & Brody* e o Índice de Katz (para os utentes mais idosos, idade igual ou superior a 70 anos), a *MacNew Quality of Life Myocardial Infarction* (nas situações após EAM) e a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento e o Questionário de Estado de Saúde (SF-36V2). A Escala de *Borg* Modificada, também é utilizada, mas com maior frequência do que as anteriores, sendo esta aplicada em mais do que um momento ao longo da realização das sessões práticas, que compõem o programa de RC.

Através dos registos de enfermagem, o EEER, dá visibilidade à sua intervenção, concretiza, legalmente, os cuidados dispensados e consegue, em parte, garantir a continuidade dos cuidados prestados. Na URCV, os registos de ER são efetuados, informaticamente, através do sistema *Glinnt*. Todos os utentes têm um processo individual, onde são registadas todas as sessões do programa de RC, assim como as informações obtidas na consulta de ER.

Para além das sessões práticas, que compõem o programa de RC, existe um programa estruturado de EpS, dirigido aos utentes e suas famílias, que tem como objetivos educar, informar e sensibilizar, no sentido da modificação do comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis.

As sessões de EpS são ministradas por alguns dos profissionais de saúde que constituem o programa de RC (tais como EEER, médicos cardiologistas, entre outros), ou até mesmo por preletores externos, especializados na área a lecionar. Nas sessões são abordadas diferentes temáticas relacionadas com a doença cardíaca, os FRCV, comportamentos saudáveis, exercício físico, alimentação, adesão terapêutica e gestão de energia/stress.

Como complemento às sessões presenciais de EpS existem folhetos informativos sobre algumas das temáticas abordadas, ao longo do programa de RC, tais como os exercícios respiratórios, os FRCV e a importância da adesão à terapêutica.

Dado o contexto pandémica atual, de forma a não colocar em risco a equipa de reabilitação e os utentes, o programa de RC – Fase II, desenvolvido na URCV, encontra-se suspenso, desde há uns meses. No entanto, para continuar a dar algum

seguimento ao programa foi criada uma nova oportunidade para os utentes com DCV – O Programa Reabilitação Cardiovascular em Casa (REC-casa).

Foi, assim, criada na plataforma do Centro Hospitalar da área da Grande Lisboa, aqui mencionado, uma página onde pode ser consultado todo o programa de RC presencial, onde é anunciado o programa de RC à distância (em casa) e onde consta toda a equipa multiprofissional. Nesta plataforma, encontra-se, ainda, informação referente à saúde cardiovascular (Abreu & Pinto, s.d.).

Para os utentes integrados no programa de RC é estabelecida uma ligação, semanalmente, onde são colocados vídeos de exercício com diferentes níveis de intensidade, realizadas apresentações de EpS, sobre temáticas de saúde cardiovascular, que fazem parte do habitual programa presencial de RC hospitalar e, ainda, disponibilizadas receitas e conselhos alimentares. Os conteúdos (vídeos de exercício, sessões de EpS, receitas, etc.) ficam disponíveis na plataforma, para que os utentes possam aceder, aos mesmos, sempre que pretenderem (Abreu & Pinto, s.d.).

Neste programa, habitualmente, as primeiras consultas (de cardiologia, ER, MFR, psicologia e nutrição) são realizadas presencialmente. Posteriormente é mantido seguimento via telefone, sempre que assim seja possível, ou necessário. Semanalmente, o EEER faz o *follow up* dos utentes integrados no programa de RC, via contacto telefónico. Além deste contacto, o EEER realiza as suas sessões de RFR, através de uma plataforma de videoconferência, com a periodicidade de duas a três vezes, por semana, consoante a necessidade e disponibilidade dos utentes.

Com o descrito, anteriormente, penso que nesta primeira semana consegui responder ao meu objetivo específico “conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multiprofissional e do EEER”, em particular, no âmbito, da presente URCV. Consegui, assim, desenvolver em parte as competências A1 (desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) e A2 (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), integradas no conjunto das competências comuns do enfermeiro especialista.

Referências Bibliográficas

Abreu, A. & Pinto, F. (s. d.). *REC- Reabilitação Em Casa*. Acedido em: <https://www.medicina.ulisboa.pt/rec-reabilitacao-em-casa>.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Costa, J. R. L. P. (2017). *A Reabilitação cardíaca em contexto hospitalar e comunitário*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/14102>.

Despacho nº 8597/2017 (2017). Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca, assim como para a definição e acompanhamento dos projetos-piloto a desenvolver neste âmbito, em estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, II Série* (Nº 189 de 29-09-2017), 21827-21828.

Guia de Acolhimento Serviço de Cardiologia (2018). Lisboa: CHLN.

Ministério da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Plano de Ação – serviço de cardiologia (2018). Lisboa: CHLN.

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568.

Souza-Rabbo, M. P., Campos, L., Barbosa, S. R., Rodrigues, F. S. S., Testa, F. R., Dias, M. M. A. & Ribeiro, J. L. (2010). O papel de uma equipe multidisciplinar

em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento*, (23), 99-106. Doi: 10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p99-106.

Vasco, J. M. G. G. (2018). *Reabilitação Cardíaca: a segunda oportunidade do coração*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/42255>.

Apêndice IV

Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular da Região Norte do País

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

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

- Caracterização e Organização de uma Unidade de
Reabilitação Cardiovascular da Região Norte do País -

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

Lisboa
abril 2021

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

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

- Caracterização e Organização de uma Unidade de
Reabilitação Cardiovascular da Região Norte do País -

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

—

Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva

—

Lisboa
abril 2021

Caracterização e Organização de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular da Região Norte do País

Este primeiro jornal de aprendizagem tem como finalidade caracterizar e descrever, de forma sucinta, a organização e funcionamento de uma Unidade de Reabilitação Cardiovascular (URCV), da região Norte de Portugal, na qual estou a completar o meu segundo estágio (em contexto hospitalar), no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Na Europa, as doenças de carácter crónico e, particularmente, as doenças cardiovasculares (DCV) têm ganho maior expressividade, ao longo do tempo, sendo consideradas a primeira causa de morte e uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida, a nível nacional (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, CNDC, 2009).

No âmbito das DCV, a prevenção primária e secundária é fundamental, no sentido da diminuição da ocorrência de eventos cardíacos e, assim, de contrariar a tendência gradativa do aumento do número de novas ocorrências desta natureza, ano após ano (Marques, 2015). No entanto, após um incidente cardíaco é, igualmente, essencial intervir no sentido de minimizar os danos já presentes e “promover a prevenção cardiovascular, sobretudo secundária e de reabilitação” (CNDC, 2009, p.6). Desta forma, alguns estudos reforçam a importância e apoiam a aplicação e desenvolvimento dos programas de Reabilitação Cardíaca (RC) na prática clínica, junto dos utentes com patologia do foro cardíaco (Marques, 2015).

Fundamentada nos mais elevados níveis de evidência científica, a RC é reconhecida como uma intervenção terapêutica mandatária, a desenvolver junto dos utentes do foro cardiovascular, na medida em que têm sido reconhecidos importantes benefícios, como a redução da mortalidade, a maximização da realização das atividades do dia a dia e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida (Despacho nº 8597/2017, 2017). Desta forma, sendo a RC reconhecida como uma componente importante, no acompanhamento do tratamento das DCV, tem-se verificado o crescente desenvolvimento e implementação de centros de RC e de medidas nesta área (CNDC, 2009).

O presente estágio vem no seguimento do já realizado numa URCV, na área da Grande Lisboa. Sendo o âmbito da cardiologia e a intervenção junto dos utentes

do foro cardiovascular uma área do meu interesse pessoal e profissional, surgindo a oportunidade de integrar uma nova URCV, mas desta vez na região Norte do país, decidi aceitar o desafio, como forma de conhecer o funcionamento de uma nova URCV e a organização de um novo programa de RC. A decisão de aceitar esta oportunidade surge, também, com o intuito de alargar e aprofundar os meus conhecimentos, na área da cardiologia e, sobretudo, no âmbito do funcionamento dos programas de RC e, assim, de adquirir e desenvolver mais capacidades e competências de Enfermagem de Reabilitação (ER), numa área do meu particular interesse.

Para perceber como está estruturado todo o programa de RC, como é efetuado o processo de referenciação e integração do utente cardíaco no mesmo, como é constituída a equipa multiprofissional, o que é abordado e desenvolvido junto do utente cardíaco e, sobretudo, qual é a intervenção específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no programa de RC, durante a primeira semana tive necessidade de pedir apoio à Enfermeira Orientadora Clínica (OC) e de pesquisar em documentação normativa e existente na própria unidade, informação sobre a caracterização, organização e funcionamento da mesma.

Neste momento, encontro-me, então, a estagiar numa URCV pertencente a um dos principais Centros Hospitalares da Região Norte de Portugal, cuja área de referência abrange cerca de 450 a 500 mil habitantes (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, SPC, 2021). Na referida unidade encontra-se estruturado e em funcionamento um programa de RC, dirigido a utentes com diferentes patologias e eventos de natureza cardíaca.

A necessidade de delinear e desenvolver o referido programa surgiu tendo por base a realidade nacional no que diz respeito às DCV e à sua tendência epidemiológica evolutiva. Intervindo junto do utente do foro cardíaco, este programa tem como principais objetivos

preparar o doente com patologia cardíaca para o retorno a uma vida produtiva, ativa e satisfatória, com o menor risco de problemas de saúde, de morte súbita ou de um novo evento cardíaco, aumentar a qualidade de vida, manter e melhorar a capacidade funcional através do exercício físico, educação e aconselhamento (Marques, 2015, p.4).

A RC é definida “... como um processo de intervenção multifatorial (...) após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica” (Despacho nº 8597/2017, 2017, p.21828). Assim sendo, no que diz respeito à tipologia de utentes que integram o programa de RC, desenvolvido nesta unidade, inclui utentes que sofreram um evento cardiovascular agudo (como o enfarte agudo do miocárdio, EAM), ou que têm

uma doença cardíaca crónica (como a insuficiência cardíaca, IC), ou, ainda, utentes que estão propostos, ou já foram mesmo submetidos a intervenções cirúrgicas a nível cardíaco (como a cirurgia valvular, de revascularização coronária e de implantação de dispositivos cardíacos).

Presentemente, a maior percentagem de utentes que têm sido referenciados e que integram o programa de RC são utentes do foro cirúrgico (nomeadamente propostos para cirurgia de revascularização) e utentes que sofreram eventos isquémicos agudos (EAM).

No que diz respeito, à média de idades dos utentes que integram o programa, e tal como se verificou na URCV da Grande Lisboa, numa fase inicial, incluíam-se sobretudo em faixas etárias mais avançadas, nomeadamente, em idades compreendidas entre os 60-70 anos. No entanto, atualmente, tem-se verificado a referenciação e integração de utentes com idades compreendidas em faixas etárias cada vez mais jovens, verificando-se uma média de idades entre os 40-60 anos.

Enquanto intervenção multifatorial, a RC define-se como um processo, através do qual o utente mantém, melhora, ou recupera, a sua condição não só física, mas também psicológica e social, por forma a garantir uma satisfatória reintegração do indivíduo na sua rotina familiar, social e profissional (Despacho nº 8597/2017, 2017; Souza-Rabo, Santos & Barbosa, 2010).

Face à diversidade das áreas abrangidas pela RC, de forma a garantir uma visão holística e integrada do utente e das suas necessidades, de contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e, assim, fazer face aos objetivos do programa de RC, a presente URCV é constituída por uma equipa multiprofissional composta por: médicos cardiologistas, EEER (dois no seu total), médicos fisiatras, pneumologistas, psicólogos/psiquiatras, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, técnicos de cardiopneumologia, nutricionistas, assistentes operacionais e, ainda, administrativos.

Todos os profissionais de saúde têm uma função específica, mas intervêm de forma conjunta e complementar, tendo os conhecimentos e a experiência, necessários e estando, assim, habilitados para intervir em prol da melhoria do estado de saúde, satisfação e bem-estar do utente cardíaco.

Como é sabido, os programas de RC englobam três fases distintas, caracterizadas de acordo com a situação do utente: a Fase I (intra-hospitalar) que deve ter início no internamento, tão precocemente quanto possível (a partir das 12-24 horas), a Fase II (extra-hospitalar precoce/ambulatório) com início no período,

imediatamente, após a alta (habitualmente 1 a 3 semanas), com duração entre 3-6 meses, ou até mesmo um ano após o evento cardíaco e, por fim, a Fase III (extra-hospitalar a longo prazo/manutenção), com início, aproximadamente um ano após o evento cardíaco e onde o utente pode integrar um programa comunitário, por forma a manter-se ativo ao longo de toda a vida (CNDC, 2009; Costa, 2017).

A URCV, onde me encontro a estagiar, inclui um programa de RC que, presentemente, integra as duas primeiras fases da RC: fase I (desde 2015) e fase II (desde 2018). Tal como preconizado, a fase I inicia-se no período de internamento (intra-hospitalar), o mais precocemente possível. É implementada e desenvolvida na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), que tem um total de oito camas, e no serviço de Cardiologia, com capacidade de internamento para quinze utentes.

Nesta primeira fase, tendo em consideração o número reduzido de recursos humanos, “... a orientação/coordenação do programa é da responsabilidade dos enfermeiros de reabilitação (...) com a colaboração dos profissionais de outras áreas” (Marques, 2015, p.12). Todos os utentes com patologia do foro cardíaco (internados na UCIC e no serviço de Cardiologia) podem ser integrados nesta fase, desde que tenham estabilidade clínica, elétrica e hemodinâmica. Tal como já referido, inicia-se prematuramente no período intra-hospitalar, muitas vezes, ainda, na UCIC, e termina assim que o utente tem alta do serviço de internamento de Cardiologia. As sessões de RC são realizadas todos os dias da semana (2^a a 6^a feira), individualmente junto dos utentes cardíacos, no horário compreendido entre as 8h e as 15h. Cada sessão tem a duração, aproximada, de sessenta minutos.

Esta primeira fase inclui uma forte componente de sensibilização e de educação para a saúde (Eps). Numa primeira abordagem são levantados alguns dados importantes sobre o utente (antecedentes pessoais, fatores de risco cardiovasculares, FRCV) e as necessidades de ensino.

Estes ensinamentos são efetuados, individualmente, junto de cada utente, privilegiando-se sempre todos os momentos de contacto com o mesmo. Incidem sobre diversas temáticas como: a anatomofisiologia do coração, a DCV, o tipo e objetivos dos tratamentos/procedimentos, FRCV, importância da alteração de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, da adesão ao regime terapêutico, e, ainda, é dada resposta às dúvidas, questões e preocupações do utente (retorno ao trabalho, atividade sexual, nível e tipo de atividade e exercícios específicos, terapêutica medicamentosa e tipo de alimentação). As informações são transmitidas por via oral,

escrita (folhetos informativos, que são entregues aos utentes) e por meio audiovisual (vídeo informativo).

Esta primeira fase inclui, ainda, uma importante componente de mobilização precoce e exercício físico. O exercício físico é realizado de forma gradual e conforme a situação clínica, capacidade e tolerância do utente. Inclui exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR), para fortalecimento da musculatura abdominodiafragmática e costal (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação diafragmática, reeducação do transverso e de reeducação costal), exercícios de reeducação funcional motora (RFM), para fortalecimento da musculatura sistémica e manutenção da mobilidade articular (exercícios musculo-articulares, exercícios calisténicos, isométricos e isotónicos, mobilizações passivas e ativas de todas as articulações, exercícios de correção postural, levante e marcha) e exercícios de tolerância ao esforço (subir e descer escadas e treino das atividades inerentes ao autocuidado, com dissociação dos tempos respiratórios).

O tempo despendido e o número de repetições para cada exercício dependem da tolerância de cada utente. Habitualmente, numa fase inicial, é realizada uma série de dez repetições, para cada exercício, e conforme o utente vai progredindo no programa é aumentado o número de séries/repetições. Os exercícios são realizados em posição de deitado, sentado e em posição ortostática, progressivamente, e conforme a condição clínica, capacidade e tolerância do utente.

Por fim, no último contacto com o utente, antes da alta hospitalar, o EEER questiona e estimula o mesmo para a adesão à fase II do programa de RC.

Depois da implementação do programa de reabilitação, fase I, é importante a avaliação de todo o caminho percorrido. Um mês após a alta hospitalar é realizada uma consulta telefónica de *follow up*. Esta consulta tem por base todas as informações recolhidas durante o programa de RC, quer na UCIC, quer no serviço de Cardiologia, e tem como objetivos: ter uma perceção da evolução e sensibilização do utente para com os cuidados a ter no dia a dia, face à sua condição de saúde/doença cardíaca e global, perceber se o utente está integrado, ou não, em algum programa de reabilitação, fora da URCV, e, ainda, perceber qual o nível de bem-estar e de qualidade de vida do utente (Marques, 2015).

Quanto à fase II do programa de RC, desenvolvido na presente URC, inicia-se quando o utente regressa a casa, no período logo após a alta hospitalar. Idealmente,

iniciar-se-ia nas primeiras semanas, no entanto face ao contexto pandémico atual e à necessidade de implementação das medidas de segurança e, também, ao número reduzido de profissionais de saúde, nomeadamente de EEER, não existe disponibilidade profissional, nem capacidade ao nível da estrutura física para abranger um grande número de utentes em simultâneo, no programa.

Atualmente, existe um pequeno grupo de oito utentes, que integra a fase II de RC, sendo estes divididos em dois grupos distintos (constituídos por quatro utentes cada um). Existe, ainda, um número significativo de utentes que se encontram em lista de espera, para serem chamados e integrarem esta fase do programa.

A fase II é desenvolvida já em ambulatório e, habitualmente, tem uma durabilidade total, aproximada, de oito a doze semanas (Costa, 2017). Nesta URCV, esta segunda fase do programa de RC, tal como preconizado, tem a duração de cerca de dois meses (oito semanas).

Os utentes que integram a fase II, do programa de RC, nesta URCV, muitas vezes já vêm sinalizados da fase I do referido programa. A sua integração é feita consoante disponibilidade e aceitação do próprio utente em dar continuidade ao processo de RC e consoante aconselhamento do EEER e referênciação do médico cardiologista. Os utentes podem, no entanto, também serem referenciados a partir da consulta externa de Cardiologia.

Para integrar o programa de RC, cada utente realiza uma avaliação inicial, onde são efetuados exames complementares de diagnóstico (prova de esforço, ecocardiograma e, ainda, análises clínicas, para a estratificação do risco cardiovascular) e onde é revista a história clínica, os FRCV e seu controlo, a lista de medicamentos (dosagem e adesão à terapêutica), onde é feita a identificação de comorbilidades (doença pulmonar, endócrina, renal, neurológica, musculoesquelética, perturbações do comportamento) e avaliada a história psicossocial (depressão, ansiedade) e ocupacional do utente (Marques, 2015).

Seguidamente, os utentes têm de passar por uma consulta de cardiologia (avaliação da história clínica e estratificação do risco cardiovascular), de medicina física e de reabilitação (MFR) (avaliação postural, força, flexibilidade e de problemas musculoesqueléticos que possam limitar o exercício e a capacidade respiratória do doente) e com o EEER (avaliação dos FRCV, conhecimento do processo patológico, gestão do regime terapêutico - dietético, exercício e medicamentoso e avaliação da Qualidade de Vida, através da escala *MacNew Quality of Life After Myocardial*

Infarction Questionnaire, e do Índice de Atividade Física, através da escala *International Physical Activity Questionnaire*) (Marques, 2018).

As consultas das especialidades de psicologia (avaliação psicossocial e estratégias de gestão de stresse e cessação tabágica) e de nutrição (avaliação nutricional através dos dados antropométricos e questionário sobre os hábitos alimentares) não são de carácter obrigatório, para a integração inicial no programa de RC. No entanto, durante a avaliação de ER, ou de outra especialidade, se for detetada a necessidade de avaliação nutricional e psicológica, o utente será encaminhado para as respetivas consultas de especialidade (Marques, 2018).

Para a inclusão e integração, no programa de RC, antes da avaliação inicial, é importante e obrigatório a obtenção do consentimento informado (livre e esclarecido) junto do utente e/ou do seu representante legal, onde conste, de forma detalhada, as particularidades do funcionamento do programa de RC, assim como, os riscos clínicos e direitos do utente. Este será, também, um documento onde os utentes se disponibilizam e aceitam as condições propostas pelo programa de RC (assiduidade, modificação de estilos de vida) e, por isso, se responsabilizam para participarem, ativamente, na gestão da sua DCV (Costa, 2017; Marques, 2018).

Nesta segunda fase, do programa de RC, está incluída uma forte componente de ensino e prática de exercício físico, desenvolvido presencialmente, sendo esta realizada num ginásio, situado no serviço de fisioterapia, do hospital pertencente ao Centro Hospitalar da Região Norte do país, já aqui mencionado.

As sessões de exercício físico são concretizadas três vezes por semana (2^a, 4^a e 6^a feira) e perfazem um total de vinte e quatro sessões (os dois meses preconizados). São realizadas no período da manhã e têm a durabilidade temporal de cerca sessenta a noventa minutos. Os utentes são divididos em dois grupos distintos (4 utentes + 4 utentes), sendo que o primeiro grupo realiza a sessão das 8h30 às 10h e o segundo das 10h30 às 12h.

As referidas sessões de exercício físico dividem-se entre três a quatro momentos distintos: fase de aquecimento (5 a 10 minutos), que inclui exercícios de alongamento, exercícios respiratórios, de flexibilidade, mobilização osteoarticular dos membros superiores e inferiores e exercícios de coordenação, a fase de exercício aeróbio (30 a 40 minutos, em atividade contínua, ou intercalada), onde são utilizados recursos como ciclo ergómetros de membros superiores e inferiores, máquina de remo, passadeiras rolantes elétricas e bicicleta elítica (todas elas ajustáveis em

velocidade e/ou resistência e/ou inclinação), a fase de exercício de fortalecimento muscular (15 a 20 minutos; com início a partir da 6ª/8ª sessão), onde são incluídos exercícios resistidos com faixas elásticas, roldanas, pesos livres, bolas, halteres, ou mesmo máquinas de musculação, e onde o peso e o número de repetições é progressivo e adequado a cada utente e, por fim, a fase de relaxamento (5 a 10 minutos), onde são incluídos exercícios de alongamentos estáticos, exercícios respiratórios, de relaxamento e posturais (Marques, 2018).

De duas em duas/três em três semanas, ou sempre que se surja a necessidade, são realizadas reuniões com os diferentes profissionais da equipa multiprofissional integrados no programa de reabilitação (Cardiologista, EEER, Fisiatra, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista...) para avaliação, discussão e ajuste de aspetos importantes relativos ao plano individual de RC de cada utente integrado na fase II, do programa de RC.

Para além da prática de exercício físico, a fase II do programa de RC engloba o controlo dos FRCV, conseguido através da avaliação dos dados antropométricos (peso, índice de massa corporal e perímetro abdominal), no fim de cada uma das sessões de exercício presencial e através da avaliação analítica, realizada no início, no meio (12ª sessão; ao fim de um mês) e no final do programa (24ª sessão; ao fim de dois meses).

De uma forma abrangente, os programas de RC baseiam-se na prática de exercício físico adaptado, no controlo de FRCV, na educação e aconselhamento sobre a mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, na adesão ao regime terapêutico, na educação dos utentes sobre as DCV e no aconselhamento psicossocial (Despacho nº 8597/2017, 2017; Vasco, 2018).

Assim, como preconizado, e tal como se verifica na primeira fase do programa de RC, esta segunda fase faz parte de um processo contínuo, no qual está incluído uma importância componente relacionada com a Eps, que visa melhorar e modificar aspetos que contribuam para a diminuição do risco cardíaco de forma global (Marques, 2015).

Nesta fase, os ensinamentos são realizados através de apresentações de Eps, ministradas pelos profissionais de saúde, que integram o programa de RC (tais como EEER, médico cardiologista, psicólogo/psiquiatra, entre outros). Estas apresentações são realizadas, conjuntamente, sendo dirigidas aos utentes que estão, atualmente, integrados e a desenvolver o programa de RC na fase II (oito utentes). São abordadas

temáticas no âmbito da cardiologia, nutrição, psicologia/psiquiatria, pneumologia, exercício físico, FRCV e suporte básico de vida (componente teórica e prática), tendo, assim, "... uma incidência especial em áreas específicas como sejam: tabagismo, stress, hipertensão, obesidade e diabetes" (Marques, 2015, p.22). São concretizadas presencialmente, todas as semanas, à 4ª feira, e têm a duração temporal de, aproximadamente, uma hora.

No final desta fase, os utentes repetem os exames, inicialmente, realizados (prova de esforço, ecocardiograma e análises clínicas) e são, novamente, avaliados em consulta de cardiologia, MFR e de ER (avaliação da Qualidade de Vida e do Índice de Atividade Física, através das escalas, anteriormente mencionadas).

Após o término do programa de reabilitação, fase II, é importante a avaliação de todo o caminho percorrido. Um mês após a alta hospitalar é realizada uma consulta presencial, ou via contacto telefónico. Esta consulta é efetuada com base nas informações obtidas ao longo de todo o desenvolvimento do programa em fase II, de forma a ter perceção da evolução e sensibilização do utente quanto aos cuidados a ter face à sua condição de saúde/doença cardíaca e global e perceber se o utente está integrado, ou não, em algum programa de reabilitação comunitário (fase III) (Marques, 2018).

Ao longo do programa de RC, a prática de exercício físico é orientada e supervisionada sob monitorização clínica, contínua, na qual o EEER tem uma intervenção preponderante. Ao longo das sessões de reabilitação, desenvolvidas nas duas fases do programa, os utentes estão, constantemente, sob monitorização eletrocardiográfica e oximétrica, o que permite, ao EEER, a verificação da presença de algum sinal que possa limitar, ou mesmo impedir a realização da sessão, se assim o justificar.

A avaliação dos utentes é, então, realizada de forma contínua, em diferentes tempos da sessão de reabilitação, nas duas fases do programa. Antes (basal), no fim de cada fase (aeróbica, de resistência e de relaxamento; no pico do exercício) e no fim da sessão de reabilitação (após algum tempo de recuperação), ou sempre que exista alguma intercorrência, o EEER procede à avaliação do utente. Esta avaliação é feita através da monitorização não só eletrocardiográfica, como referido anteriormente, mas também, dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, e saturação periférica de oxigénio). A glicémia capilar é avaliada no início e no fim de cada sessão, em utentes com antecedentes de diabetes.

A regulação da intensidade do exercício realizado depende, essencialmente, da frequência cardíaca, da percepção subjetiva ao esforço e da tolerância ao exercício alcançados pelo doente. Assim, para além de se proceder à monitorização eletrocardiográfica e à avaliação dos sinais vitais é, ainda, realizada a avaliação subjetiva da percepção ao esforço, durante o exercício físico, através da Escala de *Borg* (escala numérica de 6 a 20). As escalas de avaliação constituem-se como instrumentos essenciais, na prática de enfermagem, nomeadamente de ER, pois possibilitam uma avaliação mensurável, perante as situações de cuidados. Desta forma, a recolha de informação pertinente através da utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar qualquer função é essencial na prática do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Como forma de dar visibilidade à sua intervenção, de concretizar, legalmente, os cuidados dispensados e de dar continuidade aos cuidados prestados, o EEER, efetua os registos de enfermagem. Os registos "... têm por objetivo, entender a resposta do doente, regular o processo de reabilitação, transmitir a informação e permitir a continuidade do programa de reabilitação, ..." (Marques, 2015, p.15). Na URCV, os registos de ER são efetuados quer em folha própria, quer informaticamente, através do sistema SClinico. O referido programa já se encontra parametrizado com os diagnósticos e intervenções específicas desenvolvidas, nas duas fases do programa de RC.

Um aspeto muito positivo que verifiquei na organização da URCV e no funcionamento do próprio programa de RC (fase I e II) é a presença permanente, a intervenção constante e a grande autonomia que o EEER tem ao longo de todo o processo de desenvolvimento do programa e de integração e orientação do utente, ao longo do mesmo.

O enfermeiro, ao constituir-se como o elemento da equipa multiprofissional cuja presença é contínua e que mais está em contacto direto e permanente com os utentes (desde a admissão, até à alta), em muitos países coordena os programas de determinados centros de RC. "Os cuidados orientados pela enfermagem ou os programas de prevenção multidisciplinares coordenados pela enfermagem são mais eficazes que os cuidados habituais na redução do risco cardiovascular, numa grande variedade de cenários relacionados com cuidados de saúde" (Perk, Backer & Gohlke, 2013, p.58).

Para terminar, na presente URCV está a ser desenvolvido, para implementação futura, um programa de RC com telemonitorização, ou *Home-Based*, com o objetivo de maximizar a participação e, assim, aumentar a percentagem de adesão dos utentes, ao programa de RC existente. É importante, ainda, referir que foi identificado como um dos principais aspetos a colmatar, na presente URCV, a adequação do número de profissionais de saúde integrados, sobretudo de EEER, face à extensa área geográfica abrangida pelo Centro Hospitalar, no qual a URCV está integrada, às características demográficas e às necessidades de saúde/doença da população, por forma a garantir a qualidade e segurança da prestação dos cuidados de ER, nomeadamente no âmbito da RC.

Com o descrito, anteriormente, penso que nesta primeira semana consegui responder ao meu objetivo específico “conhecer a dinâmica, funcionamento, organização e intervenção da equipa multiprofissional e do EEER”, em particular, no âmbito, da presente URCV. Consegui, assim, desenvolver em parte as competências A1 (desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) e A2 (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), integradas no conjunto das competências comuns do enfermeiro especialista.

Referências Bibliográficas

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Costa, J. R. L. P. (2017). *A Reabilitação cardíaca em contexto hospitalar e comunitário*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/14102>.

Despacho nº 8597/2017 (2017). Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca, assim como para a definição e acompanhamento dos projetos-piloto a desenvolver neste âmbito, em

estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, II Série* (Nº 189 de 29-09-2017), 21827-21828.

Perk, J., Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W. M. M. ... & Zannad, F. (2013). Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (versão de 2012). *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(6), 1-77. Doi: 10.1016/j.repc.2013.06.001.

Marques, F. (2015). *Programa de reabilitação cardíaca*. Vila Real: CHTMAD.

Marques, F. (2018). *Plano funcional da unidade de reabilitação cardíaca do CHTMAD, EPE*. Vila Real: CHTMAD.

Regulamento nº 392/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2021). *CHTMAD – Hospital de Vila Real*. Acedido em: <https://spc.pt/portfolio-item/chtmad-hospital-de-vila-real/>.

Souza-Rabbo, M. P., Campos, L., Barbosa, S. R., Rodrigues, F. S. S., Testa, F. R., Dias, M. M. A. & Ribeiro, J. L. (2010). O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento*, (23), 99-106. Doi: 10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p99-106.

Vasco, J. M. G. G. (2018). *Reabilitação Cardíaca: a segunda oportunidade do coração*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/42255>.

Apêndice V

Plano de Cuidados (contexto comunitário)

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

Estágio com Relatório

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação à pessoa com Esclerose Lateral
Amiotrófica**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

**Lisboa
dezembro 2020**

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

Estágio com Relatório

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação à pessoa com Esclerose Lateral
Amiotrófica**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado



Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva



**Lisboa
dezembro 2020**

ÍNDICE

1. RECOLHA DE DADOS	3
1.1 Identificação	3
1.2 Proposta e motivo de referenciação para ECCI	3
1.3 História de saúde atual	3
1.4 História de saúde pregressa	5
1.5 Regime terapêutico	5
1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação social	7
1.7 Condições ambientais e habitacionais	8
2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
2.1 Exame físico e estado geral	9
2.2 Avaliação dos pares cranianos	12
2.3 Avaliação dos requisitos do autocuidado (segundo a Teoria Dorothea Orem)	14
3. PLANO DE CUIDADOS	23

APÊNDICES

Apêndice I – Avaliação da Deglutição (*Functional Oral Intake Scale*)

Apêndice II – Avaliação da Consistência Fecal (*Bristol Stool Form Scale*)

Apêndice III – Avaliação da Força Muscular (*Medical Research Council Muscle Scale*)

Apêndice IV – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de *Ashworth*)

Apêndice V – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Apêndice VI – Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão (Escala de *Braden*)

Apêndice VII – Avaliação do Risco de Queda (Escala de *Morse*)

Apêndice VIII – Avaliação da Funcionalidade (*Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-revised*)

Apêndice IX – Avaliação da Funcionalidade (Tabela Nacional de Funcionalidade)

Apêndice X – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

1. RECOLHA DE DADOS

1.1 Identificação

Data de admissão ECCI: 13/07/2020

Nome: M. C. A. C. C.

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 12/1965

Idade: 55 anos

Etnia: Leucoderma

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lagos

Estado civil: Casada

Residência: Concelho de Oeiras

Escolaridade: Mestrado em Marketing

Profissão/Situação profissional: profissionalmente ativa até fevereiro de 2020; trabalhou em várias áreas (produção de eventos, ensino, entre outras) / atualmente encontra-se reformada por invalidez.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.2 Proposta e motivo de referenciação para ECCI

Após diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica – Doença do Neurónio Motor (ELA-DNM), a D^a M. C. foi proposta para ECCI, pela médica de família (Unidade de Saúde Familiar do concelho de Oeiras), para programa de reabilitação, com vista a uma gestão do regime terapêutico e capacitação da família para lidar com a complexidade da situação de saúde e cuidados à D^a M. C.

A D^a M. C. encontra-se em situação de fragilidade, apresentando um elevado grau de dependência na realização das atividades do dia a dia.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.3 História de saúde atual

Há cerca de três anos, a D^a M. C. começou com alterações sensitivas nas duas mãos, tendo recorrido a uma consulta privada de doenças neuromusculares, com o Prof. Dr. M. C. (Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLN). Fica, posteriormente, a

aguardar referenciação para consulta hospitalar, da mesma especialidade, a qual acabou por não suceder.

Desde o período do Verão do ano de 2019, com história de quedas recorrentes, aparentemente relacionadas com diminuição da força nos membros inferiores (referência a fraqueza muscular e dor nos membros inferiores desde maio 2019). Realizou vários exames complementares de diagnóstico (não especificados), tendo sido atribuída a causa, das referidas intercorrências, a alterações ao nível da coluna, ficando com indicação para intervenção cirúrgica (a qual não se veio a realizar).

Em fevereiro de 2020, a D^a M. C. apresentou agravamento do seu estado de saúde (tetraparesia e, consequente, alterações na marcha), tendo recorrido, novamente, a uma consulta privada de doenças neuromusculares, com o Prof. Dr. M. C. Nessa altura, realizou vários exames complementares de diagnóstico, entre eles um Eletromiograma (EMG, a 07/02/2020), tendo sido diagnosticada com ELA-DNM, com envolvimento cervical e lombar.

Perante o diagnóstico, a D^a M. C. é referenciada, pela sua médica de família (da Unidade de Saúde Familiar do concelho de Oeiras) para a consulta de Neurologia no hospital da área residência (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, CHLO), tendo iniciado acompanhamento na consulta de doenças neuromusculares, com o Dr. A. C.

Neste contexto, por se encontrar em situação de fragilidade, por apresentar um elevado grau de dependência na realização das atividades básicas do dia a dia, é referenciada para equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), ingressando, no dia 13/07/2020 na ECCI da área de residência, para programa de reabilitação, com vista à gestão do regime terapêutico e capacitação dos familiares, para lidarem com a complexidade da situação de saúde e com os cuidados a prestar à D^a M. C.

(Informação retirada do Processo Clínico e junto da Enfermeira Orientadora Clínica)

Exames complementares de diagnóstico, mais relevantes:

- Potencial Evocado Somatossensitivo (PESS) (21/01/2020) - moderada lesão da via sensitiva cordonal posterior de provável localização cervical baixa bilateral;
- EMG (07/02/2020) - estudo confirma diagnóstico de ELA-DNM, com envolvimento cervical e lombar;
- Ressonância Magnética Crânio Encefálica (RM-CE) - com lesão pré-central esquerda;

- Ressonância Magnética Medular - com compressão provável C6 direita e S1 esquerda.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.4 História de saúde pregressa

A D^a M. C. tem como antecedentes pessoais: Ex-fumadora (cessação tabágica em 2010), Síndrome do ovário poliquístico, Obesidade Mórbida (peso: 103Kg, altura: 1,60m, índice de massa corporal, IMC: 40,2 Kg/m²), Hipertensão arterial (desde os 40 anos), Insuficiência venosa nos membros inferiores, Trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo (2015), Dislipidemia, Paralisia facial de Bell (idiopática desde os 30 anos), Osteoartrite degenerativa e de desgaste da região lombo-sagrada (RM coluna lombo-sagrada 2014 com discartrose L5-S1, provável compromisso radicular L5 esquerda, ligeira discopatia degenerativa L4/L5), Epilepsia pós-traumática (traumatismo crânio-encefálico) (ausência de crises/medicação desde os 30 anos), Obstipação crônica e Depressão grave, em contexto de doença crônica grave. Tem, ainda, alergias conhecidas à penicilina e sulfonamidas.

Últimos internamentos: em 2017, no CHLO, por cefaleia frontal e retro ocular direita e perda de conhecimento; em 2020, no Hospital SAMS por lesão do ombro esquerdo.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.5 Regime terapêutico

Medicação habitual

Horário Medicação	Pequeno almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Aripiprazol 15mg				1 comprimido
Clomipramina 50mg				1 comprimido
Perindopril 4mg	½ comprimido			
Riluzol 50mg	1 comprimido		1 comprimido	
Lactulose 10g/15ml		1 saqueta		1 saqueta
<i>Citrato de sódio, laurilsulfoacetato de sódio 450mg/5ml + 4mg/5ml (Microlax)</i>			Em dias alternados	

(Informação retirada do Processo Clínico)

Regime dietético:

- Dieta hipossalina, fracionada mole, com espessante. Hidratada por Gastrostomia Percutânea Endoscópica, PEG (colocada a dia 15/10/2020).
(Informação retirada do Processo Clínico)

Outros recursos comunitários:

- APELA (disponibilização de alguns produtos de apoio importantes, tais como cadeira de rodas, CR, com apoio da região cervical, cadeira de banho, almofada viscoelástica, cama elétrica e articulada com grades, colchão anti escaras e computador com *software* GRID 3, para utilizadores com limitações a nível neuro motor, cognitivo, ou da fala);
- Autarquia, da Camara Municipal (instalação de plataforma elevatória nas escadas do prédio);
- Enfermagem de reabilitação, Assistente social e Apoio psicológico (ECCI);
- Fisioterapia (APELA; 1x/semana, no domicílio);
- Prestação de cuidados de higiene (Serviço de Apoio Domiciliário, SAD – Centro social e paroquial da área de residência, 3x/semana);
- Terapia da fala (privado, embora profissional pertença à APELA; 2x/semana);
- Apoio espiritual (amigos; esporadicamente);
- Cuidadora particular (para limpeza do domicílio; diariamente);
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) para seguimento em:
 - Departamento de Neurologia (consulta Doenças Neuromusculares);
 - Departamento de Gastrenterologia (PEG);
 - Departamento de Otorrinolaringologia, ORL (consulta Deglutição);
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), para seguimento em:
 - Departamento de Neurologia (consulta Doenças Neuromusculares);
 - Departamento de Medicina Física e Reabilitação (consulta Fisiatria);
 - Departamento de Pneumologia;
- Foram realizados ensinamentos sobre a possibilidade de uma futura integração numa unidade de longa duração e manutenção (ULDM) específica (“A. S.”), pela possibilidade de contacto com pessoas com diagnóstico semelhante e pela existência de prestação de cuidados de saúde diferenciados. O marido, cuidador principal, (Sr. P. J. C.) mostrou-se pouco receptivo a esta alternativa.

Abordado assunto em conferência com filho mais velho, que se mostrou recetivo.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação social

A família nuclear da D^a. M. C. é constituída pela mãe, o marido (cuidador principal), os filhos e o neto (não coabitantes).

A D^a M. C. é casada com o Sr. P. J. C., de 65 anos (músico e que trabalhou como informático, numa instituição bancária), com quem mantém uma boa relação. Presentemente, o Sr. P. J. C. encontra-se reformado e é o principal cuidador da D^a. M. C. O casal tem três filhos (filho L., filho D. e filho M.), os quais têm uma relação conflituosa entre si. Têm, ainda, um filho que adotaram, no seguimento de um programa de acolhimento familiar (filho N.). Os filhos residem em casa própria, mas mantêm contacto regular com os pais, tendo uma boa relação com estes. Sempre que possível, deslocam-se a casa dos pais, prestando o apoio necessário nos cuidados à mãe. Há cerca de um mês, nasceu o primeiro neto da D^a M. C., do seu filho L., o qual mantém contacto com a D^a M.C. e vai enviando vídeos e fotos do neto recém-nascido.

A D^a M. C. tem, ainda, o apoio da mãe, a D^a M., de 81 anos, enfermeira reformada, com várias comorbilidades de saúde (não especificadas). Tem residência habitual em Lagos, deslocando-se, por períodos a Lisboa, para dar apoio à filha. Aparentemente, é mantida uma boa relação entre a D^a M., a sua filha e o marido.

Desde o diagnóstico de ELA-DNM que a D^a M. C. mantém poucas relações sociais, em comparação com o período antecedente ao diagnóstico e a instalação da sua situação de maior dependência (antes da doença tinha uma vida social muito ativa). Mantém contacto com os filhos e alguns amigos. Conta, ocasionalmente, com apoio espiritual e o apoio de algumas amigas. A D^a C. (residente em Beja) é a amiga mais presente, sendo das poucas relações, mais sólidas, que tem mantido, no decurso da doença. Após disponibilização, pela terapeuta da fala da APELA, de um computador com *software* GRID 3 incorporado (indicado para pessoas com limitações a nível neuro motor, cognitivo ou da fala), que permite a “comunicação visual”, tem-se verificado uma melhoria dos contactos sociais da D^a M. C., entre os seus filhos e os amigos.

A D^a M. C. raramente se desloca à rua, fazendo-o, particularmente, nos dias em que tem consultas marcadas, com a ajuda de terceiros e deslocando-se em CR.

É importante, ainda, referir que antes do diagnóstico de ELA-DNM e da instalação da situação de dependência, a D^a. M. C. era quem tinha uma posição, preferencialmente, predominante e influente no seu seio familiar, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisão sobre a maioria dos assuntos importantes, ao bom funcionamento familiar.

(Informação retirada do Processo Clínico e junto da Enfermeira Orientadora Clínica)

1.7 Condições ambientais e habitacionais

A D^a. M. C. reside no concelho de Oeiras. Habita num apartamento próprio, com quatro assoalhadas e com boas condições de habitabilidade (água potável, gás e eletricidade).

A rua onde se localiza o prédio é espaçosa, plana e regular. A entrada para o prédio é feita através de um degrau. O apartamento fica localizado no primeiro andar, de um prédio sem elevador. Para acesso ao mesmo, após o contacto e resolvidas as diligências com a autarquia, foi instalada uma plataforma elevatória, nas escadas, para facilitar o acesso ao apartamento, com a utilização de CR.

A casa da D^a M. C. é constituída por dois andares, conseguindo-se acesso ao andar superior através de umas escadas interiores. O apartamento tem um espaço muito limitado, pela presença de certas barreiras arquitetónicas (móveis e objetos amontoados). O quarto e a sala, divisões onde a D^a M. C. permanece mais tempo, apresentam, também, um espaço restrito, com barreiras arquitetónicas (especificadas anteriormente), que dificultam o acesso fácil e confortável à prestação de cuidados (nomeadamente para a realização das transferências entre diferentes superfícies). A circulação da CR, pela casa, apesar de ser possível, também é dificultada pelo espaço contíguo e as barreiras arquitetónicas. Na casa de banho foram efetuadas obras de readaptação, há uns meses, face à situação de doença atual, tendo sido colocada uma base de duche.

(Informação retirada do Processo Clínico e junto da Enfermeira Orientadora)

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1 Exame físico e estado geral

A D^a M. C. é do sexo feminino, tem 55 anos e é de etnia leucoderma. Apresenta-se consciente em relação a si e ao meio que a rodeia. Apresenta abertura ocular espontânea e pupilas isocóricas e isoreativas. No que diz respeito à capacidade de comunicação verbal a D^a M. C. apresenta um quadro de anartria, manifestando uma incapacidade total de articulação das palavras (não apresenta discurso verbal). No entanto, emite vocalizações muito simples, ocasionalmente. A D^a M. C. é capaz de comunicar palavras simples por movimentos labiais. Utiliza a comunicação não verbal, através da movimentação da cabeça e do piscar de olhos para dizer “Sim” e “Não”. É incapaz de obedecer a ordens complexas pela ausência de força e movimento ao nível dos quatro membros e tronco. No entanto, consegue obedecer a ordens muito simples, quando solicitada (ex.: piscar os olhos, abrir a boca, respirar profundamente). Não apresenta alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração), memória e capacidade de compreensão, conseguindo manter-se focada nas atividades realizadas, durante o dia e durante o programa de reabilitação. Não apresenta alterações cognitivas.

Na altura de admissão na ECCI, a D^a M. C. tinha um IMC de 40,2Kg/m², apresentando um quadro de obesidade mórbida (1,60m de altura e 103Kg de peso). Desde a altura de agravamento da sintomatologia que refere perda de peso. Atualmente, tem um IMC de 31,25Kg/m² (1,60m de altura e 80Kg peso) (dados somatométricos de 07/2020).

Ostenta, na maioria das vezes, um aspeto cuidado e limpo. Por vezes descuidado, irregular higiene oral, roupa de cama mantida. Aparenta higiene corporal cuidada. Apresenta-se bem nutrida e hidratada, com perda gradual de peso. Pele e mucosas íntegras, hidratadas e coradas. Na região do esterno apresenta uma pequena tumefação (furúnculo?), que tem vindo a melhorar ao longo do tempo, após drenagem de abcesso e cumprimento de dois ciclos de antibioterapia dirigida. Atualmente, mantém uma pequena tumefação, sem presença de sinais inflamatórios e sem dor ao toque. Apresenta ligeiros eritemas branqueáveis, na região dos calcanhares e presença de sinais de má perfusão periférica nos pés (extremidades frias e ligeiramente pálidas). Sem outras alterações da integridade cutânea.

Apresenta, ocasionalmente, edema ao nível das extremidades (mãos, pés e região maleolar, bilateralmente). Atualmente sem presença de edemas periféricos (avaliação realizada a 17/12/2020).

A D^a M. C. apresenta ausência de força (0/5, segundo a *Medical Research Council Muscle Scale*, MRCMS) e movimento voluntário, dos quatro membros e tronco, sendo totalmente dependente na realização e satisfação das atividades que compõe o autocuidado (AC). Não apresenta aumento do tônus muscular/espasticidade em qualquer segmento corporal (0, segundo a Escala Modificada de *Ashworth*), sendo facilmente mobilizados durante as atividades do dia a dia e durante o programa de reabilitação. Não apresenta fasciculações. Tem tendência para permanecer com uma ligeira rotação da cabeça para a direita (lado pelo qual é, maioritariamente, abordada), sendo capaz de contrariar esta rotação, autonomamente. Mantém, também, uma ligeira rotação externa do membro inferior direito, em repouso. A D^a M. C. não apresenta alterações ao nível da sensibilidade (superficial e profunda), em nenhum dos segmentos corporais.

Ausência de abdómen volumoso, apresentando-se mole, depressível e não doloroso à palpação. Tem uma PEG. Pele peri estoma íntegra e sem eritema.

Para avaliação do estado geral foi aplicada a escala de avaliação de sintomas de *Edmonton*, uma escala multidimensional, que permite avaliar um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, que traduzem o nível de bem-estar e, consequentemente, a qualidade de vida em pessoas em situação de cuidados paliativos (situação, presentemente, vivenciada pela D^a M. C).

A D^a M. C. encontra-se vígil e orientada, auto e alopsiquicamente. Não apresenta alterações cognitivas. Encontra-se serena e calma. Esporadicamente com fácies triste e, aparente, humor deprimido (nível 2). No entanto, quando questionada afirma sentir-se bem e sem ansiedade (nível 0). Atualmente, faz medicação dirigida para a depressão e ansiedade (Aripiprazol 15mg e Clomipramina 50mg). É, também, acompanhada por psicologia, da ECCI, embora este acompanhamento seja condicionado pela vontade da própria D^a M. C. Mantém-se confortável em repouso, sem queixas de dor (nível 0) ou cansaço (nível 0), ao longo do dia, apresentando um fácies calmo e confortável. Atualmente, sem medicação analgésica instituída. Sem presença, também, de queixas de náuseas (nível 0), referindo, no entanto, alguma diminuição do apetite (nível 2).

Apresenta sinais vitais estáveis, sem episódios de descompensação, nomeadamente a nível respiratório. Nega queixas respiratórias, quer durante o período diurno, quer noturno, quando questionada (nível 0). Apresenta-se eupneica em repouso, sem sinais de dificuldade respiratória, em posição de semi-fowler, ou posição de sentada. Apresenta respiração regular, assimétrica, superficial, toracoabdominal e sem utilização da musculatura acessória. Saturações periféricas na ordem dos 92-95%, em ar ambiente. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido no hemitórax à esquerda e no hemitórax superior direito.

A D^a M. C. apresenta alguma sonolência diurna, alternando períodos de vigila e sonolência, durante o dia (nível 2), mas mantém-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. No entanto, durante o período noturno, apresenta sono mantido e sem alterações, descansando por longos períodos.

A D^a M. C. apresenta bom controlo sintomatológico físico e psicológico, manifestando um nível de bem-estar muito favorável (nível 1), face à sua situação de saúde/doença.

Seguidamente é, então, apresentada a avaliação da sintomatologia, previamente descrita, de acordo com a escala de avaliação de sintomas de *Edmonton*.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
Sem depressão/tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível/a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível

(avaliação realizada a 17/12/2020)

2.2 Avaliação dos pares cranianos

Pares cranianos	Avaliação
I – Olfativo	Sem alterações do olfato;
II – Ótico	Sem alterações da acuidade visual ou do campo visual;
III – Motor ocular comum; IV – Patético; VI – Motor ocular externo	Pupilas isocóricas e isoreativas; Sem presença de ptose palpebral; Sem alterações nos movimentos conjugados oculares (elevação, abaixamento, adução e abdução); movimentos oculares coordenados e simétricos; Sem presença de nistagmo;
V – Trigêmeo	Sensibilidade da face mantida (tátil, térmica e dolorosa), nos três ramos (oftálmico, maxilar e mandibular); Movimentos mastigatórios mantidos, mas lentificados, por presença de diminuição da força da musculatura responsável pelos mesmos; Mantém capacidade de encerramento e de mobilização bilateral, de forma simétrica, da mandíbula;
VII – Facial	Presença de parésia facial periférica (paralisia facial de Bell, idiopática, desde os 30 anos); Apresenta ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à esquerda; Restante simetria facial presente; Movimentos faciais mantidos, mas apresenta alguma diminuição da força dos músculos faciais; Percepção gustativa dos dois terços anteriores da língua mantida;
VIII – Vestíbulo-coclear	Acuidade auditiva sem alterações, bilateralmente; Ausência de equilíbrio estático e dinâmico, quer em posição de sentada, quer em posição ortostática (ausência de movimento voluntário dos quatro membros e tronco);
IX – Glossofaríngeo	Percepção gustativa do terço posterior da língua mantida;
X – Vago	Sem possibilidade de avaliação do tom de voz, pela incapacidade de comunicação verbal (presença de anartria); Emite vocalizações simples, muito ocasionalmente; Reflexo de vômito presente; Presença de tosse ineficaz;
XI – Espinhal	Capaz de lateralizar e rodar a cabeça, bilateralmente, com predomínio para a direita (lado pelo qual é preferencialmente abordada), inclusivamente com aplicação de resistência mínima; Incapaz de elevar os ombros;

	(Apresenta ausência de força no tronco, alguma diminuição na força do músculo esternocleidomastóideo e ausência de força no músculo trapézio, bilateralmente);
XII – Grande hipoglosso	Presença de simetria nos movimentos da língua, ausência de desvios ou tremores da língua, mas apresenta diminuição da força muscular da língua; Ausência de acumulação de saliva na fossa piriforme;

(avaliação realizada a 17/12/2020)

2.3 Avaliação dos requisitos do autocuidado (segundo a Teoria Dorothea Orem)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado Atual	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	✓ Perfil tensional e cardíaco estáveis: TA 100/68mmHg, FC: 86bpm, pulso regular e rítmico; ✓ Respiração: Eupneia em repouso, quer durante o dia, quer durante a noite. Sem sinais de dificuldade respiratória em posição de semi-fowler, ou posição de sentada. Nega cansaço, ao longo do dia, quando questionada. Padrão respiratório toracoabdominal, assimétrico, regular, superficial e sem utilização da musculatura acessória. Saturações periféricas entre os 92-95%, em ar ambiente. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido no hemitórax esquerdo e hemitórax superior direito. Sem presença de ruídos adventícios, bilateralmente. Ausência de secreções (avaliação realizada a 17/12/2020); ✓ Para melhoria da expansão torácica e recrutamento alveolar realiza terapia, intermitente, com Ventilação Não Invasiva (VNI) (prescrição da pneumologia, após realização de capnografia), sem aporte suplementar de oxigenoterapia, no período noturno (desde 14/09/2020). Utiliza máscara oronasal. Tem apresentado pouca adesão à utilização da VNI, por desconforto na utilização do dispositivo (secura das mucosas da cavidade oral, apesar da humidificação instituída, e difícil acomodação à interface), encontrando-se, ainda, em processo de adaptação. Foi trocada, recentemente, a interface, para uma de tamanho superior à, inicialmente, utilizada (mantém tipo de máscara oronasal). Após a troca da interface, refere maior conforto na utilização da VNI, apesar de manter alguma secura da mucosa da cavidade oral. Atualmente, cumpre, aproximadamente, cerca de quatro a cinco horas seguidas de VNI; ✓ Tosse ineficaz;	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)

	✓ Realiza, também, terapia com <i>Cough Assist</i> (prescrição da pneumologia) para melhoria da expansão torácica e indução mecânica da tosse (desde 08/10/2020) (parâmetros: exsuflação a -50 cmH₂O/2.5'', insuflação a +45 cmH₂O/1.5'' e pausa 2''; prescrição: 3 a 5 ciclos/dia em função do cansaço e presença de secreções; 3 a 5 repetições antes das refeições). Pela ausência de secreções encontra-se, atualmente, programado para recrutamento alveolar (programação realizada pela fisioterapeuta da APELA); ✓ Técnicas realizadas com apoio do cuidador principal (marido), ao qual já foram realizados, previamente, os ensinamentos sobre a utilização dos aparelhos e a prescrição dos ciclos a realizar, diariamente. Atualmente, é autônomo na utilização e manutenção dos referidos aparelhos; ✓ As terapias prescritas (VNI e <i>Cough Assist</i>) são cumpridas irregularmente;	
Manutenção de ingestão suficiente de água	✓ Funcionalidade da deglutição alterada (nível 3, na escala de FOIS – Apêndice I); ✓ Deglutição comprometida para alimentos de consistência líquida; ✓ Apresenta disfagia para alimentos líquidos; ✓ Hidratação realizada, exclusivamente, pela PEG. ✓ Ingestão de água em quantidade suficiente; ✓ Cuidador principal (marido) autônomo na administração de alimentos de consistência líquida, pela PEG, e na manipulação e cuidados com a mesma;	Déficit no AC Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	✓ Alimentação realizada por via oral; ✓ Apresenta alguma diminuição do apetite, mas mantém ingestão de alimentos em quantidade suficiente; ✓ Capaz de movimentar os alimentos na cavidade oral, apresentando movimentos mastigatórios mantidos, mas lentificados, por diminuição da força dos músculos mastigatórios e da língua;	Déficit no AC Sistema Totalmente Compensatório e

	✓ Consegue mastigar pequenas quantidades de alimentos de consistência mole, previamente partidos, em pequenas dimensões; ✓ Funcionalidade da deglutição alterada (nível 3, na escala de FOIS – Apêndice I); ✓ Deglutição lentificada, mas mantida para alimentos de consistência mole; ✓ Utilização de espessante na dieta (dieta mole); ✓ Alimentada, por colher, de dieta hipossalina; ✓ Totalmente dependente na confecção, preparação e administração das suas refeições; ✓ Horário das refeições comprometido, por levantar tardio; ✓ Realiza as refeições sentada, em CR, diariamente;	Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)
Provisão de cuidados associados com processo de eliminação	✓ Continência de esfíncteres (vesical e intestinal) mantida; ✓ Micção e trânsito intestinal mantidos, na casa de banho; ✓ Sem alterações urinárias. Trânsito intestinal regular, de frequência diária (1x/dia), e consistência fecal sem alterações (3, segundo <i>Bristol Stool Form Scale</i> – Apêndice II); ✓ Faz terapêutica dirigida para a eliminação intestinal (microclister, em dias alternados, lactulose e suplemento de fibras), com a ajuda de terceiros; ✓ Utiliza dispositivo de proteção descartável, no período noturno (acidente ocasional); ✓ Totalmente dependente, de terceiros (marido e SAD), nos cuidados associados ao processo de eliminação (cuidados de higiene, vestir/despir);	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	✓ Apresenta ausência total de força e movimento muscular voluntário ao nível do tronco e dos quatro membros. É incapaz de mobilizar voluntariamente, ou de esboçar qualquer contração palpável, e/ou visível, ao nível da maioria dos diferentes segmentos que compõe os membros inferiores (coxofemoral, joelho e tibiotársica; força 0/5, segundo a MRCMS – Apêndice III) e superiores (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço e punho; força 0/5, segundo a MRCMS –	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório e

	Apêndice III). Demonstra uma discreta capacidade de contração muscular palpável e visível, mas sem movimento, durante a flexão e extensão dos dedos das mãos e dos pés (força 1/0, segundo a MRCMS – Apêndice III). ✓ Mantém movimento voluntário da cabeça e pescoço. É capaz de, autonomamente, manter a região cervical estável, em posição neutra, durante longos períodos. Consegue mover a cabeça e o pescoço (rotação e lateralização direita e esquerda, flexão, extensão e hiperextensão), sendo capaz de vencer a aplicação de uma resistência mínima (força 3/5, segundo a MRCMS – Apêndice III). Verifica-se, no entanto, já alguma instabilidade e diminuição da força muscular cervical; ✓ Diferentes segmentos corporais facilmente mobilizados, durante a sessão de reabilitação, não se verificando aumento do tônus muscular (0 segundo a Escala Modificada de Ashworth – Apêndice IV). Não apresenta fasciculações; ✓ Totalmente dependente na realização das atividades que compõe o AC; ✓ Atividades de AC asseguradas pelo cuidador principal (marido) e pelo SAD (cuidados de higiene e vestir/despir); ✓ Incapaz de realizar marcha (0, segundo a avaliação das categorias funcionais da marcha – Apêndice V); ✓ Incapaz de realizar levante e transferências, autonomamente; ✓ Levante e transferências realizadas pelo cuidador principal (marido), diariamente, para CR e/ou cadeirão, onde permanece alguns períodos do dia; ✓ Alterna períodos de vigília e sonolência, durante o dia (sobretudo no período da manhã) mantendo-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. Apresenta sono mantido e sem alterações, descansando por longos períodos, durante o período noturno;	Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)
--	--	---

Manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social	✓ Orientada, auto e alopsiquicamente. Mantidas as capacidades de atenção, compreensão e leitura; ✓ Apresenta ausência total de força e movimento muscular voluntário ao nível do tronco e dos quatro membros. Movimento voluntário mantido ao nível dos segmentos da cabeça e pescoço (Apêndice III); ✓ Presença de anartria (incapacidade total de articulação das palavras). Incapaz de comunicar verbalmente. Emite vocalizações simples, muito ocasionalmente. É capaz de comunicar palavras simples por movimentos labiais. Utiliza a comunicação não verbal, através da movimentação da cabeça e o piscar de olhos para dizer “Sim” e “Não”. Faz recurso da tecnologia (computador) para comunicar com o meio envolvente; ✓ Diminuição dos contactos sociais desde a confirmação do diagnóstico e situação de maior dependência; ✓ Mantém contactos sociais com os filhos e alguns amigos, com quem mantém uma boa relação; ✓ Comunicações sociais melhoradas através do recurso à tecnologia. Utiliza um computador com o <i>software</i> GRID 3 integrado (disponibilizado pela APELA), utilizando a “comunicação visual” para interagir com o meio que a rodeia; ✓ Raramente sai à rua, fazendo-o, particularmente, nos dias em que tem consultas marcadas, com a ajuda de terceiros e deslocando-se em CR (plataforma elevatória de acesso ao exterior do prédio); ✓ Transferida, diariamente, para CR e/ou cadeirão, pelo cuidador principal (marido), ficando na sala parte do dia, onde pode assistir à televisão e permanecer na companhia do marido;	Défi ce no AC Sistema Totalmente Compensatório
Prevenção de perigos à vida	✓ Orientada em relação si e ao meio que a rodeia. Sem alterações cognitivas, nem na capacidade de atenção e compreensão;	Défi ce no AC

humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	✓ Ausência total de força muscular e movimento voluntário ao nível do tronco e dos quatro membros. Movimento voluntário mantido na cabeça e pescoço (Apêndice III); ✓ Sem alteração de sensibilidade (superficial e profunda) nos diferentes segmentos corporais; ✓ Incapaz de se mobilizar, alternar a pressão nos diferentes segmentos corporais (exceto a cabeça e região cervical), ou manter-se confortável no leito/CR. Dependente de terceiros para a realização de posicionamentos e alternância de decúbitos; ✓ Apresenta um alto risco de úlcera de pressão (13 na Escala de <i>Braden</i> – Apêndice VI); ✓ Incapacidade absoluta para a marcha (Apêndice V), subir e descer escadas, realização de levante e transferências. Dependente de terceiros para realizar levante e transferências; ✓ Ausência de equilíbrio estático e dinâmico, em posição de sentada e em posição ortostática; ✓ Transferida, diariamente, com apoio de terceira pessoa (marido) para CR, com apoio de região cervical; ✓ Apresenta moderado risco de queda (40 na Escala de <i>Morse</i> – Apêndice VII);	Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	✓ Orientada em relação si e ao meio que a rodeia. Não apresenta alterações cognitivas, nem na capacidade de atenção e compreensão; ✓ Tem consciência das suas limitações; ✓ Apresenta alteração ao nível da comunicação (anartria); ✓ Mantém contacto com familiares e amigos, através da tecnologia (computador com <i>software</i> GRID 3 integrado, adaptado a pessoas com limitações a nível neuro motor, cognitivo, ou da fala; que permite a “comunicação visual”); ✓ Mantém uma boa relação com os seus familiares (filhos, marido e mãe) e amigos;	Sem défice no AC

Requisitos de AC de Desvio de Saúde	Padrão de Autocuidado Atual	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Procura garantir a assistência médica necessária	✓ Incapaz de procurar, autonomamente, os cuidados de saúde e a assistência médica, ou outras necessárias (limitações físicas e de comunicação); ✓ Cuidador principal (marido) responsável pela procura de assistência médica necessária; ✓ Mantém assistência médica, em dia, recorrendo às consultas conforme as marcações;	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	✓ Sem alterações cognitivas, de orientação, atenção, memória, compreensão e concentração; ✓ Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico;	Sem défice no AC
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	✓ Incapaz de realizar e colaborar na maior parte da sessão do programa de reabilitação (limitações físicas e de comunicação); ✓ Consegue esboçar uma ligeira contração dos dedos das mãos e dos pés, quando solicitada; ✓ Consegue colaborar e realizar o programa de reabilitação ao nível dos segmentos da cabeça e região cervical, participando nos exercícios de mobilização ativa, ativa assistida e com resistência mínima; ✓ Consegue cumprir ordens simples quando solicitada (ex.: abrir a boca, respirar profundamente, entre outros);	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis	✓ Mostra disponibilidade para realizar todo o programa de reabilitação; ✓ Totalmente dependente para realizar ações que promovam o conforto em todos segmentos corporais, de forma autónoma, exceto na cabeça e região cervical;	Sem défice no AC

resultantes das intervenções	✓ Tolerar a sessão de reabilitação, mantendo-se confortável à realização das intervenções, sem presença de qualquer desconforto, ou queixa algica; ✓ Diferentes segmentos corporais facilmente mobilizados, durante a sessão de reabilitação, não se verificando aumento do tônus muscular (0 segundo a Escala Modificada de <i>Ashworth</i> – Apêndice IV). Não apresenta fasciculações; ✓ Quando sente dor ou desconforto é capaz de se manifestar através da expressão facial, ou vocalizações simples, muito ocasionalmente;	
Modificar o autoconceito e aceitar o seu estado de saúde e a necessidade de novas formas de cuidados	✓ Encontra-se serena e calma. Quando questionada afirma sentir-se bem; ✓ Reconhece a necessidade dos cuidados prestados, quer no âmbito da satisfação das atividades inerentes ao AC, quer no âmbito do programa de reabilitação (intervenção da Fisioterapia, Terapia da Fala, Enfermagem de Reabilitação); ✓ Colaborante, dentro das suas limitações; ✓ Apresenta um fâcies triste e, aparente, humor deprimido, por períodos; ✓ Difícil adaptação e aceitação do seu estado de saúde/doença; ✓ Intervenção da especialidade de psicologia, condicionada pela vontade da própria;	Défi ce no AC Sistema de Apoio-Educação
Aprender a viver com efeitos da sua condição de saúde	✓ Boa adaptação às incapacidades/limitações (físicas e de comunicação); ✓ Recurso à comunicação alternativa (alta tecnologia); ✓ Comunica com o meio envolvente e mantém contactos sociais (filhos, amigos, marido e mãe) através da utilização de um computador com <i>software</i> GRID 3 integrado, que permite a “comunicação visual”; ✓ É capaz de utilizar a comunicação não verbal, através da movimentação da cabeça e o piscar de olhos para dizer “Sim” e “Não” e da mímica labial para palavras simples;	Sem défi ce no AC Sistema de Apoio-Educação

Requisitos de AC de desenvolvimento	Padrão de Autocuidado Atual	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Adaptação ao processo de doença crônica (ELA-DNM)	✓ Apresenta doença crônica progressiva e incapacitante (ELA-DNM); ✓ Atualmente com detioração funcional crescente (16 pontos, segundo a <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-revised</i>, ALSFRS-R, – Apêndice VIII), funcionalidade muito reduzida (131 pontos, segundo a Tabela Nacional de Funcionalidade, TNF, – Apêndice IX) e, conseqüentemente, um grau de dependência grave (pontuação 5/100, segundo o Índice de <i>Barthel</i>, IB, – Apêndice X); ✓ Totalmente depende da ajuda de terceiros na realização e satisfação das atividades inerentes ao AC (alimentação/hidratação, cuidados de higiene, vestir/despir, transferências, posicionamentos, mobilizações, cuidados inerentes ao processo de eliminação, etc.); ✓ O principal cuidador é o marido, que se encontra autônomo na prestação da totalidade dos cuidados necessários; ✓ Conta, ainda, com o apoio e intervenção do SAD (prestação de cuidados de higiene), de cuidadora particular (cuidados ao domicílio), Fisioterapia e Terapia da fala (APELA), Enfermagem de reabilitação, Assistência social e Psicologia (ECCI);	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação (ao cuidador)

NOTA: Para avaliar o grau de funcionalidade/dependência foram utilizadas três escalas distintas. A TNF e o IB são escalas de utilização obrigatória nas avaliações da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a ALSFRS-R foi utilizada por se tratar de uma escala, especificamente, dirigida à avaliação de funções essenciais que determinam a progressão da doença de ELA.

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Mobilidade física comprometida, relaciona com lesão neurónio motor, manifestada por diminuição/ausência dos movimentos (força muscular e amplitude)	✓ Manter a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos; ✓ Contrariar o padrão espástico; ✓ Prevenir complicações músculo-esqueléticas (fasciculações, rigidez articular, pé equino, etc.); ✓ Manter a força muscular ao nível da cabeça e pescoço;	· Avaliar a força muscular, sobretudo nos segmentos da cabeça e pescoço, através da MRCMS; · Avaliar o tônus muscular, nos diferentes segmentos do corpo, através da Escala Modificada de <i>Ashworth</i>; · Realizar mobilizações passivas ao nível dos quatro membros, de acordo com a tolerância (amplitude articular e dor); · Realizar mobilizações ativas, ativas assistidas e com resistência mínima, nos segmentos da cabeça e pescoço, de acordo com a tolerância (amplitude articular e dor); · Realizar exercícios de alongamento muscular, nos diferentes segmentos corporais;	<u>07/01/2021</u> ✓ Avaliada força muscular, ao nível dos segmentos da cabeça e pescoço. Mantém força 3/5, sendo capaz de vencer a aplicação de uma resistência mínima. No entanto, verifica-se uma maior instabilidade cervical, em comparação à avaliação inicial; ✓ Avaliado tônus muscular, em todos os segmentos corporais. Mantém 0 na maioria dos segmentos corporais, não se verificando aumento do tônus muscular. Verifica-se uma maior resistência à mobilização da região tibiotársica direita (1, escala modificada de <i>Ashworth</i>). No entanto, consegue mobilizar-

		· Reforçar ensinamentos, junto da D^a M. C. e cuidador, sobre a necessidade e importância da realização de mobilizações ativas dos segmentos da cabeça e pescoço, diariamente, de forma autónoma; · Reforçar ensinamentos ao cuidador sobre a importância da alternância regular de decúbitos; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador quanto aos posicionamentos de prevenção do padrão espástico; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador quanto à importância da realização de levante diário;	se o segmento na totalidade da sua amplitude, com tolerância; ✓ Realizados exercícios de mobilização passiva nos diferentes segmentos dos membros superiores e inferiores; ✓ Realizados exercícios de mobilização ativa, ativa assistida e com resistência mínima nos segmentos da cabeça e pescoço; ✓ Reforçadas mobilizações ativas e ativas assistidas para o lado esquerdo por maior tendência de rotação da cabeça para a direita, comparativamente como verificado na avaliação inicial; ✓ Realizado alongamentos dos diferentes segmentos corporais. Reforçado alongamento da região cervical esquerda, por presença de inclinação da cabeça para esse lado (o que não se verificou na avaliação inicial);
--	--	--	---

			✓ Mobilizações realizadas com tolerância e sem queixas álgicas; ✓ Reforçados ensinios (junto da D^a M. C. e cuidador) sobre a importância da realização de mobilizações ativas do pescoço e cabeça, de forma autônoma (sem apoio do cuidador);
Comunicação verbal comprometida, relacionada com comprometimento neuromuscular, manifestada por incapacidade de falar	• Promover a diminuição das limitações associadas ao compromisso da comunicação verbal; • Estabelecer uma comunicação eficaz, dentro das limitações existentes;	• Estimular a utilização de técnicas de comunicação alternativa: sinais e/ou expressões faciais (mobilização da cabeça e pescoço, piscar de olhos, etc.) e recurso à utilização de sistema de alta tecnologia (computador com <i>software</i> GRID 3 integrado); • Reforçar, junto do cuidador, a importância da estimulação da utilização das técnicas de comunicação alternativa;	<u>17/12/2020</u> ✓ À chegada ao domicílio a D^a M. C. encontrava-se a utilizar o computador para comunicar. Capaz de utilizar <i>software</i> de forma autônoma, tendo comunicado com as pessoas presentes; <u>07/01/2021</u> ✓ D^a M. C. incentivada, durante todo o programa de reabilitação, a utilizar comunicação alternativa (sinais e expressões faciais);
Deglutição comprometida, relacionado com	• Prevenir aspirações;	• Avaliar a deglutição, através da FOIS;	<u>07/01/2021</u>

comprometimento neuromuscular, manifestado por dependência de via alternativa para ingestão de líquidos e alterações na consistência da dieta por via oral		· Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre os sinais e sintomas de aspiração; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre o posicionamento correto para a alimentação; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a necessidade e importância da utilização de espessante na alimentação; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre importância de manter um ambiente calmo, durante a alimentação; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância da higiene oral, após alimentação;	✓ Mantém alteração da funcionalidade sobreponível à avaliação inicial (3); ✓ Alimentada, diariamente, em CR; ✓ Mantém deglutição mantida e sem presença de sinais de disfagia para alimentos de consistência mole (informação confirmada junto de cuidador);
Risco de queda, relacionado com lesão neurônio motor	• Prevenir a ocorrência de quedas;	· Avaliar risco de queda, através da utilização da escala de <i>Morse</i>; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a utilização de dispositivos de segurança no leito (grades elevadas) e CR (colocação de superfície de trabalho e apoio para região cervical);	<u>07/01/2021</u> ✓ Avaliado risco de queda (score 40; moderado risco de queda) (sobreponível à avaliação inicial); ✓ São utilizados corretamente os dispositivos de segurança, no leito e CR (grades elevadas e mesa de apoio);

		· Reforçar ensinamentos ao cuidador sobre a realização de transferências de forma segura (travar CR, não ter tapetes, etc.); · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a utilização de vestuário e calçado adequado para a realização de transferências de forma segura (calçado antiderrapante e fechado);	✓ A D^a M. C. utiliza roupa e calçado adequado para realização de transferências (calçado antiderrapante); ✓ Observada técnica de transferência cadeira de banho/leito e leito/CR, realizada pelo cuidador. Técnica realizada com cumprimento dos princípios de segurança;
Risco de integridade cutânea comprometida, relacionado com compromisso da mobilidade	• Prevenir alterações da integridade cutânea;	· Avaliar risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, através da utilização Escala de <i>Braden</i>; · Vigiar integridade cutânea; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância da vigilância da integridade cutânea; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre sinais indicativos de alteração de integridade cutânea; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância da hidratação e nutrição adequadas;	<u>07/01/2020</u> ✓ Avaliado risco de úlcera por pressão (score 13; alto risco de úlcera por pressão) (sobreponível à avaliação inicial); ✓ São utilizados corretamente os dispositivos de segurança no leito; ✓ Verificou-se a utilização de almofada tipo “donut” na CR. Realizados ensinamentos sobre contraindicações e risco de maceração/úlcera por pressão à utilização da referida almofada.

		· Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância dos cuidados à pele (cuidados de higiene e hidratação); · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância dos cuidados à PEG; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a realização de alternância de decúbitos no leito, de acordo com a tolerância; · Promover a utilização e reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância da utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão (colchão anti escaras, almofada viscoelástica na CR/cadeira); · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a promoção da segurança nos procedimentos efetuados (levantar, transferências, cuidados de higiene);	Incentivado cuidador a utilizar a almofada tipo “donut” por curtos períodos. Incentivada a utilização preferencial da almofada viscoelástica; ✓ Observados calcanhares e região maleolar, bilateralmente, e região sagrada. Sem presença de eritemas; ✓ Pele hidratada e sem soluções de continuidade; ✓ Estoma (PEG) com granuloma de pequenas dimensões, ligeiramente sangrante. Realizada cauterização, com nitrato de prata. ✓ Pele peri-estoma (PEG) íntegra; ✓ Reforçados ensinamentos, junto do cuidador sobre importância da limpeza da pele peri-estoma e junto à PEG; ✓ Utilizados, diariamente, os dispositivos de prevenção de úlceras por pressão (colchão anti
--	--	--	--

			escaras, almofada viscoelástica na CR/cadeira); ✓ Efetuado levante para CR, diariamente;
Risco de tromboembolismo, relacionado com compromisso da mobilidade e história anterior de tromboembolismo venoso	• Prevenir a ocorrência de tromboembolismo venoso	· Despistar sinais e sintomas de tromboembolismo venoso nos membros inferiores (verificar pulsos periféricos, edema, tempo de preenchimento capilar, cor e temperatura das extremidades); · Realizar mobilizações passivas dos membros inferiores; · Realizar massagem para estimulação da circulação; · Reforçar ensinamentos ao cuidador sobre sinais e sintomas de tromboembolismo venoso nos membros inferiores; · Reforçar ensinamentos sobre necessidade e importância de elevação das extremidades e realização de massagem para estimulação da circulação; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador quanto à importância da alternância decúbitos e da realização de levante diário;	<u>07/01/2020</u> ✓ Extremidades (pés) frios e ligeiramente pálidos, mas sem edema. Realizada massagem, para estimulação da circulação. Extremidades ficam mais rosadas e quentes; ✓ Realizados exercícios de mobilização passiva, nos diferentes segmentos dos membros inferiores, com tolerância; ✓ Reforçados ensinamentos sobre necessidade de elevação dos membros inferiores e realização de massagem para estimulação de circulação; ✓ Incentivado cuidador a realizar mobilizações passivas dos

		· Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância de manter uma hidratação adequada; · Incentivar, o cuidador, à realização de mobilizações passivas dos membros inferiores, cumprindo os princípios de alinhamento dos segmentos;	diferentes segmentos dos membros inferiores à D^a M. C., reforçando a importância do cumprimento dos princípios inerentes ao alinhamento dos diferentes segmentos;
Risco de obstipação, relacionado com compromisso da mobilidade e história prévia de obstipação crônica	• Prevenir a ocorrência de obstipação;	· Avaliar abdômen; · Avaliar consistência fecal, através da BSFS; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre importância de manter o treino intestinal (microclister, dias alternados); · Reforçar os ensinamentos ao cuidador sobre a importância de manter uma hidratação adequada e nutrição variada e rica em fibras; · Reforçar ensinamentos ao cuidador sobre importância de manter a administração de suplemento de fibras; · Reforçar os ensinamentos ao cuidador quanto à importância da alternância decúbitos e da realização de levante diário;	<u>07/01/2021</u> ✓ Ausência de abdômen volumoso, apresenta-se mole, depressível e não doloroso à palpação; ✓ Realizado levante diário para CR; ✓ Administrado microclister, em dias alternados, pelo cuidador; ✓ Mantida administração de suplemento de fibras e hidratação em quantidade suficiente, diariamente (confirmado junto de cuidador); ✓ Trânsito intestinal regular, 1x/dia, sem alterações na consistência (3; sobreponível à avaliação inicial);

APÊNDICES

Apêndice I
Avaliação da Deglutição
(*Functional Oral Intake Scale*)

FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE (FOIS)	
<u>Dependentes de sonda (níveis 1-3)</u>	
1. Incapacidade de ingestão por via oral	
2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual	
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda	X
<u>Ingestão total por via oral (níveis 4-7)</u>	
4. Ingestão total por via oral de uma única consistência	
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica	
6. Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos	
7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições	

Apêndice II

Avaliação da Consistência Fecal

(Bristol Stool Form Scale)

BRISTOL STOOL FORM SCALE	
Tipo 1 – Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir).	
Tipo 2 – Em forma de salsicha, mas grumosa.	
Tipo 3 – Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície.	X
Tipo 4 – Semelhante a uma salsicha, lisa e mole.	
Tipo 5 – Pedacos moles, com contornos bem definidos (fáceis de expelir).	
Tipo 6 – Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado.	
Tipo 7 – Aquosas, sem pedacos sólidos. Completamente líquidas.	

Apêndice III

Avaliação da Força Muscular

(Medical Research Council Muscle Scale)

MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE			
Segmentos	Movimentos	Avaliação	
<u>Cabeça e Pescoço</u>	Flexão/Extensão	3/5 (só resistência mínima)	
	Flexão lateral	3/5 (só resistência mínima)	
	Rotação lateral	3/5 (só resistência mínima)	
Membros Superiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Escapulo-umeral</u>	Elevação/Depressão	0/5	0/5
	Adução/Abdução	0/5	0/5
	Rotação interna/externa	0/5	0/5
<u>Cotovelo</u>	Flexão/Extensão	0/5	0/5
<u>Antebraço</u>	Supinação/Pronação	0/5	0/5
<u>Punho</u>	Flexão/Extensão	0/5	0/5
	Desvio radial/cubital	0/5	0/5
	Circundação	0/5	0/5
<u>Dedos da mão</u>	Flexão/Extensão	1/5	1/5
	Adução/Abdução	0/5	0/5
	Circundação	0/5	0/5
	Oponência do polegar	0/5	0/5
Membros Inferiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Coxofemoral</u>	Flexão/Extensão	0/5	0/5
	Adução/Abdução	0/5	0/5
	Rotação interna/externa	0/5	0/5
<u>Joelho</u>	Flexão	0/5	0/5
	Extensão	0/5	0/5
<u>Tibiotársica</u>	Flexão plantar/dorsal	0/5	0/5
	Inversão/Eversão	0/5	0/5
<u>Dedos do pé</u>	Flexão/Extensão	1/5	1/5
	Adução/Abdução	0/5	0/5

Pontuação <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
5/5	Força normal contra gravidade e resistência
4/5	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
3/5	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
2/5	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
1/5	Contração palpável e/ou visível, mas sem movimento do membro
0/5	Sem contração muscular palpável ou visível

Apêndice IV
Avaliação do Tônus Muscular
(Escala Modificada de *Ashworth*)

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA			
Segmentos	Movimentos	Avaliação	
<u>Cabeça e Pescoço</u>	Flexão/Extensão	0	
	Flexão lateral	0	
	Rotação lateral	0	
Membros Superiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Escapulo-umeral</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação	0	0
<u>Cotovelo</u>	Flexão/Extensão	0	0
<u>Antebraço</u>	Supinação/Pronação	0	0
<u>Punho</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundação	0	0
<u>Dedos</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membros Inferiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Coxofemoral</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação	0	0
<u>Joelho</u>	Flexão/Extensão	0	0
<u>Tibiotársica</u>	Flexão plantar/dorsal	0	0
	Inversão/Eversão	0	0
<u>Dedos</u>	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0

Pontuação Escala Modificada de Ashworth	
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea, ou por resistência mínima no final da amplitude do movimento, quando o segmento afetado é movimentado em flexão ou extensão
1+	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de uma resistência mínima, em menos de metade da amplitude do movimento articular restante
2	Marcado aumento do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas o segmento afetado é facilmente mobilizado
3	Considerável aumento do tônus muscular; O movimento passivo é difícil
4	O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão

Apêndice V
Avaliação da Marcha
(Categorias Funcionais da Marcha)

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA	
0 - Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	
3 - Deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita	
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência	

Apêndice VI

Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão
(Escala de *Braden*)

ESCALA DE <i>BRADEN</i>		
<u>Percepção sensorial</u>	1. Completamente limitada	
	2. Muito limitada	
	3. Ligeiramente limitada	X
	4. Nenhuma limitação	
<u>Humidade</u>	1. Pele constantemente húmida	
	2 Muito húmida	
	3. Pele ocasionalmente húmida	X
	4.Pele raramente húmida	
<u>Atividade</u>	1. Acamado	
	2. Sentado	X
	3. Anda ocasionalmente	
	4. Anda frequentemente	
<u>Mobilidade</u>	1. Completamente imobilizado	X
	2. Muito limitada	
	3. Ligeiramente limitado	
	4. Nenhuma limitação	
<u>Nutrição</u>	1. Muito pobre	
	2. Provavelmente inadequada	
	3. Adequada	X
	4. Excelente	
<u>Fricção e forças de deslizamento</u>	1. Problema	X
	2. Problema potencial	
	3. Nenhum problema	
Total		13
Risco		Alto Risco

Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
≤ 16	≥ 17

Apêndice VII

Avaliação do Risco de Queda
(Escala de *Morse*)

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1 – <u>Historial de quedas (neste internamento/ou nos últimos três meses)</u>	
Não	0
Sim	(25)
2 – <u>Diagnóstico(s) secundário(s)</u>	
Não	0
Sim	(15)
3 – <u>Ajudar para caminhar</u>	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	(0)
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4 – <u>Terapia Intravenosa</u>	
Não	(0)
Sim	20
5 – <u>Postura no andar e na transferência</u>	
Normal/acamado/imóvel	(0)
Debilidado	10
Dependente de ajuda	20
6 – <u>Estado mental</u>	
Consciente das suas capacidades	(0)
Esquece-se das suas limitações	15
Total	40
Risco	Moderado risco

Baixo risco de queda	Moderado risco de queda	Alto risco de queda
0 e ≤ 24	≥ 25 e ≤ 50	≥ 51

Apêndice VIII

Avaliação da Funcionalidade

(Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-revised)

AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS FUNCTIONAL RATING SCALE- REVISED (ALSFRS-R; Versão portuguesa)		
1. <u>Fala</u>	4) Processo da fala normal	
	3) Distúrbio da fala detetável	
	2) Fala compreensível com repetição	
	1) Fala combinada com comunicação não-vocal	
	0) Perda de fala útil	X
2. <u>Salivação</u>	4) Normal	X
	3) Ligeiro excesso de saliva na boca; pode haver sialorreia noturna	
	2) Excesso de saliva moderado; pode haver sialorreia mínima	
	1) Excesso marcado de saliva com alguma sialorreia	
	0) Sialorreia marcada; requer uma medida de proteção constante	
3. <u>Deglutição</u>	4) Hábitos alimentares normais	
	3) Problemas alimentares iniciais, com engasgamentos ocasionais	
	2) Requer alterações na consistência da dieta	
	1) Necessita de alimentação através de sonda	X
	0) Alimentação exclusivamente entérica ou parentérica	
4. <u>Escrita</u>	4) Normal	
	3) Lenta ou descuidada; todas as palavras são legíveis	
	2) Nem todas as palavras são legíveis	
	1) Capaz de segurar a caneta, mas incapaz de escrever	
	0) Não é possível segurar a caneta	X
5a. <u>Cortar comida e usar utensílios</u> (Pacientes sem gastrostomia)	4) Normal	
	3) Um pouco lento e desajeitado; não necessita de ajuda	
	2) Corta a maioria dos alimentos, desajeitado e lento; necessita de alguma ajuda	
	1) Os alimentos são cortados por alguém, mas ainda se alimenta lentamente	
	0) Precisa ser alimentado	X

5b. <u>Cortar comida e usar utensílios</u> (Pacientes com gastrostomia)	4) Normal	
	3) Capaz de desempenhar todas as manipulações	
	2) Alguma ajuda necessária com tampas e fechos	
	1) Oferece assistência mínima ao cuidador	
	0) Incapaz de executar qualquer aspeto da tarefa	X
6. <u>Vestuário e higiene</u>	4) Normal	
	3) Independente nos autocuidados com diminuição do rendimento	
	2) Assistência intermitente ou substituição dos métodos	
	1) Necessita do cuidador para autocuidado	
	0) Dependência total	X
7. <u>Virar-se na cama e ajustar cobertores</u>	4) Normal	
	3) Um pouco lento ou desajeitado, não necessita de ajuda	
	2) Pode virar sozinho ou ajustar o lençol com grande dificuldade	
	1) Tem iniciativa, não consegue virar ou ajustar o lençol sozinho	
	0) Incapaz	X
8. <u>Andar</u>	4) Normal	
	3) Deambulação com ligeira dificuldade	
	2) Deambula com assistência	
	1) Movimento funcional não-deambulatório	
	0) Não apresenta movimentos voluntários dos membros inferiores	X
9. <u>Subir e descer escadas</u>	4) Normal	
	3) Lentidão	
	2) Ligeiro desequilíbrio ou fadiga	
	1) Necessita de assistência	
	0) Incapaz	X
10. <u>Dispneia</u>	4) Nenhuma	X
	3) Dispneia ocorre quando caminha	
	2) Dispneia ocorre quando come, toma banho e se veste	

	1) Dispneia ocorre no repouso, sentado ou deitado	
	0) Dificuldade significativa, considerar suporte mecânico	
11. <u>Ortopneia</u>	4) Nenhuma	X
	3) Alguma dificuldade a dormir, nem sempre requer 2 almofadas	
	2) Necessita de almofadas extra para dormir (mais que 2)	
	1) Só consegue dormir sentado	
	0) Não consegue dormir	
12. <u>Insuficiência respiratória</u>	4) Nenhuma	
	3) Uso intermitente do BIPAP	X
	2) Uso contínuo do BIPAP à noite	
	1) Uso contínuo do BIPAP durante o dia e à noite	
	0) Ventilação mecânica invasiva por intubação ou traqueostomia	
Total		16
Funcionalidade		Deterioração funcional crescente
NOTA: quanto maior a pontuação obtida, melhor a funcionalidade apresentada pela pessoa		

Apêndice IX

Avaliação da Funcionalidade
(Tabela Nacional de Funcionalidade)

TABELA NACIONAL DE FUNCIONALIDADE NO ADULTO							
Atividades e participação		Desempenho					
		0	1	2	3	4	Total
<u>Mobilidade e autocuidados</u>	d230 Realizar a rotina diária					X	
	d410 Mudar a posição básica do corpo					X	
	d415 Manter a posição do corpo				X		
	d430 Levantar e transportar objetos					X	
	d450 Andar					X	
	d460 Deslocar-se por diferentes locais					X	
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)					X	
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)					X	
	d540 Vestir-se					X	
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)				X		
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)					X	
	d660 Ajudar os outros					X	
	d920 Recreação e lazer				X		
							49
<u>Competências gerais</u>	d220 Realizar múltiplas tarefas					X	
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação				X		
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)					X	
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)					X	
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)					X	
	d825 Formação profissional				X		
	d845 Obter, manter e sair do emprego				X		
	d850 Emprego remunerado					X	
							29

Competências específicas	d166 Ler	X					25
	d175 Resolver problemas				X		
	d330 Falar					X	
	d345 Escrever Mensagens					X	
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção				X		
	d550 Comer + d560 Beber - alimentar-se					X	
	d570 Cuidar da saúde					X	
	d860 Transações económicas básicas				X		
Sociabilidade	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas					X	16
	d350 Conversação		X				
	d710 Interações interpessoais básicas			X			
	d760 Relações familiares		X				
	d770 Relacionamentos íntimos					X	
	d910 Vida em comunidade					X	
Manipulação e manuseio	d440 Motricidade fina					X	12
	d445 Utilização da mão e do braço					X	
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos					X	
Total							131
Classificação funcionalidade		Funcionalidade muito reduzida (50%-95%)					

Quantificador de desempenho				
<u>Sem dificuldade</u>	<u>A maioria das vezes</u>	<u>Com alguma dificuldade</u>	<u>Com muita dificuldade</u>	<u>É incapaz</u>
0	1	2	3	4
0%-4%	5%-24%	25%-49%	50%-95%	96%-100%

Intervalo de valores obtido	Classificação semântica	Classe de qualificação
0-6	Funcionalidade total	0%-4%
7-36	Funcionalidade média	5%-24%
37-74	Funcionalidade reduzida	25%-49%
75-144	Funcionalidade muito reduzida	50%-95%
145-152	Funcionalidade ausente	96%-100%

Apêndice X

Avaliação do Grau de Dependência

(Índice de *Barthel*)

ÍNDICE DE <i>BARTHEL</i>		
<u>Alimentação</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda (ex. cortar alimentos)	
	0) Dependente	X
<u>Transferências</u>	15) Independente	
	10) Precisa de alguma ajuda	
	5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
	0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	X
<u>Toalete</u>	5) Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Utilização do WC</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Banho</u>	5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Mobilidade</u>	15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	
	10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
	5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
	0) Imóvel	X
<u>Subir e descer escadas</u>	10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	
	5) Precisa de ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Vestir</u>	10) Independente	
	5) Com ajuda	
	0) Impossível	X
<u>Controlo intestinal</u>	10) Controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	
	5) Acidente ocasional	

	0) Incontinente ou precisa do uso de clisteres	X
<u>Controlo</u> <u>vesical</u>	10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho	
	5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	X
	0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho	
Total		5
Grau de dependência		Totalmente dependente

Totalmente dependente	Dependência grave	Dependência moderada	Dependência ligeira	Independente
0	<55	55-90	>90	100

Apêndice VI

Plano de Cuidados (contexto hospitalar)

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

Estágio com Relatório

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca
Avançada**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado

**Lisboa
março 2021**

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

Estágio com Relatório

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca
Avançada**

Maria Alexandre de Brito Meireles Machado



Professora Orientadora: Cristina Maria da Silva Saraiva



**Lisboa
março 2021**

ÍNDICE

1. RECOLHA DE DADOS	3
1.1 Identificação	3
1.2 Motivo do internamento	3
1.3 História de saúde atual	3
1.4 História de saúde pregressa	4
1.5 Regime terapêutico	5
1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação social	8
2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
2.1 Exame físico e estado geral	9
2.2 Avaliação dos requisitos do autocuidado (segundo Teoria Dorothea Orem)	19
3. PLANO DE CUIDADOS	27

APÊNDICES

Apêndice I – Avaliação da Força Muscular (*Medical Research Council Muscle Scale*)

Apêndice II – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Apêndice III – Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão (Escala de *Braden*)

Apêndice IV – Avaliação do Risco de Queda (Escala de *Morse*)

Apêndice V – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

1. RECOLHA DE DADOS

1.1 Identificação

Data de admissão no serviço: 10/02/2021

Nome: P. O. R. B.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 11/1936

Idade: 84 anos

Etnia: Leucoderma

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casado

Residência: Distrito de Lisboa

Centro de Saúde/Extensão: Centro de Saúde de S.

Profissão/Situação profissional: Carpinteiro/Reformado.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.2 Motivo do internamento

O Sr. P. B foi internado num serviço de cardiologia, de um hospital da área de Lisboa, com diagnóstico médico de Insuficiência Cardíaca (IC) e status pós pneumonia a infeção a SARS-CoV-2, com sobreinfeção bacteriana.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.3 História de saúde atual

No dia 4 de janeiro de 2021, o Sr. P. B., após consulta na Unidade de Cuidados Paliativos de IC (Unidade M. S.), foi hospitalizado no serviço de cardiologia de um hospital da área da grande Lisboa, onde pertence a referida unidade. É internado por apresentar um quadro caracterizado por presença de dispneia em repouso, ascite, edemas acentuados nos membros inferiores, aumento do peso, diminuição do débito urinário (oligoanúria) e derrame pleural (confirmado após realização de radiografia torácica), já com cerca de um mês de evolução. Neste sentido é admitido com diagnóstico de IC descompensada, ficando internado para realização de terapêutica dirigida e de paracentese diagnóstica e evacuadora.

Após estabilização do quadro inicial, no dia 13 de janeiro de 2021 é transferido para um serviço de medicina interna, do mesmo hospital, para realizar tratamento com Levosimendan. Posteriormente à realização da referida terapêutica é transferido, novamente, para o serviço de cardiologia (dia 15 de janeiro de 2021).

Após alguns dias de internamento no serviço de cardiologia, por provável contágio, no supracitado serviço de medicina, o Sr. P. B. vem a testar positivo para SARS-CoV-2, sendo transferido para um novo serviço de medicina (específico para internamentos a infecções a SARS-CoV-2), no dia 21 de janeiro de 2021. Neste serviço, fica, então, internado com diagnósticos médicos de pneumonia infecciosa a SARS-CoV-2, com sobreinfecção bacteriana, a condicionar insuficiência respiratória ligeira, com síndrome cardiorenal a condicionar Doença Renal Crônica (DRC) agudizada (creatinina de 4,03 mg/dl) e IC descompensada e, ainda, por hipocaliemia. Neste internamento, por agudização da Insuficiência Renal (IR) realizou nova paracentese evacuadora (no dia 02/02/2021). O quadro de IR foi discutido com os médicos de nefrologia, que perante o diagnóstico principal de IC terminal decidem manter tratamento conservador.

No dia 10 de fevereiro de 2021, por estabilização do estado geral e por se apresentar em fase de critérios de cura à infecção a SARS-CoV-2, o Sr. P. B. é, novamente, transferido para o serviço de cardiologia de origem, ficando internado com diagnóstico de IC e status pós pneumonia a infecção a SARS-CoV-2, com sobreinfecção bacteriana.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.4 História de saúde pregressa

Antecedentes pessoais: IC crônica grave, classe III (segundo a classificação da *New York Heart Association* – NYHA), cardiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida (33%), doença coronária isquêmica, status pós revascularização cirúrgica do miocárdio (02/2016), portador de prótese biológica valvular aórtica (03/2017), portador de dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-P: terapia de ressincronização cardíaca – *pacemaker*) (01/2020), hipertensão arterial, hábitos etílicos excessivos (no passado), dislipidemia, obesidade, hérnia da linha branca, DRC (classe II), anemia crônica, hipotireoidismo e hipoacusia bilateral.

Cirurgias anteriores: artroplastia total da anca à direita (não especificado ano de intervenção), cirurgia a hérnia discal lombar (2007), cirurgia a síndrome do canal cárpico, bilateral (2014), cirurgia a articulação escapulo-umeral à direita (não especificado tipo de cirurgia e/ou problema da articulação, nem ano de intervenção), cirurgia de revascularização do miocárdio (2016) e cirurgia de substituição da válvula aórtica (2017).

Internamentos anteriores: 03/2017 internamento no serviço de cirurgia cardiotorácica para substituição da válvula aórtica (colocação de prótese biológica); 09/2017 internamento por quadro de cansaço e presença de edemas periféricos acentuados; 08/2020 internamento em cardiologia por presença de anasarca.

Alergias: desconhece

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.5 Regime terapêutico

Medicação habitual (domicílio)

<u>Horário</u> <u>Medicação</u>	Jejum	Pequeno almoço	Almoço	Jantar
Levotiroxina Sódica 0,05mg	1 comprimido			
Pantoprazol 40mg	1 comprimido			
Ácido Acetilsalicílico 150mg			1 comprimido	
Ácido Fólico 5mg			1 comprimido	
Cianocobalamina + Piridoxina + Tiamina (Neurobion)			1 comprimido	
Alopurinol 100mg			2 comprimidos	
Sacubitril 24mg + Valsartan 26mg		½ comprimido		½ comprimido
Budesonida 320 mcg + Formoterol 9mcg		1 inalação		1 inalação

Suplemento de Magnésio (Maxnesio)				1 comprimido
Sinvastatina 40mg				1 comprimido
Mexazolam 1mg	SOS se insónia			
Furosemida (SC)				

(Informação retirada do Processo Clínico)

Regime dietético:

- Dieta sem restrições. Restrição hídrica (até 1500ml/dia).

(Informação retirada do Processo Clínico)

Medicação atual (internamento) (15/02/2021)

<u>Medicação</u>	<u>Horário</u>
Acetilcisteína 600mg (comprimido efervescente)	1 comprimido, às 9h e 18h
Ácido Acetilsalicílico 100mg	1 comprimido, às 13h
Alprazolam 0,25mg	1 comprimido, às 23h
Bisacodil 5mg	1 comprimido, às 19h
Brometo de Ipratrópio 20mcg/dose	6 inalações, às 0h, 6h, 12h e 18h
Cloreto de Potássio 600mg	1 comprimido, às 9h, 13h e 19h
Cloreto de Sódio 0,9% 500ml	A perfundir em 24h, às 13h
Escitalopram 25mg	1 comprimido, às 9h
Furosemida 240mg (até 50ml de Soro Fisiológico 0,9%)	Perfusão a 3cc/h
Insulina neutra (solução injetável, SC)	SOS (2UI se glicémia capilar 141-180mg/dl; 4UI se glicémia capilar 181-220mg/dl; 6UI se glicémia capilar 221-260mg/dl; 8UI se glicémia capilar 261-300mg/dl; 10UI se glicémia capilar 301-350mg/dl; 12UI se glicémia capilar >350mg/dl)

Glucose 30% (solução injetável)	SOS (se glicemia capilar < ou = 70mg/dl e doente inconsciente, ou sem via oral mantida)
Lorazepam 1mg	SOS, se insônia
Levotiroxina Sódica 0,05mg	1 comprimido, às 7h
Metolazona 2,5mg	1 comprimido, às 7h
Pantoprazol 40mg	1 comprimido, às 7h
Paracetamol 1g	1 comprimido, em SOS, se dor ou febre
Prednisolona 30mg	1 comprimido, às 9h
Salbutamol 100mcg	4 inalações, às 0h, 6h, 12h e 18h

(Informação retirada do Processo Clínico)

Alterações terapêuticas (internamento)

<u>Medicação</u>	<u>Horário</u>
Alopurinol 100mg (inicia a 01/01/2021)	1 comprimido, às 12h
Cloreto de Sódio 0,9% 500ml	Suspenso (foi administrado pontualmente, por apresentar valores tensionais mais baixos)
Escitalopram 25mg	suspenso
Furosemda 20mg (solução injetável) (inicia a 24/02/2021)	Bólus 20mg, às 7h, 13h e 19h
Linezolid 600mg (solução injetável) (inicia a 27/02/2021)	8h e 20h
Nistatina 10.000.000 UI (suspensão oral) (inicia a 24/02/2021)	9h, 12h, 17, 19h e 22h
Prednisolona 20mg (reduzida dosagem a 24/02/2021)	1 comprimido, às 9h
Tramadol 10% (solução oral) (inicia a 04/03/2021)	20gotas, às 9h e 19h
NOTA: Mantém restante medicação, quer em relação à dosagem, quer em relação ao horário de administração, tal como descrito, anteriormente.	

(Informação retirada do Processo Clínico)

Regime dietético:

- Dieta pastosa (sem prato), sem restrições. Restrição hídrica (até 1500ml/dia, no máximo).
- Passa, posteriormente, a dieta pastosa diabética (sem prato), por valores de glicémica capilar, pontualmente, aumentados (associado à corticoterapia/processo infeccioso).

Outras prescrições:

- Limite terapêutico: Oxigenoterapia de alto débito.
- Oxigenoterapia a 1l/min, por óculos nasais.
- Reforço hídrico oral de 1000/1500ml/dia.
- Registo de diurese, diário.
- Avaliação glicémia capilar, antes das refeições.

Outros recursos hospitalares:

- Medicina Física e de Reabilitação: fisioterapia e cinesiterapia respiratória.
- Desde fevereiro de 2019, o Sr. P. B., começou a ser seguido na Unidade de Cuidados Paliativos de IC avançada (Unidade M. S.), de um hospital da área da grande Lisboa. Esta unidade proporciona-lhe todos os cuidados médicos e de enfermagem necessários, quer através de visitas domiciliares, quer através de consultas de seguimento, às quais o Sr. P. B. se desloca presencialmente.

(Informação retirada do Processo Clínico)

1.6 Agregado familiar/pessoas significativas e interação social

O Sr. P. B. é casado com a D^a. L. C., uma Sr.^a de 85 anos, independente, mas com um processo demencial, em fase inicial de desenvolvimento. Vivem os dois sozinhos, em casa própria, sendo capazes de orientar e realizar as atividades inerentes ao autocuidado (AC) mais simples, de forma autónoma, no dia a dia.

Têm um filho (Sr. J. B.), dois netos e quatro bisnetos, que residem muito perto das imediações do seu domicílio. É mantida uma boa relação, entre o Sr. P. B. e todos os elementos da família, os quais proporcionam suporte, tanto a si como à sua esposa, sempre que necessário.

Previamente, ao atual internamento, o Sr. P. B. encontrava-se parcialmente dependente na realização de algumas atividades inerentes AC (nomeadamente, confeção de refeições, cuidados de higiene, deslocações para fora do domicílio, entre outros). Neste sentido, para além do suporte familiar, dispõe de apoio domiciliário, social, quer para os cuidados de higiene totais no WC (duas vezes, por semana), quer para a confeção das refeições, durante os dias úteis da semana. Sempre foi capaz de se alimentar e hidratar, por mão própria, e de se deslocar, autonomamente, no domicílio, por curtas distâncias (por exemplo: para ir ao WC). Deslocava-se, segundo o próprio, com recurso de meio auxiliar de marcha (uma bengala) e com supervisão.

Dado o contexto pandémico e pela presença de alguma limitação da mobilidade, permanecia mais restrito ao domicílio. Desta forma, os principais contactos e interações que mantinha, com regularidade, eram com a família nuclear. Saía à rua, sempre que necessário, com apoio do filho, ou dos netos, para comparecer às consultas marcadas, ou para realizar exames necessários. Segundo o próprio, fazia-o sempre com recurso de meio auxiliar de marcha (duas bengalas) e com algum apoio de terceiros.

(Informação retirada do Processo Clínico e Junto do Utente)

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1 Exame físico e estado geral (avaliação realizada dia 15/02/2021)

O Sr. P. B. é do sexo masculino, tem 84 anos e é de etnia leucoderma. Apresenta-se consciente em relação a si e ao meio que o rodeia. Apresenta abertura ocular espontânea e pupilas isocóricas e isorreativas.

No que diz respeito à capacidade de comunicação verbal o Sr. P. B. apresenta um discurso fluente, coerente e perceptível. Apresenta diminuição da acuidade auditiva, bilateralmente, mas que não compromete a comunicação e interação com o meio envolvente. É capaz de obedecer a ordens simples e complexas. Não apresenta alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração), memória e capacidade de compreensão, conseguindo manter-se focado nas atividades realizadas durante o dia e durante o programa de reabilitação. Não apresenta alterações cognitivas.

O Sr. P. B. ostenta um aspeto cuidado e limpo, apresentado higiene corporal e oral cuidadas. Tem ausência total de dentição, utilizando prótese dentária superior e inferior (amovíveis). Atualmente não faz uso da mesma, por impossibilidade de fixação desta, dado encontrar-se emagrecido.

Como referido, anteriormente, encontra-se muito emagrecido, mucosas coradas e hidratadas. Tem uma lesão no lábio inferior à direita, perda de integridade cutânea na cavidade oral, na zona do palato duro e algumas lesões esbranquiçadas dispersas na região lateral da língua, bilateralmente (sem descrição de etiologia no processo clínico; candidíase oral?). Pele ligeiramente descorada, tendencialmente, desidratada e muito friável. Dada a fragilidade epidérmica apresenta várias zonas de perda de integridade cutânea (escoriações) ao nível dos membros superiores, uma na região dorsal à direita e outra no flanco esquerdo da região abdominal (local de punção para realização de paracentese). Tem, ainda, equimoses extensas nos membros superiores, por presença de fragilidade capilar (púrpura senil). Não apresenta úlceras por pressão, ou eritemas branqueáveis. Apresenta uma pequena fissura (0,5cm comprimento) no sulco internadegueiro. Tem, ainda, uma cicatriz (antiga) na região trocantérica à direita (artroplastia total da anca). Atualmente sem presença de edemas periféricos. Apresenta abdómen volumoso (ascítico), que se encontra, no entanto, mole, depressível e não doloroso à palpação.

O Sr. P. B. tem mantida a mobilidade ao nível de todos os segmentos corporais (cabeça e pescoço, tronco, membros superiores e membros inferiores), mas apresenta diminuição generalizada da força muscular (3/5, segundo a *Medical Research Council Muscle Scale*, MRCMS), nomeadamente ao nível dos quatro membros e tronco, sendo dependente na realização e satisfação das atividades que compõe o AC. Não apresenta deformidades, ou rigidez acentuada na maioria das articulações, sendo facilmente mobilizados todos os segmentos corporais, durante as atividades do dia a dia e durante o programa de reabilitação. Tem, no entanto, rigidez articular ao nível da região escapulo-umeral direita (articulação sujeita a cirurgia há alguns anos; não sabe especificar o tipo de problema e intervenção cirúrgica a que foi submetido; sem informação no processo clínico), não sendo capaz de realizar qualquer movimento de forma completa com essa articulação (amplitude máxima de 90°, em abdução e flexão). Mantém, também, uma ligeira rotação externa do membro inferior direito, em repouso. O Sr. P. B. não apresenta alterações ao nível da sensibilidade (superficial e profunda), em nenhum dos segmentos corporais.

Para avaliação do estado geral foi aplicada a escala de avaliação de sintomas de *Edmonton*, uma escala multidimensional, que permite avaliar um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, que traduzem o nível de bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade de vida em pessoas em situação de cuidados paliativos (situação, presentemente, vivenciada pelo Sr. P. B.).

O. Sr. P. B. encontra-se vígil e orientado, auto e alopsiquicamente. Por vezes, apresenta alguma dificuldade de orientação a nível temporal, sendo, no entanto, facilmente reorientado neste sentido. Não apresenta alterações cognitivas.

Encontra-se sereno e calmo. Fácies alegre e bem-disposto, mostrando-se sempre muito disponível e colaborante, quer durante a prestação dos cuidados gerais, quer durante a realização do programa de reabilitação. Não apresenta qualquer momento, aparente, de tristeza, ou humor deprimido (nível 0). Quando questionado afirma sentir-se bem e sem ansiedade (nível 0). Cumpre medicação antidepressiva e ansiolítica (Alprazolam 0,25mg e Escitalopram 25mg).

Mantém-se confortável em repouso, sem queixas de dor (nível 0), apresentando um fácies calmo e confortável, ao longo do dia. Sem medicação analgésica instituída. Nega cansaço (nível 0) em repouso, apresentando, no entanto, cansaço ligeiro a moderado à realização dos cuidados gerais e durante o programa de reabilitação, mas que reverte rapidamente em repouso. Permanece eupneico em repouso. Sem presença, também, de queixas de náuseas, ou episódios de vômito (nível 0). Refere alguma diminuição do apetite, mas alimenta-se bem, ingerindo a totalidade das refeições disponibilizadas pelo serviço (nível 1).

Sinais vitais estáveis (de acordo com os valores de referência pessoais), sem episódios de descompensação, nomeadamente a nível respiratório. Nega queixas respiratórias, quer durante o período diurno, quer noturno, quando questionado (nível 0). Está eupneico em repouso, sem sinais de dificuldade respiratória, em posição de semi-fowler, posição de sentado e até mesmo em decúbito dorsal, por alguns períodos. Respiração regular, simétrica, profunda, toracoabdominal e sem utilização da musculatura acessória. Manifesta alguma pieira e farfalheira audíveis, por curtos períodos. Saturações periféricas na ordem dos 95/96%, com oxigenoterapia a 1l/min, por óculos nasais. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases e com presença de fervores, mais acentuados nas porções pulmonares médias e superiores, bilateralmente, sobretudo no hemitórax à direita. Apresenta acessos de tosse produtiva, mas nem sempre eficazes. Tem alguma dificuldade em mobilizar as

secreções, que se apresentam purulentas, muito espessas, em moderada/grande quantidade. Quando é capaz de mobilizar as secreções expele-as e, maioritariamente, deglute-as.

O Sr. P. B. apresenta alguma sonolência diurna, alternando períodos de vigília e sonolência, durante o dia (nível 2), mas mantém-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. Durante o período noturno, apresenta sono mantido, mas com alguns períodos de inquietude no leito, conseguindo, no entanto, descansar por longos períodos (sem necessidade de administrar a medicação prescrita em SOS).

O Sr. P. B. apresenta bom controlo sintomatológico físico e psicológico, manifestando um nível de bem-estar muito favorável (nível 1), face à sua situação de saúde/doença.

Seguidamente é, então, apresentada a avaliação da sintomatologia, previamente descrita, de acordo com a escala de avaliação de sintomas de *Edmonton*.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
Sem depressão/tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível/a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível

(avaliação realizada a 15/02/2021)

Evolução ao longo do internamento

Ao longo do internamento, o Sr. P. B. manteve-se sempre orientado, auto e alopsiquicamente. Sereno, calmo e ostentando sempre um fácies alegre e bem-disposto, quando abordado. Não manifestou qualquer momento, aparente, de tristeza,

ou humor deprimido (nível 0), afirmando sentir-se bem e sem ansiedade, quando questionado (nível 0).

O Sr. P. B. foi apresentando alguns períodos em que se encontrava mais asteniado, apesar de permanecer colaborante, dentro das suas limitações, quer durante a prestação dos cuidados gerais, quer durante a realização do programa de reabilitação. Apresentou períodos de maior sonolência diurna (nível 3), mas manteve-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. Durante o período noturno, apresentou sono mantido, descansando por longos períodos (sem necessidade de administrar a medicação prescrita em SOS).

Sinais vitais estáveis, sem episódios de descompensação, nomeadamente a nível respiratório. Permaneceu sem queixas respiratórias, quer durante o período diurno, quer noturno, quando questionado. Apresentou-se eupneico em repouso, sem sinais de dificuldade respiratória, em posição de semi-fowler, posição de sentado, ou mesmo em plano zero. Respiração regular, simétrica, profunda, toracoabdominal e sem utilização da musculatura acessória. Foi realizado desmame de oxigenoterapia, ao longo do internamento, permanecendo em ar ambiente no período diurno e fazendo, esporadicamente, oxigénio a 1l/min, por óculos nasais, no período noturno. Saturações periféricas estáveis, na ordem dos 95/96%, em ar ambiente.

No entanto, foi apresentando maior cansaço à realização de atividades que requeriam pequeno/moderado esforço, quer durante a prestação dos cuidados gerais, quer durante a realização do programa de reabilitação, necessitando de um período de tempo mais prolongado para recuperação e permanecendo, posteriormente, mais asteniado e sonolento. Progressivamente, começou a referir cansaço ligeiro, em repouso (nível 2). Não se verificou exacerbação dos períodos de pieira e farfalheira audíveis. Auscultação pulmonar, maioritariamente, sobreponível à avaliação inicial (murmúrio vesicular diminuído nas bases e com presença de fervores, mais acentuados nas porções pulmonares médias e superiores, bilateralmente, sobretudo no hemitórax à direita). Manteve acessos de tosse produtiva, mas cada vez menos eficazes, mostrando-se, progressivamente, incapaz de mobilizar as secreções (purulentas e mais espessas; 27/02/2021 secreções traqueobrônquicas positivas a MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus*). Houve necessidade de recorrer à aspiração das mesmas, por períodos.

Na semana de 01 a 05/03/2021 começou a apresentar períodos de gemidos esporádicos, em repouso, negando queixas álgicas, quando questionado. No entanto,

à mobilização, posicionamentos e palpação da região abdominal, sobretudo no flanco à direita (abdómen ascítico, mas mole e depressível à palpação) começou a referir queixas algícas e fácies desconfortável. Fez medicação analgésica prescrita em SOS (Paracetamol 1g), tendo sido instituído, posteriormente, analgesia opióide de esquema (Tramadol 10%, 20 gotas, 2x/dia). Manteve-se confortável em repouso, após instituição de analgesia (nível 1).

Manteve-se sem queixas de náuseas, ou episódios de vômito (nível 0). No entanto, apresentou diminuição do apetite, mais acentuado que anteriormente, não ingerindo a totalidade das refeições disponibilizadas (nível 3).

Pela oscilação em alguns parâmetros, o Sr. P. B. apresentou um ligeiro declínio do controlo sintomatológico, sobretudo, a nível físico. Apesar disso, pelas medidas que foram sendo instituídas manteve um nível de bem-estar favorável (nível 2), face à evolução da sua situação de saúde/doença avançada e em fase terminal.

Seguidamente é apresentada a avaliação da sintomatologia, previamente descrita, de acordo com a escala de avaliação de sintomas de *Edmonton*.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE <i>EDMONTON</i>												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
Sem depressão/tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível/a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível

(avaliação realizada a 03/03/2021)

Parâmetros Vitais (avaliações do turno da manhã)

<u>Data</u> <u>Parâmetro</u>	15/02	19/02	22/02	26/02	01/03	03/03
Tensão arterial (mmHg)	96/62	90/55	92/65	88/62	88/66	94/58
Frequência cardíaca (bpm)	108	105	86	109	88	87
Temperatura timpânica (°C)	37,3	35,8	35,8	35,9	36,5	36,8
Saturação periférica (%)	94-96 O ₂ 1l/min	95-96 O ₂ 1l/min	95-96 sem O ₂	95-96 sem O ₂	95-96 sem O ₂	95-96 sem O ₂
Cansaço (Escala Modificada de Borg)	0 repouso 1 ao esforço				0 repouso 2 ao esforço	0 repouso 3 ao esforço
Dor (Escala Visual analógica)	Sem dor	Sem dor	Sem dor	Sem dor	Leve a moderada, à mobilização	Leve a moderada, à mobilização
Glicémia capilar (jejum; mg/dl)	165	154	116	103	162	161

(Informação retirada dos registos de Enfermagem e Junto do Utente)

Imagiologia do tórax

- Tomografia axial computadorizada do tórax (resumo de exame realizado dia 09/02/2021): Verifica-se, bilateralmente, a presença de opacidades pulmonares em vidro despolido, multilobares, espessamento septal associado e algumas áreas com tendência consolidativa, em relação a infeção SARS-CoV-2 conhecida, com sinais sugestivos de pneumonia organizativa. Coexiste consolidação com broncograma aéreo no lobo inferior direito, com agravamento face ao último exame (possível sobreinfeção bacteriana a coexistir com componente atelectásico?). Verifica-se ligeiro

derrame pleural bilateral. Observa-se significativa cardiomegalia, mas ausência de derrame pericárdico. Presença de dilatação da artéria pulmonar, sugerindo hipertensão pulmonar. Observam-se alguns gânglios mediastínicos proeminentes, com foco de calcificação. Ginecomastia bilateral. Mantém-se significativa quantidade de líquido livre intraperitoneal nos recessos superiores do abdômen abrangidos.

(Informação retirada do Processo Clínico)

- Radiografia do tórax:



(Radiografia do tórax de dia 09/02/2021)

Radiografia do tórax realizada em decúbito dorsal. Orientação direita/esquerda e incidência ântero-posterior. Ligeiramente rodada, pouco inspirada e pouco penetrada. Aparentemente, sem alterações das estruturas ósseas. Silhueta cardíaca pouco definida. Verificam-se opacidades pulmonares dispersas (infecção a SARS-CoV-2), em ambos os campos pulmonares e imagem de hipotransparência homogênea (sobreinfecção bacteriana), com maior expressão nas bases, bilateralmente. Observa-se, apagamento dos seios costofrênicos (derrame pleural, bilateral) e cardiofrênico, com apagamento das hemicúpulas diafragmáticas, bilateralmente. Documenta-se, ainda, opacidades, não naturais, correspondentes ao dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-P), implantado na região torácica superior esquerda, respetivos eletrodos e arames de cirurgia cardíaca, na região do esterno.



(Radiografia do tórax de dia 25/02/2021)

Radiografia do tórax realizada em posição sentada (câmara de ar na parte inferior esquerda da radiografia, correspondente ao estômago). Orientação direita/esquerda e incidência ântero-posterior. Centrada, melhor inspirada e pouco penetrada. Aparentemente sem alterações das estruturas ósseas. Observa-se horizontalização dos arcos costais. Silhueta cardíaca de dimensões aumentadas (cardiomegalia significativa). Verificam-se opacidades pulmonares (infecção a SARS-CoV-2) dispersas, em ambos os campos pulmonares, mas melhoradas. Imagem de hipotransparência homogênea, na base à direita (sobreinfecção bacteriana e/ou sobreposição abdominal?). Seios costofrênicos e cardiofrênico mais visíveis que na imagem anterior, ainda que se verifique um ligeiro apagamento dos mesmos (sem derrame pleural, bilateral). Hemicúpulas diafragmáticas não definidas, bilateralmente (sobreposição do abdômen?). Documenta-se, ainda, opacidades, não naturais, correspondentes ao dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-P), implantado na região torácica superior esquerda, respetivos elétrodos e arames de cirurgia cardíaca, na região do esterno.

Análises laboratoriais

<u>Data</u> <u>Parâmetro</u>	19/02	25/02	03/03
Hematologia			
Hemoglobina	10,2 g/dl	10 g/dl	9,5 g/dl
Hematócrito	29,8%	29,4%	28%

Leucócitos	9,50 x 10 ⁹ /L	7,10 x 10 ⁹ /L	7,80 x 10 ⁹ /L
Plaquetas	148 x 10 ⁹ /L	206 x 10 ⁹ /L	152 x 10 ⁹ /L
INR	---	1,18	---
Bioquímica			
Glicose	---	129 mg/dl	---
Ureia	231 mg/dl	238 mg/dl	204 mg/dl
Creatinina	1,73 mg/dl	1,77 mg/dl	2,08 mg/dl
Taxa filtração glomerular	35 ml/min/1,73	34 ml/min/1,73	28 ml/min/1,73
Sódio	128 mmol/L	136 mmol/L	138mmol/L
Potássio	3,4 mmol/L	4,4 mmol/L	4,6mmol/L
Ácido úrico	12,4 mg/dl	14,8 mg/dl	13,8 mg/dl
LDH	---	296 U/L	285 U/L
CK	---	21 U/L	---
Troponina T	---	400 ng/L	---
NT-proBNP	---	68905 pg/ml	65610 pg/ml
Proteína C Reativa	2,26 mg/dl	1,50 mg/dl	2,40 mg/dl

(Informação retirada do Processo Clínico)

2.2 Avaliação dos requisitos do autocuidado (segundo a Teoria Dorothea Orem) (avaliação realizada dia 15/02/2021)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado Atual	Défi ce no AC/Sistema de Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	✓ Perfil tensional hipotensivo, mas estável e sem sintomatologia associada: TA 96/62 mmHg; ✓ Perfil cardíaco ligeiramente taquicárdico, por períodos, mas estável e sem sintomatologia associada (portador de terapia de ressincronização cardíaca – CRT-P): FC: 108bpm, pulso regular e rítmico; ✓ Respiração: Eupneia em repouso. Padrão respiratório toracoabdominal, simétrico, regular, profundo e sem utilização da musculatura acessória. Curtos períodos de pieira e farfalheira, audíveis. Saturações periféricas na ordem dos 95/96%, com oxigenoterapia a 1l/min, por óculos nasais. Nega cansaço em repouso (nível 0, Escala Modificada de <i>Borg</i>), mas refere cansaço ligeiro a moderado durante a realização das atividades inerentes ao AC, ao longo do dia, e durante a realização do programa de reabilitação (nível 2 a 3, Escala Modificada de <i>Borg</i>), quando questionado, o qual reverte rapidamente em repouso. Ao longo do internamento manteve padrão respiratório sobreponível e realizou desmame de oxigenoterapia, mas apresentou cansaço mais evidente a pequenos/médios esforços (nível 3 a 4, Escala Modificada de <i>Borg</i>), durante a prestação de cuidados gerais e a realização do programa de reabilitação, necessitando de um período de tempo maior para recuperação; refere, ainda, cansaço ligeiro em repouso, por períodos (nível 2, segundo a Escala Modificada de <i>Borg</i>); ✓ Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases e com presença de fervores, mais acentuados nas porções pulmonares médias e superiores, bilateralmente,	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório

	sobretudo no hemitórax à direita (avaliação realizada a 15/02/2021); auscultação pulmonar, maioritariamente, sobreponível, ao longo do internamento; ✓ Tosse produtiva, eficaz, só por alguns períodos, não sendo sempre capaz de mobilizar as secreções; quando mobilizadas, as secreções eram expelidas e, maioritariamente, deglutidas. Secreções purulentas, espessas, em moderada/grande quantidade. Ao longo do internamento manteve tosse produtiva, mas cada vez menos eficaz, deixando de ser, progressivamente, capaz de mobilizar as secreções, tendo sido necessário recorrer à aspiração das mesmas, por períodos; as secreções mantiveram-se, sempre, purulentas, muito espessas e em moderada/grande quantidade, ao longo do internamento (positivas para MRSA, no dia 27/02/2021; inicia antibioterapia dirigida); ✓ Limpeza das vias aéreas, progressivamente, mais comprometida, ao longo do internamento;	
Manutenção de ingestão suficiente de água	✓ Sem alterações da funcionalidade da deglutição para alimentos de consistência líquida. Ao longo do internamento foi apresentando alguns acessos de tosse à ingestão de líquidos, esporádicos (períodos de sonolência mais evidentes e acessos de tosse com expetoração, menos eficazes); ✓ Necessita de ajuda para preparar os líquidos a ingerir; ✓ Hidratado, por mão própria, por via oral. Ao longo do internamento foi perdendo esta capacidade, por se apresentar cada vez mais sonolento e asteniado; ✓ Restrição hídrica – IC crónica avançada (classe III, segundo a NYHA) (máximo 1500ml/dia);	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	✓ Sem alterações da funcionalidade da deglutição para alimentos de consistência sólida, mole e pastosa;	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório

	✓ Apresenta alterações no processo de mastigação para dieta sólida/mole, por ausência total de peças dentárias (possui prótese dentária, superior e inferior, mas é incapaz de utilizá-la por se encontrar emagrecido); ✓ Capaz de se alimentar de dieta pastosa, sem dificuldade e sem presença de alterações da funcionalidade da deglutição para alimentos desta consistência; ✓ Alimentado, por mão própria, por via oral, com colher. Ao longo do internamento foi perdendo esta capacidade, por se apresentar cada vez mais sonolento e asteniado; ✓ Apresenta alguma diminuição do apetite, mas mantém ingestão de alimentos em quantidade suficiente, ingerindo a totalidade das refeições fornecidas pelo serviço. Ao longo do internamento foi apresentando uma maior diminuição do apetite, não completando a totalidade das refeições; ✓ Dependente de ajuda de terceiros para a preparação das refeições; ✓ Faz suplementação proteica;	
Provisão de cuidados associados com processo de eliminação	✓ Inicialmente com sonda vesical, a qual foi retirada dia 16/02/2021; ✓ Mantém controlo vesical, sendo capaz de pedir o urinol para urinar. Apresenta, no entanto, episódios de incontinência urinária, sobretudo no período noturno. Ao longo do internamento foi perdendo esta capacidade, tendo sido utilizado dispositivo urinário externo; ✓ Não mantém controlo de esfíncteres a nível intestinal; ✓ Micção e trânsito intestinal mantidos, sem alterações; ✓ Micção com saída de urina clara, apresentando bom débito urinário diário; ✓ Trânsito intestinal regular, de frequência diária, ou em dias alternados (com medicação instituída – Bisacodil 5mg, PO, 1x/dia); ✓ Utiliza dispositivo de proteção descartável (fralda);	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório

	✓ Dependente na realização dos cuidados associados ao processo de eliminação (cuidados de higiene, vestir/despir);	
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	✓ Mobilidade mantida ao nível dos diferentes segmentos da cabeça e pescoço, tronco e dos membros superiores (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos da mão) e membros inferiores (coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos do pé); ✓ Apresenta, no entanto, diminuição da força ao nível dos diferentes segmentos do tronco e membros superiores e inferiores (força 3/5, segundo a MRCMS – Apêndice I); ✓ Capaz de realizar mobilizações ativas, ativas assistidas, e com resistência mínima ao nível dos diferentes segmentos corporais; ✓ Diferentes segmentos corporais facilmente mobilizados, durante a sessão de reabilitação, exceto a articulação escapulo-umeral à direita; ✓ Apresenta rigidez da articulação escapulo-umeral à direita, não sendo capaz de realizar, de forma completa, qualquer movimento com esta articulação (abdução e flexão máxima de 90°); ✓ Não apresenta rigidez articular nas restantes articulações; ✓ Dependente na realização da maioria das atividades que compõe o AC, nomeadamente cuidados de higiene e vestir/despir; ✓ Atividades de AC realizadas com ajuda de terceiros; ✓ Incapaz de realizar marcha (0, segundo a avaliação das categorias funcionais da marcha – Apêndice II); ✓ Incapaz de realizar levante e transferências, autonomamente, fazendo-o com ajuda de terceiros; ✓ Faz levante diário para cadeirão com ajuda, bilateral, de terceiros, onde permanece alguns períodos do dia;	Défi ce no AC Sistema Parcialmente Compensatório

	✓ Alterna períodos de vigília e sonolência, durante o dia, mantendo-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. Apresenta alguns períodos de inquietude, durante o período noturno, mas refere descansar bem durante a noite. Apresenta sono mantido e sem alterações, descansando por longos períodos (sem necessidade de fazer medicação instituída em SOS);	
Manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social	✓ Orientado auto e alopsiquicamente. Com alguma dificuldade de orientação a nível temporal. ✓ Mantidas as capacidades de atenção e compreensão; ✓ Sem alterações na comunicação, apresentando discurso orientado, fluente e coerente; ✓ Permanece alguns períodos do dia sentado em cadeirão, no quarto, a ver televisão; ✓ Sem dificuldade na interação com o meio envolvente;	Sem défice no AC
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	✓ Orientado em relação a si e ao meio que o rodeia, mas com dificuldade de orientação temporal. Sem alterações cognitivas, nem na capacidade de atenção e compreensão; ✓ Mobilidade mantida ao nível dos segmentos da cabeça e pescoço, tronco e membros superiores e inferiores; ✓ Apresenta diminuição da força ao nível dos diferentes segmentos corporais (força 3/5, segundo a MRCMS – Apêndice I); capaz de realizar mobilizações ativas, ativas assistidas e com resistência mínima; ✓ Sem alterações da sensibilidade (superficial e profunda) nos diferentes segmentos corporais; ✓ Pela diminuição da força muscular generalizada tem dificuldade em mobilizar-se e em alternar a pressão nos diferentes segmentos corporais, autonomamente, e de manter-se confortável nas posições de decúbito e sentado; ✓ Apresenta alto risco de úlcera de pressão (16 na Escala de <i>Braden</i> – Apêndice III); ✓ Incapaz de realizar marcha (0, segundo a avaliação das categorias funcionais da marcha – Apêndice II);	Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório

	✓ Incapaz de realizar levantar e transferências, autonomamente; ✓ Faz levantar diário para cadeirão com ajuda, bilateral, de terceiros, onde permanece alguns períodos do dia; ✓ Equilíbrio estático, em posição de sentado, mantido; ausência de equilíbrio dinâmico sentado e estático em posição ortostática; ✓ Apresenta alto risco de queda (60 na Escala de <i>Morse</i> – Apêndice IV);	
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	✓ Orientado em relação si e ao meio que o rodeia. Não apresenta alterações cognitivas, nem na capacidade de atenção e compreensão; ✓ Sem alterações na comunicação, apresentando discurso fluente e coerente; ✓ Tem consciência das suas limitações; ✓ Não mantém contacto regular, com os seus familiares, dado o contexto pandémico atual; ✓ Recebeu visitas esporádicas dos familiares e, também, comunicou com estes através de chamadas telefónicas e, também, de vídeo chamada; ✓ Mantém uma boa relação com os seus familiares (filho, nora, netos e bisnetos) e com os profissionais de saúde do serviço, onde se encontra internado;	Sem défice no AC

Requisitos de AC de Desvio de Saúde	Padrão de Autocuidado Atual	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Procura garantir a assistência médica necessária	✓ Incapaz de procurar, autonomamente, os cuidados de saúde e a assistência médica, ou outras necessárias; ✓ Filho e netos responsáveis pela procura de assistência médica necessária; ✓ Mantém assistência médica em dia, recorrendo às consultas e exames, conforme as marcações;	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório

	✓ Tem acompanhamento médico e de enfermagem, regular, pela Unidade de Cuidados Paliativos de IC avançada, quando não se encontra internado;	
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	✓ Sem alterações cognitivas, de orientação, atenção, memória, compreensão e concentração; ✓ Compreende e associa os efeitos como inerentes ao seu estado patológico;	Sem déficit no AC
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	✓ Capaz de realizar e colaborar, com alguma ajuda, em todo o programa de reabilitação; ✓ Cumpre ordens simples e complexas, quando solicitada; ✓ Mostra-se muito disponível e colaborante para realizar todo o programa de reabilitação; ✓ Motivado no seu processo de recuperação funcional;	Sem déficit no AC
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	✓ Capaz de realizar pequenas ações que promovam o conforto em alguns segmentos corporais, de forma autónoma; necessita de ajuda para alternar posicionamentos, fazer levantar e realizar transferências, de forma confortável e segura; ✓ Tolerar a sessão de reabilitação, mantendo-se confortável à realização das intervenções, sem presença de qualquer desconforto, ou queixa algica; ✓ Quando sente dor ou desconforto é capaz de se manifestar oralmente; ✓ Diferentes segmentos corporais facilmente mobilizados, durante a sessão de reabilitação, exceto a articulação escapulo-umeral à direita; ✓ Apresenta, no entanto, rigidez da articulação escapulo-umeral à direita, não sendo capaz de realizar, de forma completa, qualquer movimento com esta articulação (abdução e flexão máxima de 90°);	Sem déficit no AC

	✓ Não apresenta rigidez articular nas restantes articulações;	
Modificar o autoconceito e aceitar o seu estado de saúde e a necessidade de novas formas de cuidados	✓ Encontra-se sereno, calmo e bem-disposto. Quando questionado afirma sentir-se bem; ✓ Reconhece a necessidade dos cuidados prestados, quer no âmbito da satisfação das atividades inerentes ao AC, quer no âmbito do programa de reabilitação; ✓ Muito disponível e colaborante na realização do programa de reabilitação e recetivo aos ensinamentos efetuados; ✓ Compreende e aceita as limitações/dificuldades apresentadas como inerentes ao seu estado patológico; ✓ Motivado no processo de reconstrução de autonomia;	Sem défice no AC
Aprender a viver com efeitos da sua condição de saúde	✓ Boa adaptação às limitações apresentadas; ✓ Aprendeu a viver com as suas limitações/dificuldades;	Sem défice no AC

Requisitos de AC de desenvolvimento	Padrão de Autocuidado Atual	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Adaptação ao processo de doença crónica (IC avançada)	✓ Apresenta IC crónica severa, classe III, de acordo com a classificação da NYHA; ✓ Atualmente apresenta um grau de dependência grave (pontuação 10/100, segundo o Índice de <i>Barthel</i> , IB, – Apêndice V); ✓ Depende na realização e satisfação das atividades inerentes ao AC, necessitando da ajuda de terceiros;	Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Permeabilidade das vias aéreas comprometida, relacionada com tosse pouco eficaz e presença de secreções espessas, manifestado por auscultação pulmonar com presença de ruídos adventícios respiratórios (fervores) e períodos de farfalheira audível	- Promover a limpeza das vias aéreas; - Melhorar a permeabilidade das vias aéreas;	- Avaliar radiografia do tórax; - Auscultar o tórax, antes e depois da sessão de reabilitação funcional respiratória (RFR); - Avaliar perceção subjetiva da dispneia ao esforço, antes e depois da sessão de RFR, através da Escala Modificada de <i>Borg</i>; - Ensinar e aplicar técnicas de RFR: - Técnica de descanso e relaxamento; - Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios: inspiração pelo nariz e expiração pela boca, com os lábios semicerrados;	Foram realizadas sessões de RFR nos dias 15/02/2021, de 17/02 a 19/02/2021, de 22/02 a 26/02/2021 e de 01/03/2021 a 03/03/2021 <u>15/02/2021</u> ✓ Observada radiografia do tórax (dia 09/02/2021) descrita, anteriormente, na avaliação do exame físico e estado geral; ✓ Auscultação do tórax: murmúrio vesicular diminuído nas bases, com presença de fervores, mais acentuados nas porções médias e superiores, bilateralmente, sobretudo à direita; ✓ Tosse produtiva, nem sempre eficaz, expele ou deglute, por períodos, mas maioritariamente não é capaz de mobilizar as secreções;

		○ Reeducação diafragmática, com resistência manual; ○ Reeducação diafragmática, com flexão e extensão, da articulação coxofemoral (deitado no leito); ○ Exercícios de expansão torácica (abertura costal), com recurso à mobilização dos membros superiores (abdução/adução e extensão/flexão), seletiva e global (na cama, ou no cadeirão); ○ Reeducação costal seletiva (porção ântero-superior e ântero-inferior, em posição de semi-fowler/sentado; porção ântero-superior, ântero-inferior, em decúbito semi-dorsal; porção lateral, com e sem abertura costal, do	✓ Nega cansaço em repouso (nível 0, Escala Modificada de <i>Borg</i>). Sob oxigenoterapia a 1l/m por óculos nasais, com saturações periféricas na ordem dos 94/95%; ✓ Realizados exercícios de relaxamento, respiração e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, com resistência manual e mobilização das articulações coxofemorais, exercícios de expansão torácica, seletiva e global, com mobilização dos membros superiores, técnica de drenagem postural modificada, com reeducação costal seletiva e aplicada técnica da tosse assistida; ✓ Realizada uma série de 5 a 8 repetições, de cada exercício; ✓ Foi capaz de tossir, eficazmente, algumas vezes, deglutindo as secreções, mas por manter farfalheira audível foi necessário proceder-se à aspiração das secreções.
--	--	--	---

		hemitórax direito/esquerdo, em decúbito lateral); ○ Drenagem postural modificada, em combinação com as técnicas, anteriormente, mencionadas; ○ Técnica da tosse assistida; ○ Aspirar secreções, quando necessário; ○ Incentivar ao reforço hídrico, tendo em conta a restrição hídrica necessária;	Saída de secreções purulentas, espessas e em grande quantidade; ✓ Utente sempre muito disponível e colaborante durante toda a sessão, sendo capaz de executar corretamente todos os exercícios e com tolerância; ✓ Refere ficar com cansaço ligeiro/moderado, no fim da sessão de RFR (nível 2 ou 3, Escala Modificada de <i>Borg</i>). Mantém boas saturações periféricas, na ordem dos 95/96%, com O₂ a 1l/min, por óculos nasais, sem sinais de dificuldade respiratória. O cansaço reverte, rapidamente, em repouso, permanecendo eupneico; <u>17/02/2021 a 19/02/2021</u> ✓ Auscultação do tórax sobreponível à de dia 15/02/2021; ✓ Mantida sessão de RFR descrita, anteriormente; ✓ Mantém acessos de tosse produtiva, tosse mais eficaz, sendo capaz de mobilizar e deglutir as secreções. Não foi
--	--	--	---

			necessário recorrer à aspiração de secreções; ✓ Cansaço em repouso e no fim da sessão sobreponível a dia 15/02/2021. Mantém oxigenoterapia a 1l/m por óculos nasais, com saturações periféricas na ordem dos 95/96%. Fica eupneico em repouso; <u>22/02/2021 a 26/02/2021</u> ✓ <u>25/02/2021</u> observada nova radiografia do tórax, descrita anteriormente, na avaliação do exame físico e estado geral; ✓ <u>25 e 26/02/2021</u> auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases, presença de roncos nas porções médias e superiores, bilateralmente, mais acentuados à direita, e presença de sibilos na base à direita; restantes dias com auscultação do tórax sobreponível à de dia 15/02/2021; ✓ Verificação de existência de medicação broncodilatadora, prescrita em esquema, a administrar no horário da manhã e confirmado, junto do enfermeiro
--	--	--	---

			responsável pelo utente, a já administração, ou não desta medicação; realizada administração de inaloterapia broncodilatadora; ✓ Mantida sessão de RFR descrita, anteriormente; ✓ Realizados períodos maiores de descanso, entre os exercícios, por se apresentar mais sonolento e asteniado. No entanto, mantém-se disponível e colaborante à realização da sessão, dentro das suas possibilidades; ✓ Mantém acessos de tosse produtiva, mas menos eficazes, que anteriormente, apresentando dificuldade em mobilizar as secreções. Deglute as secreções esporadicamente. Aspiradas secreções (purulentas, muito espessas, em pequena/moderada quantidade), por períodos, por presença de farfalheira audível; ✓ Cansaço no fim da sessão de reabilitação sobreponível a dia 15/02/2021, apesar de
--	--	--	---

			mais sonolento e asteniado. Nega cansaço em repouso; ✓ Fica sem oxigenoterapia, a partir de dia <u>24/02/2021</u>, no período diurno. Saturações periféricas sempre estáveis na ordem dos 95/96%, em ar ambiente. Eupneia em repouso; ✓ <u>27/02/2021</u> secreções traqueobrônquicas positivas para MRSA. Inicia antibioterapia dirigida; <u>01/03/2021 a 03/03/2021</u> ✓ <u>01/03/2021</u> auscultação do tórax com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax à esquerda e na base do hemitórax à direita. Sem presença de ruídos adventícios; ✓ Restantes dias com auscultação pulmonar sobreponível a dia 15/02/2021; ✓ Utente mais adinâmico e mais sonolento, com períodos de gemidos, esporádicos. Apresenta queixas álgicas e fácies desconfortável à palpação abdominal e às mobilizações, por períodos;
--	--	--	--

			✓ Alterna períodos em que nega cansaço em repouso (nível 0, Escala Modificada de <i>Borg</i>), com períodos em que refere cansaço ligeiro em repouso (nível 2, Escala Modificada de <i>Borg</i>); ✓ Apresenta tosse produtiva, não eficaz, não sendo capaz de mobilizar as secreções; ✓ Mantém saturações periféricas na ordem dos 94/95%, em ar ambiente; ✓ Sessão de RFR mais simples: realizados exercícios de relaxamento, respiração e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de expansão torácica, seletiva e global, com mobilização dos membros superiores, reeducação costal e aplicada técnica da tosse assistida; ✓ Sessão de RFR com menos repetições: uma série com 3 a 5 repetições de cada exercício; ✓ Apresenta-se menos colaborante à realização dos exercícios;
--	--	--	---

			✓ Apresenta dificuldade em mobilizar as secreções, tendo sido necessário proceder-se à aspiração das mesmas. Secreções purulentas, muito espessas e em pequena quantidade; ✓ Apresenta maior cansaço no fim da sessão (nível 3 ou 4, na Escala Modificada de <i>Borg</i>); ✓ <u>03/03/2021</u> reinicia oxigenoterapia a 1l/min, por óculos nasais, sobretudo no período noturno. ✓ Mantém eupneia em repouso;
Mobilidade física comprometida, relaciona com diminuição da força muscular generalizada, manifestada por incapacidade para realizar as atividades inerentes ao AC (dependência grave)	• Manter a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos; • Prevenir/contrariar posições viciosas; • Prevenir complicações músculo-esqueléticas (rigidez articular, pé equino, etc.);	• Avaliar a força muscular, ao nível dos diferentes segmentos musculares, através da MRCMS; • Realizar mobilizações ativas, ativas assistidas e com resistência mínima ao nível dos diferentes segmentos corporais, de acordo com a tolerância (amplitude articular e dor); • Realizar exercícios de fortalecimento muscular no leito	<u>15/02/2021 a 19/02/2021</u> ✓ Avaliada força muscular, periodicamente, ao nível de todos os segmentos corporais. Manteve sempre força 3/5; ✓ Mantém rigidez da articulação escapulo-umeral à direita, não sendo capaz de completar, autonomamente, ou mesmo com ajuda de terceiros, qualquer movimento completo com esta articulação. Só é capaz de executar movimentos, com esta articulação, até

	• Manter a força muscular ao nível dos diferentes segmentos corporais;	(ex: rolamento e exercício da ponte, etc.); · Realizar levante, conforme tolerância; · Realizar exercícios de fortalecimento muscular no cadeirão (ex: elevações para posição ortostática com apoio de andarilho, etc.);	90° de amplitude máxima (na extensão e na abdução). Não se verificou, ao longo do internamento, qualquer melhoria ou retrocesso desta situação; ✓ Foram realizados exercícios de mobilização ativa, ativa assistida e com resistência mínima, dos diferentes segmentos corporais, dos membros superiores e inferiores, tanto no leito como no cadeirão; ✓ Mobilizações realizadas com tolerância e sem qualquer queixa algica; ✓ Foram realizados exercícios, de fortalecimento muscular no leito, nomeadamente exercícios de rolamento e ponte, os quais o utente executa corretamente e com algum auxílio; ✓ Foi realizado levante para cadeirão, diariamente, com tolerância. Diminuição da carga nos membros inferiores, não sendo capaz de realizar levante e permanecer em posição ortostática,
--	--	--	---

			autonomamente. Necessita de apoio bilateral; ✓ Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, no cadeirão (elevações com apoio do andarilho). Verificou-se alguma dificuldade à realização deste exercício, necessitando de apoio bilateral para realizar o levante e para permanecer em posição ortostática. Foi incapaz de permanecer em posição ortostática, autonomamente, só com apoio no andarilho, demonstrando diminuição da força muscular nos membros inferiores e desequilíbrio fácil, associado, em posição ortostática estática; ✓ Utente apresentou-se sempre muito disponível e colaborante ao longo de todos os exercícios, mostrando-se sempre motivado no processo de reabilitação; <u>22/02/2021 a 26/02/2021</u>
--	--	--	--

			✓ Manteve força 3/5, em todos os segmentos corporais; ✓ Utente foi alternando períodos em que se encontrava mais sonolento, asteniado e com períodos de maior cansaço; ✓ Foram realizados exercícios de mobilização dos membros superiores e inferiores, quer no cadeirão, quer no leito, quando mais vígil, colaborante e menos cansado; ✓ Foi realizado levante para cadeirão, em alguns dias, verificando-se, no entanto, menor capacidade de colaboração à realização do mesmo;
AC vestir/despir, cuidados de higiene, alimentação/hidratação e eliminação, comprometidos, relacionado com diminuição da força muscular, manifestado por incapacidade de realizar a	• Estimular a realização de atividades simples, inerentes ao AC, tendo em conta as suas capacidades/limitações;	· Avaliar o grau de dependência, através do Índice de <i>Barthel</i>, periodicamente; · Incentivar à realização de atividades simples inerentes ao AC cuidados de higiene (lavar o rosto, mãos e membros superiores e executar	<u>15/02/2021 a 26/02/2021</u> ✓ Avaliado grau de dependência (10/100); mantém grau de dependência elevado, sobreponível à avaliação inicial; ✓ Estimulado a realizar atividades simples inerentes ao AC, como: lavar o rosto e os membros superiores, realizar exercícios de rolamento no leito e exercício da ponte para ajudar a vestir a parte inferior do

maioria das atividades inerentes ao AC		movimentos de rolamento no leito); · Incentivar à realização de atividades simples inerentes ao AC vestir/despir (ajudar a vestir parte superior do corpo, executar exercício da ponte para ajudar a vestir a parte inferior do corpo); · Incentivar a alimentar-se/hidratar-se, autonomamente, por mão própria; · Incentivar a chamar os profissionais de saúde, sempre que necessite de utilizar o urinol; · Dar oportunidade, ao longo do dia, para participar em todas as atividades (ainda que simples), que seja capaz de realizar, tendo em conta as suas capacidades/limitações; · Articular com os restantes profissionais de saúde (enfermeiros de cuidados gerais	corpo, ajudar a vestir a parte superior do corpo, alimentar-se/hidratar-se, por mão própria, e solicitar o urinol para urinar; ✓ Mostra-se muito disponível e colaborante para participar e realizar as atividades solicitadas, executando-as corretamente (dentro das suas capacidades/limitações), embora com alguma dificuldade; <u>01/03/2021 a 03/03/2021</u> ✓ Avaliado grau de dependência (0/100); apresenta-se totalmente dependente, manifestando degradação do estado geral, sendo incapaz de participar nas atividades inerentes ao AC; ✓ Incapaz de participar nos cuidados de higiene e no vestir/despir; ✓ Incapaz de se alimentar/hidratar, por mão própria; ✓ Incapaz de solicitar o urinol, quando necessário;
---	--	---	--

		e assistentes operacionais), no sentido de dar continuidade os cuidados em cima descritos;	
Risco de integridade cutânea comprometido, relacionado com compromisso da mobilidade	• Prevenir alterações da integridade cutânea;	· Avaliar, periodicamente, risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, através da utilização da Escala de <i>Braden</i>; · Vigiar integridade cutânea; · Manter hidratação e nutrição adequadas; · Manter cuidados adequados à pele (cuidados de higiene e hidratação); · Realizar alternância de decúbitos no leito, de acordo com a tolerância; · Realizar levante, conforme tolerância; · Realizar mobilizações, quer no leito, quer no cadeirão, conforme tolerância; · Utilizar dispositivos de prevenção de úlcera por pressão;	<u>15/02/2021 a 26/02/2021</u> ✓ Avaliado risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, periodicamente. Manteve, sempre, alto risco, apresentando um score sobreponível à avaliação inicial: 16; ✓ Integridade cutânea mantida. Sem desenvolvimento de úlceras por pressão; ✓ Utilizado colchão anti escaras no leito e almofada viscoelástica no cadeirão; ✓ Mantida hidratação e nutrição adequadas. Cumpre suplementação proteica; ✓ Cuidados à pele mantidos, nomeadamente, aplicação de creme hidratante diário, pelo menos 1x/dia, ou conforme necessidade; ✓ Realizada alternância de decúbitos e levante, conforme tolerância do utente;

		· Articular com restantes profissionais de saúde (enfermeiros de cuidados gerais e assistentes operacionais), no sentido de dar continuidade os cuidados em cima descritos;	✓ Nem sempre cumpre, corretamente, todos os decúbitos (nomeadamente os semi-dorsais), tendo preferência pelo decúbito dorsal. Reforçada importância, junto do utente, da alternância de decúbitos e dos riscos de se manter, por longos períodos, em decúbito dorsal; <u>01/03/2021 a 03/03/2021</u> ✓ Avaliado risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Manteve alto risco, apresentando, no entanto, um score mais baixo: 11 (maior risco); ✓ Integridade cutânea mantida; ✓ Utente mais adinâmico e sonolento, apesar de facilmente despertável; ✓ Hidratação e nutrição pobres; ✓ Realizada alternância de decúbitos, conforme tolerância do utente; ✓ Não realiza levante, por adinamia e sonolência mais marcadas;
--	--	---	--

APÊNDICES

Apêndice I

Avaliação da Força Muscular
(*Medical Research Council Muscle Scale*)

MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE			
Segmentos	Movimentos	Avaliação	
<u>Cabeça e Pescoço</u>	Flexão/Extensão	3/5	
	Flexão lateral	3/5	
	Rotação lateral	3/5	
Membros Superiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Escapulo-umeral</u>	Elevação/Depressão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5
	Rotação interna/externa	3/5	3/5
<u>Cotovelo</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
<u>Antebraço</u>	Supinação/Pronação	3/5	3/5
<u>Punho</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Desvio radial/cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
<u>Dedos da mão</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
	Oponência do polegar	3/5	3/5
Membros Inferiores		Lado Direito	Lado Esquerdo
<u>Coxofemoral</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5
	Rotação interna/externa	3/5	3/5
<u>Joelho</u>	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
<u>Tibiotársica</u>	Flexão plantar/dorsal	3/5	3/5
	Inversão/Eversão	3/5	3/5
<u>Dedos do pé</u>	Flexão/Extensão	3/5	3/5
	Adução/Abdução	3/5	3/5

Pontuação <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
5/5	Força normal contra gravidade e resistência
4/5	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
3/5	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
2/5	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
1/5	Contração palpável e/ou visível, mas sem movimento do membro
0/5	Sem contração muscular palpável ou visível

Apêndice II
Avaliação da Marcha
(Categorias Funcionais da Marcha)

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA	
0 - Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas	
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	
3 - Deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita	
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência	

Apêndice III

Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

(Escala de *Braden*)

ESCALA DE <i>BRADEN</i>		
<u>Percepção sensorial</u>	1. Completamente limitada	
	2. Muito limitada	
	3. Ligeiramente limitada	
	4. Nenhuma limitação	X
<u>Humidade</u>	1. Pele constantemente húmida	
	2 Muito húmida	
	3. Pele ocasionalmente húmida	X
	4. Pele raramente húmida	
<u>Atividade</u>	1. Acamado	
	2. Sentado	X
	3. Anda ocasionalmente	
	4. Anda frequentemente	
<u>Mobilidade</u>	1. Completamente imobilizado	
	2. Muito limitada	X
	3. Ligeiramente limitado	
	4. Nenhuma limitação	
<u>Nutrição</u>	1. Muito pobre	
	2. Provavelmente inadequada	
	3. Adequada	X
	4. Excelente	
<u>Fricção e forças de deslizamento</u>	1. Problema	
	2. Problema potencial	X
	3. Nenhum problema	
Total		16
Risco		Alto Risco

Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
≤ 16	≥ 17

Apêndice IV
Avaliação do Risco de Queda
(Escala de *Morse*)

ESCALA DE MORSE	
Item	Pontuação
1 – <u>Historial de quedas (neste internamento/ou nos últimos três meses)</u>	
Não	0
Sim	(25)
2 – <u>Diagnóstico(s) secundário(s)</u>	
Não	0
Sim	(15)
3 – <u>Ajudar para caminhar</u>	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	(0)
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4 – <u>Terapia Intravenosa</u>	
Não	0
Sim	(20)
5 – <u>Postura no andar e na transferência</u>	
Normal/acamado/imóvel	(0)
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6 – <u>Estado mental</u>	
Consciente das suas capacidades	(0)
Esquece-se das suas limitações	15
Total	60
Risco	Alto risco

Baixo risco de queda	Moderado risco de queda	Alto risco de queda
0 e ≤ 24	≥ 25 e ≤ 50	≥ 51

Apêndice V

Avaliação do Grau de Dependência

(Índice de *Barthel*)

ÍNDICE DE <i>BARTHEL</i>		
<u>Alimentação</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda (ex. cortar alimentos)	X
	1) Dependente	
<u>Transferências</u>	15) Independente	
	10) Precisa de alguma ajuda	
	5) Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	X
	0) Dependente, não tem equilíbrio sentado	
<u>Toalete</u>	5) Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Utilização do WC</u>	10) Independente	
	5) Precisa de alguma ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Banho</u>	5) Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
	0) Dependente, necessita de alguma ajuda	X
<u>Mobilidade</u>	15) Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	
	10) Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
	5) Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
	0) Imóvel	X
<u>Subir e descer escadas</u>	10) Independente, com ou sem ajudas técnicas	
	5) Precisa de ajuda	
	0) Dependente	X
<u>Vestir</u>	10) Independente	
	5) Com ajuda	
	0) Impossível	X
<u>Controlo intestinal</u>	10) Controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	
	5) Acidente ocasional	

	0) Incontinente ou precisa do uso de clisteres	X
<u>Controlo vesical</u>	10) Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho	
	5) Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
	0) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho	X
Total		10
Grau de dependência		Dependência Moderada

Totalmente dependente	Dependência grave	Dependência moderada	Dependência ligeira	Independente
0	<55	55-90	>90	100