



## **Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

### **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição**

Rehabilitation Nursing Care for people with swallowing disorders

#### **Anexos e Apêndices**

**Amanda Louise Alves Lana**



**Lisboa  
2024**

## **Apêndices**

## **Apêndice 1**

Estudo de caso realizado em contexto de Cardiologia

## 1. Apresentação do caso

### 1.1. Identificação da pessoa

**Nome:** J. M.

**Idade:** 78 anos;

**Data admissão:** primeiro internamento de 25/08/2023 a 09/10/2023; segundo internamento de 17/10/2023 a 30/10/2023

**Estado civil:** Viúvo

**Situação profissional:** Reformado

### 1.2. História de saúde

O Sr. J recorreu ao Serviço de Urgência dia 25/08 após episódio de síncope, aquando do levantar. Na admissão, referiu também episódios de tonturas com alternância de decúbitos e cansaço a grandes esforços, bem como desconforto torácico inespecífico, sem associação ao esforço. Fica internado no serviço de cardiologia para estudo.

Tem como antecedentes pessoais: Fibrilhação auricular (FA), hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertrofia benigna da próstata. Tem como medicação habitual: rosuvastatina/Ezetimiba (20mg/10mg), dutasterida/tansulosina (0,5mg/0,4mg), rivaroxabano (20mg), amlodipina (5mg), valsartan (160mg), digoxina (0,125mg), vildagliptina (50mg) + metformina (1000mg).

Realizou alguns exames complementares de diagnóstico, sendo os mais relevantes: eletrocardiograma a 25/08, que revelou FA com resposta ventricular lenta (51 batimentos por minuto); ecocardiograma transtorácico a 26/08, que revelou doença fibro-calcificante mitro-aórtica com estenose aórtica moderada a grave; FEVE moderadamente diminuída (31-40%). Para validação do diagnóstico, realizada ecocardiograma com sobrecarga a 31/08, revelando estenose aórtica grave (low-flow, low gradient), FEJ 39% com reserva contrátil, com melhoria da contractilidade segmentar; coronariografia a 05/09/2023, que excluiu doença coronária obstrutiva. Sem alterações analíticas relevantes.

Neste sentido, o Sr. J é proposto para cirurgia de substituição da válvula aórtica (SAVR) noutra hospital de referência, com indicação para regressar ao serviço de cardiologia atual para implantação de CRT-P (*cardiac resynchronization therapy pacemaker*) por disfunção sistólica identificada (FA com resposta ventricular lenta com pausas de 4,5 segundos no início do internamento, e episódios autolimitados de FA com resposta ventricular rápida no final do internamento). Enquanto aguarda pela cirurgia, permaneceu no mesmo serviço.

O Senhor J realizou cirurgia de substituição valvular aórtica a 10/10/2023, tendo regressado ao serviço de Cardiologia a 17/10/2023. O presente estudo de caso descreve o plano de cuidados de reabilitação realizado no pré-operatório e pós-operatório.

Previamente ao internamento, o Sr. J refere que era independente e autónomo no autocuidado e em todas as suas atividades de vida diária. Contudo, refere ter ajuda para realizar algumas atividades, como as compras para a casa, a confeção de refeições e limpeza da casa.

### **1.3. Situação familiar, social e económica**

Relativamente à avaliação familiar, baseada no Modelo de Calgary, a estrutura interna é composta apenas pelo Sr. J, que vive sozinho em casa própria. No que diz respeito à estrutura externa, o Sr. J conta com o apoio do filho, do seu segundo casamento, com quem tem uma relação muito próxima. Contudo, o filho vive no estrangeiro, apesar de se encontrar atualmente em Portugal para tratar de assuntos pessoais e prestar a assistência necessária ao Sr. J. Refere ainda a existência de uma filha, do seu primeiro casamento, com quem tem uma relação distante, e, ultimamente, conflituosa. O Sr. J conta ainda o apoio de duas amigas que dão suporte necessário em casa quando precisa, como por exemplo, realizar as compras necessárias e as limpezas em casa.

O Sr. J. no R/C de um prédio. Refere ter boas condições habitacionais, e, segundo o próprio, sem barreiras arquitetónicas que o impeçam de realizar as suas atividades de vida diária e autocuidado de forma independente.

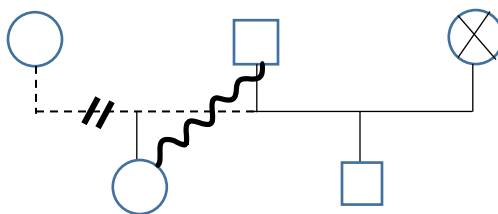


Imagem 1: Genograma dos principais elementos da família do Sr. J

## 2. A ESTENOSE AÓRTICA

A estenose aórtica é o tipo de doença valvular cardíaca mais frequente na Europa e América do Norte. Apresenta-se principalmente como estenose aórtica calcificada em adultos de idade avançada (2–7% da população com mais de 65 anos). A segunda etiologia mais frequente, predominante na faixa etária mais jovem, é congênita. É uma doença crônica e progressiva, pelo que durante um certo período, as pessoas permanecem assintomáticas. A duração da fase assintomática varia de pessoa para pessoa. A morte súbita é uma das causas frequentes de morte em pessoas sintomáticas, contudo, é rara em pessoas assintomáticas (Joint Task Force of European Society of Cardiology et al., 2012).

O ecocardiograma é o principal exame para o diagnóstico de estenose aórtica. Confirma a presença de estenose aórtica, avalia o grau de calcificação valvular, a função do ventrículo esquerdo e a espessura da parede, deteta a presença de outra doença valvular associada ou patologia aórtica e fornece informações prognósticas. Assim que os sintomas ocorrem, o prognóstico da estenose aórtica grave piora, com taxas de sobrevivência de apenas 15-50% em 5 anos (Joint Task Force of European Society of Cardiology et al., 2012).

A substituição da válvula aórtica (*Surgical aortic valve replacement - SAVR*) é o tratamento definitivo para a estenose aórtica grave. A mortalidade da cirurgia de substituição da válvula aórtica isolada para estenose aórtica é de 1–3% em pessoas com menos de 70 anos e de 4–8% em pessoas com 70 ou mais anos. Após a cirurgia, os sintomas e a qualidade de vida no global melhoram significativamente, e a sobrevida a longo prazo pode estar próxima da população geral de mesma idade em pessoas idosas. Os fatores de risco para morte tardia, excluindo complicações cirúrgicas, incluem idade, comorbidades, sintomas

graves, disfunção do ventrículo esquerdo e arritmias ventriculares (Joint Task Force of European Society of Cardiology et al., 2012).

Em pessoas com alto risco de complicações cirúrgicas, no caso da estenose aórtica grave, o implante de válvula aórtica transcater ( *transcatheter aortic valve implantation - TAVI*) demonstrou ser viável usando acesso transfemoral, transapical ou, menos comumente, subclávia ou transaórtica (Joint Task Force of European Society of Cardiology et al., 2012).

### **3. A INTERVENÇÃO DO EEER**

A reabilitação cardíaca tem sido cada vez mais abordada em estudos científicos, que demonstram os seus benefícios na diminuição da morbidade e mortalidade das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. A nível do pré-operatório, os programas de reabilitação respiratória têm tido utilizados, de forma preventiva, em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, tendo como objetivo a redução do risco de complicações da função respiratória. Cada vez mais estudos demonstram a necessidade de reabilitação respiratória pré-operatória enquanto as pessoas aguardam pela cirurgia, pelo que a prevenção de complicações deve ser um foco dos cuidados do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No que concerne às complicações da cirurgia cardíaca, estas podem ser: respiratórias (derrame pleural, atelectasias, parésia diafragmática), anemia, disritmias, alterações da cicatrização da ferida cirúrgica, patologia reumática, cervicalgias, dorsalgias, mediastinite, alterações neurológicas centrais, sépsis e febre de origem desconhecida. A nível da cirurgia de substituição valvular, acrescentam-se como complicações a alteração da sutura parcial ou total da prótese valvular, hemólise, endocardite bacteriana, disritmias (taquicardia sinusal ou FA), derrame pericárdico e embolia. O EEER deve ter igualmente em consideração os fatores de risco que podem interferir na recuperação da pessoa, sendo eles relacionados com a pessoa ou com a cirurgia (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Neste sentido, as informações fornecidas sobre as possíveis complicações, restrições de movimento após a cirurgia e ensino de exercícios respiratórios, também devem ser incluídos no plano de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No que diz respeito à reabilitação cardíaca no pós-operatório, destacam-se os seguintes objetivos relativamente à intervenção do EEER: diminuição da tensão psíquica e muscular, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, prevenção de defeitos ventilatórios, correção de defeitos posturais, reeducação da pessoa ao esforço, minimização do declínio da capacidade funcional e força muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

#### **4. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM – PRÉ-OPERATÓRIO**

O Sr. J. tem diagnóstico de estenose aórtica grave e FA com resposta ventricular lenta, após confirmação com exames complementares de diagnóstico. Encontra-se com telemetria para vigiar alterações no traçado cardíaco devido à fibrilhação auricular que apresenta. Apesar de ter recorrido ao serviço de urgência por síncope, não manifestou nenhum outro sintoma no internamento relativamente à estenose aórtica. Sem angor, tonturas ou síncope. A aguardar intervenção cirúrgica para substituição da válvula aórtica, e com indicação para regressar no pós-operatório para colocação de CRT-P. Como fatores de risco cardiovasculares, apresenta hipertensão arterial, dislipidémia e diabetes mellitus tipo 2. Como comorbilidades associadas, destaca-se a FA previamente diagnosticada. Sem hábitos tabágicos ou etanólicos.

Exame objetivo: Tensão arterial 105/46 (PAM 65), frequência cardíaca 59-63 batimentos por minuto (em FA), eupneico em ar ambiente com saturações periféricas de oxigénio entre 96-98%. Respiração toraco-abdominal, sem assimetrias e regular, frequência respiratória 18 ciclos por minuto. À auscultação, sons brônquicos, broncovesiculares e vesiculares mantidos.

Exame físico: Apresenta bom estado geral, com aspeto cuidado. Altura 176cm, peso 90kg (IMC 29). Sem edemas a nível dos membros inferiores ou faixa abdominal. Sem alterações da integridade cutânea. Mucosas coradas e hidratadas;

Avaliação neurológica: O Sr. J encontra-se vígil, orientado na pessoa, espaço, tempo e situação. Comunicativo, sem alterações da linguagem no que concerne à fluência, nomeação, repetição e compreensão. Cumpre ordens simples e complexas. Sem alterações nas

restantes funções cognitivas (memória, atenção e funções executivas). Avaliação dos pares cranianos, sem alterações.

A nível de força muscular, aplicado instrumento de avaliação *Medical Research Council Scale* para avaliação dos diversos segmentos corporais bilateralmente, nos diversos planos das articulações. Nenhuma limitação de movimento nem alterações relevantes, força grau 5/5 em todos os segmentos do membros superiores e membros inferiores. Ausência de aumento ou diminuição de tónus muscular. A nível da coordenação, sem dismetria. Sensibilidade mantida. Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada, em posição ortostática e durante a marcha. Na avaliação da marcha, e de acordo com a escala *Functional Ambulation Categories (FAC)*, apresenta pontuação 5, que indica marcha independente, incluindo escadas.

Avaliação independência nas AVD: Índice de *Barthel* – 100 pontos – independente;

Avaliação do risco de queda: *Escala de Morse* – 35 pontos – risco de queda moderado;

Relativamente ao processo de transição à luz da Teoria de Transições de Afaf Meleis, o Sr. J está a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença de padrão simples. Está consciente das mudanças que estão a ocorrer no seu estado de saúde. O seu ponto de viragem, ou evento crítico para a consciencialização foi o diagnóstico de estenose aórtica grave e a necessidade de intervenção cirúrgica. Após compreender a necessidade de melhorar a sua condição clínica, embora receoso, encontra-se recetivo e motivado. A nível das condicionantes dificultadoras do processo de transição, realça-se a preparação e conhecimento, uma vez que o Sr. J tem pouco conhecimento no que concerne ao regime terapêutico e gestão da doença e cirurgia cardíaca. Por este motivo, também será um foco dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

O Sr. J encontra-se na fase I de reabilitação cardíaca, que corresponde ao período intra-hospitalar após um evento agudo. Os objetivos do programa de reabilitação intra-hospitalar, prendem-se na otimização do regime farmacológico prescrito, a prevenção de sequelas da imobilização, a melhoria da capacidade funcional, a redução da ansiedade e fornecimento de apoio psicológico, a educação para a saúde no que diz respeito à doença

cardíaca, tratamento e organização de cuidados, o controle dos fatores de risco cardiovasculares, a referência para o programa de reabilitação cardíaca fase II, e a vigilância adicional da pessoa e a sua resposta ao exercício físico (Ordem dos Enfermeiros, 2020). O plano de cuidados de reabilitação elaborado vai ao encontro dos objetivos propostos para a fase I da reabilitação cardíaca.

## 5. PLANO DE CUIDADOS – PRÉ-OPERATÓRIO (CIPE 2.0)

### Foco: Ventilação

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>1. Potencial para melhorar conhecimento [sobre ventilação]</b></p> <p><b>1.1. Potencial para melhorar a capacidade [para otimizar ventilação]</b></p>	<p>Após avaliação e aplicação dos critérios de diagnóstico recomendados no padrão documental dos CEEER, constatou-se que o Sr. J não tem conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório, dispositivo auxiliar de ventilação, técnica respiratória e técnica de posicionamento para otimizar ventilação.</p> <p>Na dimensão de aprendizagem de capacidades, verificou-se ainda que o Sr. J tem capacidade para realizar as atividades acima referidas, pelo que foi elaborado um diagnóstico secundário com ênfase no potencial para melhorar a capacidade ventilatória.</p> <p>O Sr. J tem benefícios em realizar reabilitação respiratória no pré-operatório, pelo que o objetivo é capacitá-lo para a</p>	<p>- <b>Ensinar, instruir e treinar o autocontrole do padrão respiratório:</b></p> <p>- <b>Ensinar, instruir e treinar com o espirómetro de incentivo:</b> ensinar sobre a sua aplicabilidade, objetivo e importância para melhorar a ventilação; instruir sobre a sua realização e treinar (até 6x consoante tolerância ao exercício, com o objetivo de atingir o máximo volume possível); e treinar para otimizar a ventilação.</p> <p>- <b>Ensinar, instruir e treinar técnicas de posicionamento para otimizar ventilação:</b> correção postural e posição de descanso e relaxamento sem dispneia (no leito em decúbito dorsal e lateral) e com dispneia associada (sentado ou em pé com o tronco fletido e apoiado);</p> <p>- <b>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias para otimizar ventilação:</b> realização de dissociação dos tempos respiratórios (5 a 10 repetições); realização de respiração abdominodiafragmática (5 a 10 repetições);</p> <p>- <b>Ensinar e instruir sobre técnicas de limpeza das vias aéreas</b> (treino da tosse assistida e dirigida e expiração forçada – técnica de huffing);</p>	<p><b>27/09</b></p> <p>- Sinais vitais antes do exercício: TA 111/51 (71) mmHg; FC 61-66bpm. Respiração toraco-abdominal, eupneico. Borg modificada 0 antes do exercício. À auscultação, sons brônquicos, bronco vesiculares e vesiculares mantidos;</p> <p>- Realizados ensinamentos sobre importância da realização de exercícios respiratórios. Fornecido folheto informativo do serviço;</p> <p>- Realizados ensinamentos e treino de posições de descanso e relaxamento sem dispneia e com dispneia;</p> <p>- Realizados exercícios de dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, 10 repetições de cada, com tolerância. Borg modificada 0 após realização de exercício. Sinais vitais: TA 114/58 (77) mmHg; FC 64-67bpm. Sem sinais de alarme identificados.</p> <p><b>28/09</b></p> <p>Sinais vitais antes do exercício: 105/49 (68); FC 55-61bpm. Respiração toraco-abdominal, eupneico. Borg modificada 0 antes do exercício. Auscultação sobreponível ao dia anterior.</p> <p>Realizados exercícios de dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições) respiração abdominodiafragmática (10 repetições), tosse dirigida e expiração forçada.</p>

	<p>realização de exercícios respiratórios com o objetivo de melhorar a função respiratória, prevenindo complicações no pós-operatório.</p> <p><b>Resultados esperados:</b>  Conhecimento [sobre ventilação], melhorado  Capacidade [para otimizar ventilação], melhorada</p>	<p><b>-Observar a realização dos exercícios e corrigir se necessário;</b>  <b>- Avaliar a percepção do esforço antes, durante e após o exercício através da escala Borg modificada;</b>  <b>- Monitorizar os sinais vitais antes e após o exercício. Se necessário, avaliar durante o exercício;</b>  <b>- Identificar sinais de alarme para interromper exercício</b> (aumento FC &gt; 30 bpm, aumento PA sistólica &gt; 40mmHg, aumento PA diastólica &gt; 110mmHg, decréscimo PA sistólica &gt; 10mmHg com a realização de exercício, presença de disritmias com ou sem sintomas, BAV 2º ou 3º grau, presença sinais/sintomas de intolerância ao exercício – dor isquêmica, dispneia marcada, alterações ECG sugestivas de isquemia).</p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2015)  (Ordem dos Enfermeiros, 2020)</p>	<p>Realizado espirómetro de incentivo (6 repetições) com tolerância. Borg modificada 2 no final do exercício. Sinais vitais: 110/59 (76) mmHg; FC 63-68. Sem sinais de alarme identificados.</p> <p><b>29/09</b>  Sinais vitais antes do exercício: 116/55 (75) mmHg; FC 55-59bpm. Respiração toraco-abdominal, eupneico. Borg modificada 0 antes do exercício. Auscultação sobreponível aos dias anteriores.  Realizados exercícios de dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições) respiração abdominodiafragmática (10 repetições), tosse dirigida e expiração forçada.  Realizado espirómetro de incentivo (6 repetições) com tolerância. Borg modificada 2 no final do exercício. Sinais vitais após o exercício: 120/66 (84) mmHg, FC 63-65bpm. Sem sinais de alarme.  O Sr. J realizou os exercícios apenas com supervisão, demonstrando que adquiriu o conhecimento sobre os exercícios respiratórios realizados.</p>
--	--	--	---

## Foco: Conhecimento [sobre a cirurgia cardíaca]

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>Défice de conhecimento [sobre a cirurgia cardíaca], atual</b></p>	<p>O Sr. J tem pouco conhecimento no que diz respeito à cirurgia cardíaca que irá realizar, bem como os cuidados relacionados com a mesma. Uma correta preparação da pessoa na fase pré-operatória, potencia uma recuperação mais eficaz no pós-operatório, pelo que o EEER deve individualizar e personalizar o plano de educação para a saúde, de forma a reduzir o stress e ansiedade, e promover a adesão ao programa de reabilitação no pós-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2020).</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Conhecimento [sobre a cirurgia cardíaca], adequado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ensinar sobre o procedimento cirúrgico:</b> nomeadamente a necessidade de anestesia e de ventilação mecânica invasiva; o risco de complicações pulmonares; as limitações do movimento após a esternotomia (tais como abdução e flexão das articulações do ombro acima de 90°);</li> <li>- <b>Ensinar, instruir e treinar a realização da técnica do levante no pós-operatório para diminuir a dor ou desconforto;</b></li> <li>- <b>Ensinar sobre a importância do controlo dos fatores de risco cardiovasculares e o cumprimento do regime medicamentoso;</b></li> <li>- <b>Ensinar sobre os benefícios da adesão ao programa de reabilitação cardíaca no pré e pós-operatório.</b></li> </ul> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2020)</p>	<p><b>27/09 / 28/09 / 29/09</b></p> <p>Realizados ensinamentos sobre as necessidades decorrentes da intervenção cirúrgica, bem como as complicações associadas e limitações de movimento. Treinada técnica do levante, com contenção da ferida cirúrgica.</p> <p>Realizados ensinamentos sobre a importância do controlo de fatores de risco cardiovasculares e cumprimento do regime medicamentoso, no pré e pós-operatório. Fornecido folheto informativo do serviço.</p>

## Avaliação dos resultados alcançados

Foco	Após implementação do programa de reabilitação
<b>Ventilação</b>	<u>Conhecimento [sobre ventilação], melhorado</u> <u>Capacidade [para otimizar ventilação], melhorada</u>  Verificou-se uma aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades no que concerne ao autocontrolo do padrão respiratório, bem como a correta utilização do espirómetro de incentivo e realização de exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, técnicas de posicionamento, tosse dirigida e expiração forçada. O Sr. J foi capaz de realizar os exercícios apenas com supervisão.
<b>Conhecimento [sobre a cirurgia cardíaca]</b>	<u>Conhecimento [sobre a cirurgia cardíaca], melhorado</u> O Sr. J apresentou capacidade para reter e compreender a informação fornecida sobre a cirurgia cardíaca a realizar, bem como os ensinamentos realizados sobre os cuidados a ter referidos anteriormente. Após a intervenção, encontrava-se mais calmo e informado, tendo conseguido repetir os ensinamentos realizados, e treinar as técnicas ensinadas, como por exemplo a técnica do levantar tendo em atenção a esternotomia realizada e a limitação de movimentos.

## 6. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM – PÓS-OPERATÓRIO

O Senhor J realizou cirurgia de substituição valvular aórtica a 10/10/2023, sem intercorrências segundo nota de transferência, tendo regressado ao serviço de Cardiologia a 17/10/2023. No internamento no hospital onde foi intervencionado, teve episódios de pré edema agudo do pulmão no pós-operatório. Repetiu outros exames complementares de diagnóstico, como o ecocardiograma transtorácico, que evidenciou o normal funcionamento da prótese biológica e função preservada (FEVE > 55%). No serviço de cardiologia, com episódios noturnos de dispneia, associada a respiração abdominal e polipneia, que melhorou com terapêutica inalatória (brometo de ipratrópio, salbutamol e beclometasona) e diazepam 5mg per-os. Repetiu novamente ecocardiograma transtorácico, que revelou disfunção moderada, sem possibilidade de avaliação de FEVE pelo ritmo. Realizou raio-x tórax que revelou derrame pleural bilateral, sem necessidade de drenagem. O Sr. J refere também dor a nível do tórax, devido à intervenção cirúrgica, pelo que foi prescrita medicação para o efeito. Alterações analíticas relevantes: aumento de PCR desde as últimas análises realizadas no hospital de origem. O Sr. J também refere que, devido a um assunto pessoal, que se sente mais ansioso, o que dificulta a sua recuperação e motivação.

Exame objetivo: normotenso (110/52 (71) mmHg), normocardico (63 batimentos por minuto em FA), eupneico em ar ambiente com saturações periféricas de oxigénio entre 96-98%. Respiração maioritariamente abdominal, mas regular. À auscultação, murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do pulmão esquerdo, e abolido no 1/3 inferior do pulmão direito. Com discretos fervores subcrepitantes dispersos, audíveis na inspiração e na expiração. Apresenta ainda ortopneia por períodos e cansaço a médios esforços.

Exame físico: Apresenta aspeto debilitado, embora cuidado, peso 89kg. Sem edemas a nível dos membros inferiores ou faixa abdominal. Relativamente à integridade da pele, apresenta maceração a nível do sulco intranadegueiro. Mucosas coradas e hidratadas. Apresenta ferida cirúrgica (esternotomia) com boa evolução cicatricial, com bordos unidos e sem sinais inflamatórios visíveis.

Avaliação neurológica: O Sr. J encontra-se vígil, orientado na pessoa, espaço, tempo e situação. Comunicativo, sem alterações da linguagem no que concerne à fluência, nomeação,

repetição e compreensão. Cumpre ordens simples e complexas. Sem alterações nas restantes funções cognitivas (memória, atenção e funções executivas). Avaliação dos pares cranianos, sem alterações.

A nível de força muscular, aplicado instrumento de avaliação *Medical Research Council Scale* para avaliação dos diversos segmentos corporais bilateralmente, nos diversos planos das articulações. Força 4/4 a nível dos membros superiores, a salientar as limitações de movimento e força decorrentes da cirurgia cardíaca (contraindicada abdução e flexão da articulação do ombro acima de 90°, e limitação por dor/desconforto). A nível dos membros inferiores, força 5/5 em todos os segmentos, sem limitação de movimento nem alterações relevantes. Ausência de aumento ou diminuição de tónus muscular. A nível da coordenação, sem dismetria. Sensibilidade mantida. Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada, em posição ortostática e durante a marcha.

Na avaliação da marcha, e de acordo com a escala *Functional Ambulation Categories (FAC)*, apresenta pontuação 4, que indica marcha independente em superfícies planas, mas com supervisão em superfícies não niveladas como rampas e escadas.

Avaliação independência nas AVD: Índice de *Barthel* – 85 pontos – independente

Avaliação do risco de queda: *Escala de Morse* – 35 pontos – risco de queda moderado;

A nível do processo de transição, surge uma nova condicionante que dificulta o processo, nomeadamente a ansiedade do Sr. J relativamente a um assunto pessoal, pelo que merece atenção por parte do EEER. No início do processo de reabilitação, encontrava-se ansioso, contudo, comunicativo e recetivo à abordagem. As suas preocupações tiveram foco ao longo dos cuidados, tendo tido o espaço e oportunidade para expressar os seus sentimentos e emoções. Após a sua validação e consentimento, foi pedido o apoio por parte da psicologia para acompanhar o Sr. J ao longo do internamento, e alertada a equipa multidisciplinar para esta situação que, de alguma forma, teve impacto na sua recuperação.

## 7. PLANO DE CUIDADOS – PÓS-OPERATÓRIO (CIPE 2.0)

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>1. Ventilação, comprometida</b></p> <p><b>1.1. Ventilação, ineficaz</b></p>	<p>Após avaliação e aplicação dos critérios de diagnóstico recomendados no padrão documental dos CEEER, constatou-se que o Sr. J apresenta uma respiração com utilização de músculos acessórios e esforço respiratório para pequenos/médios esforços. Apresenta ainda ruídos adventícios à auscultação (murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do pulmão esquerdo, e abolido no 1/3 inferior do pulmão direito. Com discretos ferveores subcrepitantes dispersos, audíveis na inspiração e na expiração), tempo inspiratório longo e tempo expiratório curto em repouso. Por este motivo, foi elaborado o diagnóstico de ventilação comprometida, e</p>	<p>- <b>Proceder à auscultação do tórax;</b></p> <p>- <b>Executar técnicas respiratórias:</b> dissociação dos tempos respiratórios (5 a 10 repetições); respiração abdomino-diafragmática (5 a 10 repetições);</p> <p>- <b>Executar cinesiterapia respiratória:</b> abertura costal global; abertura costal seletiva à direita; abertura costal seletiva à esquerda; terapêutica de posição (em decúbito lateral para os dois lados, e sentado);</p> <p>- <b>Executar técnica de posicionamento:</b> posição de descanso e relaxamento, na posição ortostática e sentado para alívio da dispneia; correção postural.</p> <p>- <b>Incentivar o uso de dispositivos respiratórios, como espirômetro de incentivo:</b> Instruir a realização do espirômetro de incentivo (até 6x consoante tolerância) o máximo de volume possível;</p> <p>- <b>Incentivar a realização de técnicas de limpeza da via aérea para otimizar ventilação, quando necessário:</b> tosse assistida e dirigida com contenção da ferida cirúrgica, técnica de huffing;</p> <p>- <b>Incentivar o repouso;</b></p> <p>- <b>Avaliar a percepção do esforço antes, durante e após o exercício através da escala Borg modificada;</b></p>	<p><b>23/10</b></p> <p>O Sr. J apresentava sinais vitais estáveis: 112/56 (75); FC 64-68bpm. Respiração maioritariamente abdominal, com polipneia (24-26 ciclos por minuto) por períodos, cansaço a pequenos/médios esforços e uso de músculos acessórios. À auscultação, murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do pulmão esquerdo, e abolido no 1/3 inferior do pulmão direito. Com discretos ferveores subcrepitantes dispersos, audíveis na inspiração e na expiração. Segundo escala numérica da dor, dor nível 0 na região do tórax (apenas ao toque), refere apenas desconforto, pelo que antes da sessão realizou medicação para o efeito.</p> <p>Borg modificada de 2 no início do exercício. Realizada dissociação dos tempos respiratórios (5 +5 repetições), respiração diafragmática (5 repetições, com dificuldade) e abertura costal seletiva, bilateralmente (5 + 5 repetições), com recuperação após o tempo de descanso. Realizado espirômetro de incentivo, 3 repetições, com tolerância. Borg modificada de 4 após esforço, e 2 após recuperação. TA 139/70 (93) mmHg; FC 88-91bpm após esforço. Realizada terapêutica de posição (decúbito lateral direito e esquerdo e posição de sentado) e realizados ensinios sobre a sua importância para prevenir aderências.</p> <p>Sinais vitais após exercício: TA 116/60 (79), FC 67-70bpm. Sem sinais de alarme. Borg modificada 3 após esforço, e 2 após recuperação.</p>

	<p>diagnóstico secundário de ventilação ineficaz.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Ventilação, melhorada Ventilação, eficaz</p>	<p>- <b>Monitorizar os sinais vitais antes e após o exercício.</b> Se necessário, avaliar durante o exercício;</p> <p>- <b>Identificar sinais de alarme para interromper exercício</b> (diminuição SpO<sub>2</sub>, aumento FC &gt; 30 bpm, aumento PA sistólica &gt; 40mmHg, aumento PA diastólica &gt; 110mmHg, decréscimo PA sistólica &gt; 10mmHg com a realização de exercício, presença de disritmias com ou sem sintomas, BAV 2º ou 3º grau, presença sinais/sintomas de intolerância ao exercício – dor isquêmica, dispneia marcada, alterações ECG sugestivas de isquemia).</p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2020)</p>	<p><b>24/10</b></p> <p>O Sr.J encontrava-se mais calmo. Sinais vitais estáveis (TA 111/63 (79); FC 62-68bpm). Borg modificada de 1 antes do exercício. À observação, sentado, com respiração toraco-abdominal, sem polipneia. À auscultação, murmúrio vesicular diminuído nas bases e com diminuição dos ferveres comparativamente ao dia anterior. Dor nível 0 de acordo com escala numérica da dor.</p> <p>Realizada dissociação dos tempos respiratórios (5+5 repetições), respiração diafragmática (5 repetições, com menos dificuldade relativamente ao dia anterior). Tentativa de realização de abertura costal seletiva, contudo, por apresentar Borg modificada de 4 por ortopneia, não se prosseguiu com esse exercício. Adaptado plano de reabilitação para exercícios sentado ou em posição ortostática, pelo que foi realizado exercício de expansão torácica associada a mobilizações ativas dos membros superiores (flexão da articulação do ombro com bastão até 90º associado à respiração) na posição ortostática, com tolerância. Realizado espirómetro de incentivo (3 + 3 repetições, com tolerância), com o devido tempo de descanso. Realizados ensinios e treino da tosse dirigida e técnica de huffing. Borg modificada de 2 no fim do exercício. Sinais vitais estáveis (TA 128/67 (87); FC 75-78bpm. Sem sinais de alarme.</p>
--	--	---	---

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
	Após avaliação e aplicação dos critérios de	- <b>Ensinar, instruir e treinar técnicas de conservação de energia</b> (principalmente no	<b>23/10</b>

<p><b>1. Intolerância à atividade, presente</b></p> <p><b>1.1. Conhecimento [sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício], diminuído</b></p>	<p>diagnóstico recomendados no padrão documental dos CEEER, constatou-se que o Sr. J apresenta cansaço fácil na realização das atividades de vida diária, percorre apenas distâncias curtas (&lt;100 metros), sente cansaço fácil e tem dificuldade em completar as atividades diárias. Por este motivo, apresenta intolerância à atividade, pelo que é essencial a intervenção do EEER.</p> <p>Como diagnóstico secundário, realça-se o potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício, uma vez que o Sr. J não tem conhecimentos necessários nessa área de intervenção.</p> <p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intolerância à atividade, ausente;</li> <li>Conhecimento [sobre técnicas de conservação</li> </ul>	<p>que concerne às atividade de vida diária: interromper atividade se ocorrerem sinais de cansaço com o esforço, como aumento da FC, dispneia ou dor no peito; sentar-se, ao invés de permanecer em pé durante a realização de atividades; instruir a evitar certos tipos de esforço, como os exercícios isométricos utilizados para carregar objetivos pesados, e a manobra de Valsalva; distribuir as atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia; planejar as atividades tendo em conta o nível de cansaço; instruir a subir escadas em momentos de expiração para diminuir dispêndio de energia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ensinar sobre hábitos de exercício</b> (benefícios do exercício e atividade física; iniciar de forma gradual tendo em conta a tolerância; ensinar e instruir sobre sinais/sintomas de intolerância ao exercício)</li> <li>- <b>Gerir e planejar atividade física;</b></li> <li>- <b>Incentivar e planejar o repouso</b> (durante as atividades, em intervalos durante o dia e por uma hora após as refeições, conforme necessidade);</li> <li>- <b>Realizar treino de marcha com aumento progressivo das distâncias</b> (10 a 15 metros por dia, com objetivo de andar 150 a 200 metros antes da alta);</li> <li>- <b>Realizar treino de subir/descer escadas:</b> com o objetivo de subir/descer 20 degraus antes da alta.</li> <li>- <b>Supervisionar resposta ao exercício;</b></li> <li>- <b>Ensinar sobre sinais/sintomas de intolerância à atividade no domicílio.</b></li> </ul>	<p>Realizados ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia a nível das atividades de vida diária.</p> <p><b>24/10</b></p> <p>Ao longo do dia, reforçados ensinamentos iniciados no dia anterior, esclarecendo dúvidas e validando o conhecimento. O Sr. J referiu ainda que aguardou pelo final da manhã para tomar banho e realizar outros cuidados de higiene, para despendar o tempo necessário na sua realização.</p> <p>Realizados ensinamentos sobre hábitos de exercício e planeamento de atividade física, bem como sinais e sintomas de intolerância à atividade.</p> <p>Realizado treino de marcha a curtas distâncias, para realização das atividades de vida diária, no quarto e no corredor (distância de 50 metros), com tolerância.</p> <p><b>30/10</b></p> <p>Realizada marcha no corredor (150 metros), com tolerância, com apenas uma pausa para repouso. Escala Borg modificada 2. Realizado treino de subir/descer escadas, 2 lances de 10 degraus, duas vezes, com tolerância. Borg modificada de 1 após recuperação.</p>
--	---	--	---

	de energia e hábitos de exercício], melhorado.	(Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2020)	
--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>1. Tecido cicatricial, não adequado</b></p> <p><b>1.1. Conhecimento [sobre técnicas de exercício muscular e articular, técnica de massagem e técnica de posicionamento], diminuído</b></p>	<p>No que concerne ao diagnóstico de tecido cicatricial não adequado, foram aplicados os critérios de diagnóstico do padrão documental dos CEEER, onde se verifica uma diminuição do movimento muscular a nível dos membros superiores, devido a cirurgia cardíaca e também pela colocação de pacemaker por bradiarritmia no final do internamento.</p> <p>Por este motivo, e por apresentar capacidade para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares, técnica de massagem e técnica de posicionamento, é</p>	<p><b>- Avaliar tecido cicatricial;</b></p> <p><b>- Ensinar, instruir e treinar técnica de massagem;</b></p> <p><b>- Ensinar, instruir e treinar técnica de exercício muscular e articular ativo</b> (no pós-operatório de cirurgia cardíaca e nas primeiras 24h após implantação do pacemaker, com a finalidade de evitar complicações articulares subsequentes);</p> <p><b>- Ensinar, instruir e treinar técnica de posicionamento;</b></p> <p><b>- Ensinar sobre as atividades a evitar para manter a integridade:</b> durante 3 a 4 semanas após o implante do pacemaker, devem evitar-se atividades como natação, levantamento de pesos, entre outros. Contudo, são permitidas atividades com os membros inferiores. Na cirurgia cardíaca, evitar durante algumas semanas, os exercícios de flexibilidade, uma vez que implicam movimentos de grande amplitude da parte superior do tronco e os exercícios de resistência que utilizem os músculos próximos ao local da incisão cirúrgica.</p>	<p><b>23/10 24/10</b></p> <p>- Ferida cirúrgica (esternotomia) com boa evolução cicatricial, sem sinais inflamatórios, com bordos unidos. Realizados ensinamentos sobre vigiar os sinais inflamatórios que possam surgir;</p> <p>Realizados exercícios de mobilização ativas, com atenção à limitação da abdução e flexão da articulação do ombro acima de 90°.</p> <p>Realizados ensinamentos e treinada técnica do levante e técnica da tosse com contenção da ferida operatória, com membro superior contralateral, para prevenir dor/desconforto, que referiu inicialmente.</p> <p><b>30/10</b></p> <p>Local de incisão do pacemaker ainda com penso compressivo. Explicados sinais de alarme. Reforçados ensinamentos sobre necessidade de realização de mobilizações ativas no domicílio e movimentos a evitar. Dado ênfase à mobilização da articulação do ombro esquerdo em "pêndulo", de forma a incentivar a sua mobilização evitando a abdução e flexão acima de 90°.</p>

	<p>relevante a intervenção do EEER.</p> <p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecido cicatricial, adequado;</li> <li>- Conhecimento [sobre técnicas de exercício muscular e articular, técnica de massagem e técnica de posicionamento], melhorado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ensino sobre sinais de alerta a vigiar durante a realização dos exercícios indicados;</b></li> </ul>	
--	--	--	--

Foco	Após implementação do programa de reabilitação (30/10)
<p><b>Ventilação</b></p>	<p><u>Ventilação, melhorada</u> <u>Ventilação, eficaz</u></p> <p>No que concerne à ventilação, o Sr. J realizou os exercícios respiratórios planejados, com tolerância, tendo sido notória a diminuição da dispneia e ortopneia que apresentava inicialmente. Tolerou progressivamente a realização dos exercícios, tendo ainda aumentado os volumes no treino com o espirômetro de incentivo (o objetivo era a realização do maior volume possível, tendo atingido no último dia o volume máximo de 4000ml). À auscultação, embora com murmúrio vesicular ainda diminuído nas bases, já não se verificaram os ferveres anteriormente identificados.</p>
<p><b>Intolerância à atividade</b></p>	<p><u>- Intolerância à atividade, ausente:</u> <u>- Conhecimento [sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício], melhorado.</u></p> <p>O Sr. J apresentava uma intolerância à atividade importante, com dispneia a pequenos/médios esforços. Realizado treino de AVD com implementação das técnicas de conservação de energia. Conseguiu implementar e realizar apenas com supervisão os cuidados de higiene, respeitando os tempos de repouso. Inicialmente, sem capacidade de marcha acima de 100 metros e com dispneia associada. No final da implementação do plano de reabilitação, foi possível realizar marcha &gt; 150</p>

	<p>metros e realizar treino de escadas, sem dispneia associada e com controlo respiratório, tendo referido uma baixa pontuação na escala de Borg Modificada.</p>
<b>Tecido cicatricial</b>	<p><u>- Tecido cicatricial, adequado;</u> <u>- Conhecimento [sobre técnicas de exercício muscular e articular, técnica de massagem e técnica de posicionamento], melhorado</u></p> <p>O Sr. J adquiriu conhecimentos no que diz respeito aos exercícios musculares e articulares ativos, bem como a técnica de posicionamento, que são importantes para favorecer e não prejudicar a cicatrização das feridas cirúrgicas. Soube referir os movimentos a evitar no que concerne aos membros superiores, e compreendeu os sinais de alarme a vigiar (sinais de infeção no caso das feridas cirúrgicas).</p>

No processo de transição para o domicílio, e na realização do plano de cuidados anteriormente descritos, foram ainda realizadas intervenções que abordam as condições necessárias que o Sr. J iria precisar no domicílio, tais como: apoio social para a realização de compras e limpezas, eliminação de barreiras arquitetónicas em casa, apoio para vir às consultas programadas, entre outros. Em conjunto com o Sr. J, foram encontradas estratégias para garantir as necessidades anteriormente identificadas: o filho do Sr. J iria dar o apoio necessário, numa fase inicial, na realização de compras e acompanhamento nas consultas, enquanto estivesse em Portugal; as limpezas iriam ser asseguradas pelas amigas que referiu inicialmente, que já o faziam antes do seu internamento. Após a ida do filho para o estrangeiro, as compras iriam ser realizadas pelas amigas. Foi ainda conversado com o filho sobre as condições habitacionais e a eliminação de possíveis barreiras, tais como tapetes que não sejam antiderrapantes, colocação de um banco para o Sr. J se sentar durante os cuidados de higiene, e outras estratégias para prevenção de quedas e intolerância à atividade.

No que concerne aos padrões de resposta do Sr. J no processo de transição, evidencia-se o estar ligado à sua rede de apoio (as suas duas amigas e o filho) com quem fala regularmente e expressa as suas expectativas e preocupações, e também com a equipa multidisciplinar, principalmente com os enfermeiros e com a sua médica assistente, com quem estabeleceu uma relação de confiança. Saliento ainda o estar situado, uma vez que se encontra a analisar a qualidade das suas relações sociais e o seu benefício para a sua saúde, segundo o próprio. Encontra-se a desenvolver estratégias de *coping*, dado que reconhece a necessidade de mudança e a importância de desenvolver estratégias para lidar com a sua condição de saúde.

## **Bibliografia**

Joint Task Force of European Society of Cardiology, European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Vahanian, A., Alfieri, O., Andreotti, F., Antunes, M., . . . Zembala, M. (2012). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *European heart journal*, 33(19), pp. 2451–2496. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs109>

Lewis, S., Macey, R., Parker, M., Cook, J., & Griffin, X. (2022). Arthroplasties for hip fracture in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://doi.org/DOI:10.1002/14651858.CD013410.pub2>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

## **Apêndice 2**

Estudo de caso realizado em contexto de Neurologia

## 1. Apresentação do caso

**Nome:** A. R

**Idade:** 29 anos;

**Data admissão:** 25/11/2023

**Estado civil:** Casada

**Situação profissional:** Trabalhadora por conta de outrem (empregada de mesa)

**Motivo de internamento:** AVC isquémico por oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda

**Antecedentes pessoais:** Tabagismo; 3 gestações de termo, sem complicações. Sem medicação habitual e sem alergias conhecidas.

### 1.1. História de doença atual:

Sr<sup>a</sup> A.R foi encontrada pelo marido por volta das 03h00 do dia 25/11 com quadro de tremores e hemiparesia direita. Transportada para hospital da área de residência, onde realizou TAC, que revelou “duvidosa área de edema ou isquémia cortico-subcortical fronto- opercular e insular à esquerda com apagamento de sulcos, e hiperdensidade da artéria cerebral média esquerda”; realizado angioTAC, que confirmou a oclusão em M1 distal da ACM esquerda, identificando-se boa circulação colateral no momento.

Foi ativada a via verde AVC deste hospital, tendo sido aceite. Devido ao tempo de evolução (9h até à realização da angioTAC) não realizou trombólise.

Avaliação neurológica (segundo escala NIHSS) na admissão pela equipa de via verde AVC: Alerta, orientada em todas as vertentes. Apresentava olhar preferencial para a esquerda e hemianopsia homónima direita. Apresentava parésia facial central evidente à direita. Prova de braços estendidos a 90° com queda em 10 segundos do membro superior direito, sendo atribuída força grau 3 nesse membro segundo a escala *MRC – Medical Research Council*, e grau 5 no membro superior esquerdo. Na prova de Mingazzini, membro inferior esquerdo sem queda durante 5 segundos, sendo atribuída força grau 5 nesse membro segundo a escala *MRC – Medical Research Council*, e membro inferior direito sem movimento, sendo atribuído

grau de força 0. Sem possibilidade de avaliar a coordenação. Com hipostesia leve a moderada. A nível da linguagem, encontrava-se com afasia global. Pontuação escala NIHSS 19.

Realizou novo TAC, que revelou "enfarte isquémico agudo cortical e subcortical da região insular e da convexidade frontal à esquerda envolvendo os territórios M1 a M4 (Score ASPECTS 5)". Realizada angiografia, onde foi observado oclusão da ACM esquerda, segmento M1, pelo que se realizou trombectomia aspirativa com sistema Red 68, tendo sido efetuada uma passagem. Obteve-se reperfusão TICI 2c (reperfusão quase completa).

Transferida para a UCV após realização de procedimento. Sonolenta, mas despertável por curtos períodos. Avaliação neurológica compatível com admissão na VV AVC (NIHSS 19); avaliação das estruturas da orofarínge: sem elevação do véu do palato bilateralmente, úvula hipotónica, sem colaboração para realizar movimentos da língua, sem reflexo velopalatino. A avaliação indireta de deglutição revelou alto risco de aspiração, motivo pelo qual se procedeu à colocação de sonda nasogástrica.

## 1.2. Situação familiar, social e económica

Relativamente à avaliação estrutural da família da Sr.<sup>a</sup>A.R, a estrutura interna é composta pela Sr.<sup>a</sup> A.R, marido e os seus três filhos. Vivem em casa própria, num apartamento. No que diz respeito à estrutura externa, contam com o apoio dos pais, com quem têm uma relação próxima. São de classe social média/baixa, e referem ter boas condições habitacionais no apartamento onde residem.

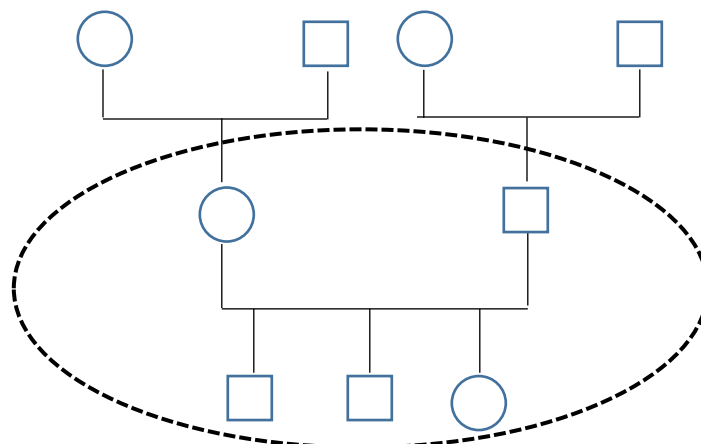


Imagem 1: Genograma dos principais elementos da família da Srª A.R

## **AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (28/11/2023)**

### **Exame objetivo**

Tensão arterial 115/56 (PAM 76), frequência cardíaca 70-75 batimentos por minuto, eupneica em ar ambiente com saturações periféricas de oxigênio entre 96-98%. Respiração toraco-abdominal, sem assimetrias e regular, frequência respiratória 16 ciclos por minuto. À auscultação, sons brônquicos, broncovesiculares e vesiculares mantidos.

### **Exame físico**

Apresenta bom estado geral, com aspeto cuidado. Sem alterações da integridade cutânea. Mucosas coradas e hidratadas.

### **Avaliação neurológica**

- **Estado mental**

Estado de consciência: Encontra-se alerta, com abertura ocular espontânea;

Orientação: Orientada no tempo, espaço e pessoa (escreve o seu nome, idade e mês corrente);

- **Função cognitiva**

Atenção: mantém atenção sustentada e seletiva;

Memória: mantém memória a curto e a longo prazo;

Funções executivas: apresenta dificuldade no planeamento e organização, e cálculo;

Linguagem: a Srª A.R encontra-se em mutismo, emite sons ininteligíveis, pelo que não tem discurso fluente, não nomeia e não repete. Contudo, é capaz de escrever, embora com erros ortográficos e agramatismo, sendo capaz de identificar e escrever os objetos pedidos. Apresenta compreensão mantida, embora por vezes seja necessário repetir a pergunta. Por

isso, compreende ordens simples. Compreende algumas ordens complexas, por vezes de forma inconsistente;

Comportamento: relativamente à autoconsciência, a Srª A.R tem consciência do seu estado de saúde e das suas limitações, o que por vezes causa ansiedade e labilidade emocional;

Funções práticas: Apresenta uma apraxia buco-facial.

- **Função motora**

Força muscular: aplicado instrumento de avaliação *Medical Research Council Scale* para avaliação da força a nível dos diversos segmentos corporais bilateralmente. Apresenta força grau 5 em todos os segmentos do membro superior e inferior esquerdo; e grau 4 em todos os segmentos do membro superior e inferior direito (com ligeira queda na prova de braços estendidos em 10 segundos e na prova de mingazzini em 5 segundos);

Coordenação: sem dismetria, cumpre prova index-nariz e calcanhar-joelho. Apresenta dificuldade na coordenação motora final a nível distal do membro superior direito;

Tónus muscular: sem aumento do tónus muscular (pontuação 0 na *escala de Ashworth Modificada*);

Equilíbrio: sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico sentado. Na posição ortostática, apresenta teste romberg positivo, contudo, apresenta pontuação 44 na escala de Berg, que representa um baixo risco de queda/ equilíbrio bom;

Marcha: apresenta ligeiro desequilíbrio na marcha, pelo que de acordo com a escala *Functional Ambulation Categories (FAC)*, apresenta pontuação 5, uma vez que requer supervisão verbal ou ajuda de uma pessoa sem contacto físico.

- **Função sensorial**

Na avaliação da sensibilidade tátil, apresenta hipostesia ligeira no hemicorpo direito sendo mais acentuada no membro superior e face. Não apresenta extinção, uma vez que

deteta as zonas do corpo individualmente e bilateralmente. Sensibilidade térmica, dolorosa e postural mantida.

- **Pares cranianos:**

**I** - Nervo olfativo: Sem alterações, identifica sem dificuldade;

**II** - Nervo ótico: Sem défices campimétricos, testados por confrontação e reflexo de ameaça; acuidade visual mantida;

**III** - Nervo oculomotor: movimentos oculares normais na superversão, infraversão e adução; pupilas isocóricas e reativas. Sem ptose palpebral;

**IV** - Nervo troclear: movimentos oculares para baixo e para dentro mantidos;

**V** - Nervo trigémeo: apresenta hipostesia ligeira na hemiface direita; realiza movimentos faciais de mastigação com dificuldade;

**VI** - Nervo motor ocular externo: movimento abdução dos olhos mantido. Sem diplopia;

**VII** - Nervo facial: Assimetria facial ligeira, com parésia facial central à direita (apagamento do sulco nasogeniano e ligeiro desvio da comissura labial). Identifica sabores nos 2/3 anteriores da língua; produção salivar mantida, contudo, na deglutição, observa-se uma estase salivar considerável;

**VIII** - Nervo Vestibulococlear: Sem alterações acuidade auditiva. Teste de Rinne e Weber negativo. Teste de romberg positivo;

**IX** - Nervo Glossofaríngeo: Úvula centrada, mas ligeiramente hipotónica. Sem presença de reflexo velopalatino. Sem alteração da qualidade da voz;

**X** - Nervo Vago: Sem alteração da qualidade da voz. Reflexo de vômito ausente. Reflexo de tosse presente. Sem elevação do véu do palato;

**XI** - Nervo Espinhal: Músculos da cabeça e pescoço sem alterações a nível de força e amplitude;

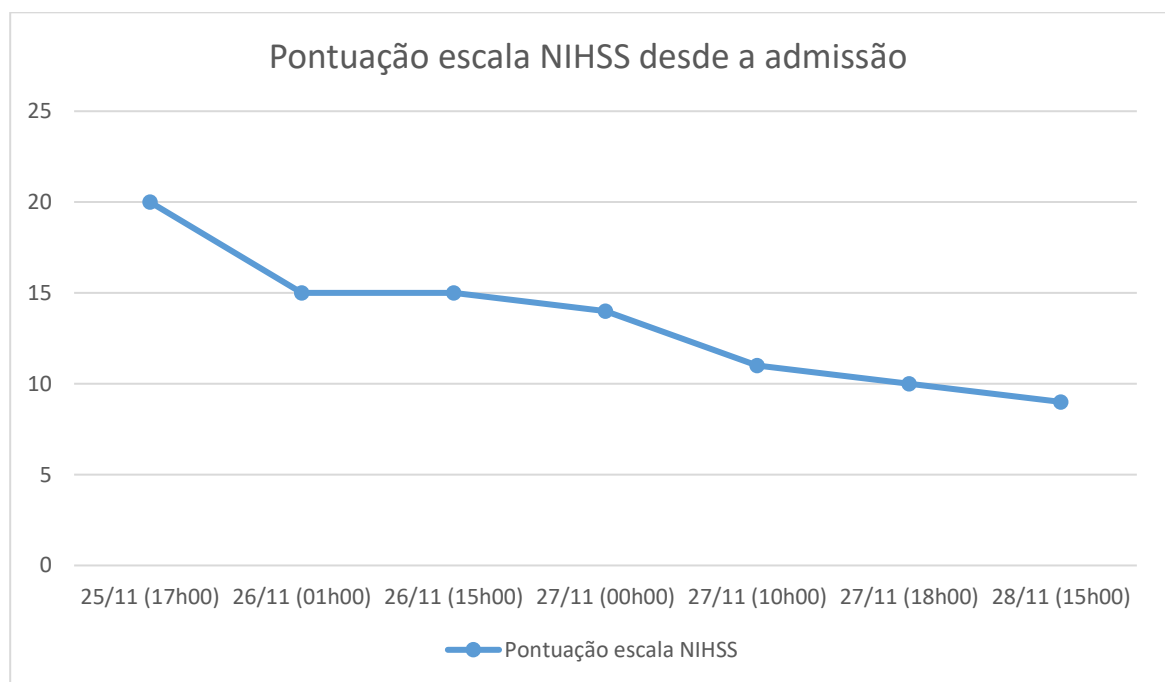
**XII – Nervo hipoglosso:** Língua centrada. Com dificuldades em realizar os movimentos da língua (deitar a língua para fora, e para cima e para baixo). Apresenta apraxia buco-facial;

**Avaliação da deglutição:**

Iniciou-se a avaliação da deglutição pela avaliação das estruturas da orofaringe, onde se verificou a ausência de elevação do véu do palato bilateralmente, úvula ainda ligeiramente hipotónica e uma estase salivar importante. Apresenta ainda ausência de reflexo faríngeo, e dificuldade na realização de movimentos da língua. Por este motivo, não se prosseguiu para a avaliação direta da deglutição por alto risco de aspiração. Mantém, assim, alimentação por sonda nasogástrica.

**Instrumentos de avaliação:**

- **Pontuação escala NIHSS (28/11) – 09 pontos;**



- **Avaliação independência nas AVD - Índice de Barthel – 50 pontos – grau de dependência moderada;**
- **Avaliação do risco de queda - Escala de Morse – 10 pontos – baixo risco de queda;**

Relativamente ao processo de transição à luz da Teoria de Transições de Afaf Meleis, a Sr<sup>a</sup> A.R encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença de padrão simples.

Tem consciência das mudanças do seu estado de saúde atual, tendo como evento crítico os défices neurológicos decorrentes do AVC, sendo que a alteração mais impactante para ela é a afasia que apresenta. Como consequência, sente-se diferente nesta fase aguda da doença, o que requer uma atenção especial do EEER, uma vez que a Srª A.R encontra-se mais vulnerável e com dificuldades em realizar as suas atividades de vida diária com as mudanças que está a experienciar. Neste momento, a Srª A.R ainda não se encontra na fase de procura ativa de informação e proatividade na sua recuperação, pelo que o processo de transição está a ser dificultado, principalmente, pela preparação e conhecimento. A Srª A.R tem pouco ou nenhum conhecimento sobre o seu diagnóstico e tudo o que este implica no seu estado de saúde atual, estando focada nos défices neurológicos que apresenta.

## PLANO DE CUIDADOS (CIPE 2.0)

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir-se</b></p>	<p>De acordo com o padrão documental dos CEEER, a Sr<sup>a</sup> A.R não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado higiene, arranjar-se e vestir-se, e não identifica barreiras arquitetónicas para o autocuidado. Devido à alteração da motricidade fina a nível distal do membro superior direito e hipostesia que apresenta, é necessário realizar o treino do autocuidado juntamente com a Sr<sup>a</sup> A.R de forma a capacitá-la no seu processo de transição saúde/doença. Na avaliação da capacidade de utilização de dispositivo auxiliar na higiene, destaca-se ainda a dificuldade na regulação da temperatura da água e em movimentos</p>	<p><b>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene, arranjar-se e vestir-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar a verificação da temperatura da água em contacto com o lado não afetado, para evitar queimaduras;</li> <li>- Instruir a utilização de um banco no poliban numa fase inicial, devido à alteração de equilíbrio e risco de queda;</li> <li>- Incentivar a lavar o lado não afetado com o lado afetado;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar as funções executivas no que diz respeito ao planeamento e organização dos cuidados a realizar;</li> <li>- Ensinar a vestir e a despir (o hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir);</li> <li>- Ensinar sobre barreiras arquitetónicas: como por exemplo, retirar tapetes que não sejam antiderrapantes da casa de banho;</li> <li>- Incentivar a pessoa a ver-se ao espelho durante os cuidados realizados para arranjar-se e vestir-se, para reintegrar a sua</li> </ul>	<p><b>28/11 e 29/11</b></p> <p>Avaliação do grau de dependência nas AVD a 28/11 segundo o Índice de <i>Barthel</i> – 50 pontos – grau de dependência moderada;</p> <p>A Sr<sup>a</sup> A.R necessitava de ajuda parcial nas AVD descritas. O primeiro levante foi realizado a 28/11 e iniciou os cuidados de higiene no WC nesse mesmo dia. Apesar de integrar os ensinamentos realizados, ainda apresentava ligeira dificuldade em cumprir a ordem estabelecida para os cuidados. Integrou facilmente os conhecimentos necessários para regular a temperatura da água e em realizar os cuidados com o lado afetado. Ainda apresentava necessidade em sentar-se para a realização dos cuidados por alterações de equilíbrio. Manteve dificuldade na coordenação motora do membro superior direito, manifestando cansaço e alguma frustração, pelo que necessitava de ajuda nesse sentido.</p> <p><b>01/12 a 03/12</b></p> <p>Apresentava maior atenção e predisposição para a realização do seu autocuidado. Funções executivas (planeamento e organização) melhoradas, conseguiu cumprir apenas com supervisão. Ao escovar os dentes, pentear e secar o cabelo, melhorou a</p>

	<p>mais precisos como escovar os dentes.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir-se, melhorado.</p>	<p>imagem corporal e aumentar a capacidade de autocuidado;</p> <p><b>- Ensinar, instruir e treinar o dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir-se:</b></p> <p>- Treinar a realização de atividades como escovar os dentes, pentear-se e secar o cabelo com o lado afetado;</p> <p>- Para se pentear, recorrer a escova/pente com cabo comprido;</p>	<p>coordenação dos movimentos, embora ainda não controle na totalidade os movimentos mais finos. Contudo, compreende essa limitação e tenta corrigir à medida que realiza os cuidados. No último dia, realizou os cuidados de forma autónoma, apenas com supervisão.</p> <p><b>Reavaliação do Índice de Barthel a 03/12:</b> 95 pontos</p>
--	---	--	--

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>Equilíbrio corporal, comprometido</b></p>	<p>Segundo o padrão documental dos CEEER, na avaliação do equilíbrio corporal, a Sr<sup>a</sup> A. R apresenta alteração do equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Apesar de apresentar pontuação 44 na escala de Berg, considera-se uma mais-valia o treino desta função, uma vez que apresenta também</p>	<p><b>- Avaliar equilíbrio corporal;</b></p> <p><b>- Estimular a manter equilíbrio corporal</b> (com correção postural);</p> <p><b>- Executar técnica de treino de equilíbrio:</b> alternância de carga nos membros superiores; alternância de carga nos membros inferiores (flexão do joelho, adução/abdução da articulação coxofemoral, apoiar/levantar calcanhares); apoio unipodal; contorno de obstáculos; exercícios de coordenação de movimentos; facilitação cruzada, exercícios com alteração da base de apoio).</p>	<p><b>28/11 e 29/11</b></p> <p><b>Realizada avaliação do equilíbrio:</b> escala de berg – 44 pontos – baixo risco de queda / equilíbrio bom. Teste de romberg positivo.</p> <p>Avaliada novamente força muscular com a escala <i>Medical Research Council</i> após o levante, onde se verificou força grau 5 a nível dos membros inferiores e membros superiores, com exceção do segmento mais distal do membro superior direito, que mantém grau 4.</p> <p>Realizados exercícios de equilíbrio alternância de carga nos membros inferiores com e sem apoio, exercício de coordenação de movimentos (apanhar objetos do chão com membro superior oposto);</p>

	<p>desequilíbrio na marcha e necessidade de supervisão.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Equilíbrio, melhorado</p>		<p>contorno de obstáculos durante o treino de marcha. Exercícios realizados com maior base de apoio para maior estabilidade.</p> <p>Com oscilação de equilíbrio durante a marcha, necessitando de correção postural, supervisão e reforço positivo.</p> <p><b>01/12 a 03/12</b></p> <p>Manteve realização de exercícios, com melhoria do equilíbrio e maior segurança na realização dos mesmos. Exercícios realizados com base de sustentação mais pequena, com tolerância. Sem oscilação durante a marcha, contudo, com necessidade de correção postural.</p> <p><b>No dia 03/12:</b> Teste de romberg negativo. Escala de Berg 53 – baixo risco de queda / equilíbrio bom.</p>
--	---	--	--

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>1. Movimento muscular, comprometido</b></p> <p><b>1.1. Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício</b></p>	<p>No que diz respeito a este diagnóstico, e após nova aplicação da escala <i>medical research council</i> após o levante, verificou-se que a Srª A.R apresenta força grau 5 em todos os segmentos dos membros superiores e inferiores, à exceção do segmento distal do</p>	<p>- <b>Executar técnicas de exercício muscular e articular ativas:</b> adução/abdução e flexão/extensão dedos da mão, bem como oponência do polegar; desvio cubital/radial do punho; pronação/supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo.</p> <p>- <b>Executar técnicas de exercício muscular ativas-resistidas:</b> utilizar elástico para adução/abdução dos dedos</p>	<p><b>28/11</b></p> <p>Realizadas atividades maioritariamente com o membro superior direito, incluindo no autocuidado. Revela alguma frustração por não conseguir terminar as atividades.</p> <p><b>29/11</b></p> <p>Realizados exercícios ativos e resistidos. Fornecido elástico para treino resistido dos dedos da mão.</p>

<p><b>muscular e articular</b></p>	<p>membro superior direito, que apresenta grau 4.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Movimento muscular, aumentado; Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado.</p>	<p>da mão; utilizar a outra mão para criar resistência na flexão/extensão dos dedos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos e ativos-resistidos;</b></li> <li>- <b>Supervisionar o movimento muscular;</b></li> <li>- <b>Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular ativas:</b> exercícios de motricidade fina e coordenação, como agarrar em bolas de diferentes tamanhos e praticar o agarrar/soltar, para desenvolver a oponência;</li> <li>- <b>Solicitar à pessoa que realize todas as atividades possíveis com o membro superior afetado.</b></li> <li>- <b>Realizar treino com fichas de exercícios de coordenação motora;</b></li> </ul>	<p>Compreende os ensinamentos realizados e cumpre exercícios propostos.</p> <p><b>01/12 a 03/12</b></p> <p>Realizados exercícios de motricidade fina e coordenação (jogo com bolas de madeira para se inserir em estacas, e treino de oponência com molas). Nota-se uma melhoria na coordenação e motricidade fina, embora ainda não controle totalmente os movimentos grosseiros no autocuidado, por exemplo. Contudo, consegue terminar as tarefas, e corrigir posição da mão (por exemplo, corrige posição do punho ao secar o cabelo). Realizadas fichas de exercício para contorno de linhas, com melhoria da coordenação motora.</p> <p><b>Avaliada grau de força a nível do segmento distal do membro superior direito a 03/12 – grau 4+ de acordo com escala <i>medical research council</i>.</b></p>
------------------------------------	--	---	---

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>1. Déficit sensorial</b></p> <p><b>1.1. Potencial para melhorar o</b></p>	<p>Na avaliação da sensibilidade, verificou-se uma hipostesia tátil no hemisfério direito. De acordo com o padrão documental dos CEEER, a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Executar estimulação sensitiva e percepção sensorial:</b> utilizar diferentes texturas, temperaturas e estímulos táteis suaves no hemisfério afetado para melhorar a sensibilidade;</li> </ul>	<p><b>28/11 e 29/11</b></p> <p>Avaliada sensibilidade a 28/11: apresenta hipostesia tátil no hemisfério direito, classificada como ligeira. À avaliação, refere o mesmo grau de hipostesia ao longo do hemisfério. Sensibilidade térmica, dolorosa e postural mantida. Realizada</p>

<p><b>conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial</b></p>	<p>Srª A.R apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial, motivo pelo qual é importante a atuação do EEER.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Défice sensorial, melhorado; conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial, melhorado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Utilizar espelho para melhorar a consciência sensorial;</b></li> <li>- <b>Executar técnica de massagem;</b></li> <li>- <b>Incentivar a execução de exercício muscular e articular para ajudar a integrar o lado afetado;</b></li> <li>- <b>Orientar no uso de técnica de adaptação:</b> como por exemplo, modificar o ambiente para minimizar o risco de lesões;</li> </ul>	<p>estimulação sensitiva com diferentes texturas e temperaturas, esta última nos cuidados de higiene. A nível da sensibilidade térmica, apesar de identificar como mantida para frio e quente, foram realizados ensinamentos para avaliar e regular a temperatura da água no lado não afetado, por risco de queimadura. Utilizado espelho para melhorar consciência sensorial; realizados ensinamentos sobre adaptação do ambiente no domicílio e consciencialização para o risco de lesões.</p> <p><b>01/12 a 03/12</b> Dia 01/12 reavaliada sensibilidade, refere sensibilidade tátil melhorada a nível do membro inferior. Mantém ligeira hipostesia a nível do membro superior e face. Executadas técnicas de massagem, com identificação do estímulo utilizado. Reforçados ensinamentos realizados anteriormente. Realizada estimulação com quente e frio no membro superior e face. <b>Reavaliação da sensibilidade a 03/12:</b> refere hipostesia ligeira a nível da face. Contudo, mantida nos restantes segmentos do hemicorpo direito.</p>
---	---	---	--

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
-------------	---------------------------------	--------------	-----------------------

<p><b>1. Deglutição, comprometida</b></p> <p><b>1.1. Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre exercícios e técnicas de deglutição</b></p>	<p>De acordo com o padrão documental dos CEEER, e considerando a avaliação da capacidade de deglutição, a Sr<sup>a</sup> A.R apresenta dificuldade em realizar os buco-faciais quando solicitado (apraxia buco-facial), hipostesia a nível da face e parésia facial central ligeira à direita, causando assimetria facial.</p> <p>Encontra-se com sonda nasogástrica desde a admissão, pelo que apresenta deglutição comprometida. A Sr<sup>a</sup> A.R apresenta potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre exercícios e técnicas de deglutição,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Monitorizar deglutição;</b></li> <li>- <b>Ensinar, instruir e treinar exercícios de deglutição:</b> exercícios de resistência muscular da língua, dos lábios, do palato mole, da mobilidade laríngea e movimentação do bolo alimentar; deglutição forçada. Realizar cada exercício 5 a 10 vezes.<sup>1</sup></li> <li>- <b>Utilizar espelho na realização dos exercícios;</b></li> <li>- <b>Recorrer a método demonstrativo com imagens, para facilitar compreensão;</b></li> <li>- <b>Ensinar, instruir e treinar técnicas de deglutição:</b> técnica de consistência adaptada; técnica de flexão do pescoço;</li> <li>- <b>Planear dieta.</b></li> </ul>	<p><b>28/11 e 29/11</b></p> <p>Na avaliação das estruturas da orofaringe, verificou-se a ausência de elevação do véu do palato bilateralmente, úvula ainda ligeiramente hipotónica e estase salivar. Realça-se ainda a ausência de reflexo faríngeo, e dificuldade na realização de alguns movimentos da língua. Por este motivo, não se prosseguiu para a avaliação direta da deglutição. Foram realizados os exercícios de fortalecimento muscular: no dia 28/11, com dificuldade na realização dos exercícios. Não realizou por instrução verbal, tentou realizar por demonstração, com dificuldade. Realizados apenas exercícios de movimentos da língua e lábios por demonstração, sem conseguir realizar os movimentos na totalidade. A 29/11, a avaliação manteve-se sem alterações, pelo que manteve alimentação por sonda nasogástrica. A nível dos exercícios de fortalecimento muscular, conseguiu realizar alguns exercícios ao associar a movimentos sem significado e com recurso a demonstração, embora com dificuldade, necessitando de instruções nesse sentido.</p>
--	--	--	---

<sup>1</sup> **Exercícios realizados: Lábios:** estalar os lábios; protraír os lábios; retrair os lábios; lateralizar os lábios; segurar uma espátula entre os lábios protraídos; segurar uma espátula entre os lábios em repouso; beber pela palhinha; adicionar resistência com a espátula contra os lábios; **Língua:** lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protraír a língua; retrair a língua; “varrer” com a língua o palato antero-posteriormente; vibrar a língua; empurrar as bochechas com a ponta da língua; adicionar resistência com a espátula contra a língua; **Palato mole:** Soprar, Sugar; **Controlo bolo alimentar:** elevar a língua em direção ao palato duro; realizar ensinios sobre lateralizar a língua durante o movimento de mastigação; realizar ensinios sobre modelar a língua em volta do bolo para segurar de uma forma coesa; **Mobilidade laríngea:** bocejar; emitir sons graves e agudos alternados; **Mobilidade do maxilar:** abrir a boca com resistência da mão no maxilar; fechar a boca com a resistência da mão no maxilar; lateralizar o maxilar inferior, com a resistência da mão, bilateralmente; **Outros exercícios:** encher as bochechas com ar, e alternar o lado da face com ar sem deitar fora; adicionar resistência contra a bochecha, com uma espátula, bilateralmente.

	<p>pelo que se constitui diagnóstico secundário.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Deglutição, não comprometida; Conhecimento e capacidade sobre exercícios e técnicas de deglutição, melhorado.</p>		<p><b>01/12</b></p> <p>Na avaliação da deglutição, foram reavaliadas as estruturas da orofaringe: apresenta melhoria dos movimentos da língua e mastigatórios, ligeira elevação do véu do palato bilateralmente e sem assimetria considerável, úvula menos hipotónica e sem desvio, e diminuição da estase salivar. Apresenta ainda uma parésia facial central à direita menor, apenas visível o apagamento do sulco nasogeniano. Reflexo da tosse mantido, reflexo velopalatino ainda diminuído. Aplicada escala de <i>GUSS</i>, tendo obtido pontuação 10: tolera semi-sólidos, não tolera líquidos. Já tinha iniciado dieta pastosa via oral e líquidos com espessante tipo néctar no dia anterior, com tolerância, pelo que foi retirada sonda nasogástrica. Passada informação à equipa de Enfermagem. A nível dos exercícios de fortalecimento muscular, conseguiu realizar a maior parte dos exercícios com recurso a demonstração. Realizados ensinamentos sobre técnicas de deglutição: técnica de consistência adaptada e técnica de flexão do pescoço;</p> <p><b>02/12</b></p> <p>Avaliação das estruturas da orofaringe e deglutição sobreponível com o dia anterior. Realizados exercícios de fortalecimento muscular com recurso a demonstração. Reforçados ensinamentos sobre técnicas de deglutição: técnica de consistência adaptada e técnica de flexão do pescoço;</p>
--	--	--	---

			<p><b>03/12</b></p> <p>Reavaliação das estruturas da orofaringe: movimentos da língua e mastigatórios mantidos, embora demorados, ligeira elevação do véu do palato bilateralmente e sem assimetria considerável, úvula centrada e menos hipotónica, sem estase salivar. Ainda com uma parésia facial central à direita minor, apenas visível o apagamento do sulco nasogeniano. Reflexo da tosse mantido, reflexo velopalatino ainda diminuído. <b>Aplicada escala de GUSS, tendo obtido pontuação 19 - disfagia ligeira - deglutição de sólidos demorada.</b> Mantém dieta pastosa, tolera líquidos consistência fina devagar, não tolera sólidos. Passada informação à equipa de Enfermagem. Realizados exercícios de fortalecimento muscular: exercícios dos lábios e língua realizados apenas com indicação verbal/descrição do exercício, os restantes realizados por demonstração. Reforçados ensinios sobre técnicas de deglutição: flexão do pescoço.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivo e resultados esperados	Intervenções	Resultados alcançados
<p><b>Função cognitiva [comunicação], comprometida</b></p> <p><b>1.1. Função cognitiva [funções</b></p>	<p>A Sr<sup>a</sup> A.R apresenta a comunicação comprometida, uma vez que, de acordo com o padrão documental, apesar</p>	<p>- <b>Avaliar a capacidade para comunicar;</b>  - <b>Incentivar a pessoa a comunicar;</b>  - <b>Executar técnica de treino de discurso:</b> sistema de comunicação com base na escrita;</p>	<p><b>28/11 e 29/11</b></p> <p>Na avaliação da linguagem, a Sr<sup>a</sup> A.R encontra-se afásica, pelo que não tem discurso fluente, não nomeia e não repete. Encontra-se em mutismo, emitindo sons ininteligíveis. A nível da escrita, é</p>

<p><b>executivas], comprometida</b></p>	<p>de compreender a comunicação verbal e não-verbal, não comunica eficazmente nem consegue manter uma conversa, devido às alterações da linguagem que apresenta. A nível das funções executivas, apresenta dificuldade no planeamento e organização, e cálculo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Utilizar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal:</b> encorajar a pessoa a falar; dar tempo à pessoa para se expressar; não valorizar a pronúncia imperfeita; encorajar a expressão verbal de frases curtas do dia-a-dia (como bom dia, obrigado, até logo);</li> <li>- <b>Identificar junto da pessoa fatores que promovam a compreensão:</b> avaliar acuidade auditiva e acuidade visual (encorajar a utilização de óculos se necessário); proporcionar ambiente calmo e livre de distrações; falar pausadamente; dar uma informação de cada vez; aguardar pela resposta durante um período maior que o habitual; não aumentar o tom de voz;</li> <li>- <b>Reconhecer as frustrações da pessoa:</b> manter uma atitude positiva; tranquilizar a pessoa; fornecer tempo para expressão de sentimentos;</li> <li>- <b>Instruir a realização de exercícios de treino cognitivo relativamente à escrita, planeamento, organização e cálculo:</b> através do treino de atividades de vida diária e fichas de exercícios;</li> <li>- <b>Ensinar e instruir os familiares sobre as alterações da linguagem, e estratégias para melhorar a comunicação (como por</b></li> </ul>	<p>capaz de escrever embora com erros. Identifica e escreve os objetos pedidos. Apresenta compreensão mantida, cumprindo ordens simples, embora com necessidade de repetir algumas questões.</p> <p>Como referido anteriormente, com alguma frustração durante os treinos de atividade de vida diária, pelo que foi fornecido tempo e espaço para expressão de emoções. Incentivada a comunicação verbal. Foi identificado que a Sr<sup>a</sup> A.R tinha acuidade visual diminuída, pelo que foram solicitados à família os óculos graduados que tinha em casa para facilitar a comunicação. Iniciou treino cognitivo com fichas de exercícios. Com dificuldades nas fichas de planeamento e organização.</p> <p><b>01/12 a 03/12</b></p> <p>Incentivada a comunicação verbal. A Sr<sup>a</sup> A.R já tinha os óculos no dia 01/12, pelo que realizou mais fichas de exercícios a partir desse dia para treino cognitivo (atenção, funções executivas, cálculo e escrita). Inicialmente, com dificuldades nas fichas de planeamento e organização, que melhorou ao longo dos dias. Nas fichas de cálculo, com perda de interesse com o aumento da complexidade. No dia 02/12, mais interessada e empenhada em resolver. Realizado treino de escrita (fluência e nomeação), com erros ortográficos. Não demonstrou dificuldades nos exercícios de atenção. Realizada correção de todos os exercícios realizados, com a</p>
---	---	--	---

		<b>exemplo utilizar a escrita) e explicar os benefícios de treino da linguagem.</b>	compreensão dos erros. No dia 03/12, a nível da comunicação verbal, manteve a emissão de sons ininteligíveis, contudo, conseguiu fazer a entoação do “bom dia”. Conversado com o marido sobre as alterações da comunicação.
--	--	---	--

<b>Diagnóstico</b>	<b>Após implementação do programa de reabilitação (03/12)</b>
<b>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir-se</b>	<u>Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, arranjar-se e vestir-se, melhorado:</u> Realizou os cuidados de forma autónoma, apenas com supervisão. Reavaliação do <i>Índice de Barthel</i> : 95 pontos
<b>Equilíbrio corporal, comprometido</b>	<u>Equilíbrio corporal, melhorado</u> Melhoria do equilíbrio e maior segurança na realização dos exercícios e na marcha. Teste de romberg negativo. Escala de Berg 53 – baixo risco de queda / equilíbrio bom.
<b>Movimento muscular, comprometido</b>	<u>Movimento muscular, melhorado</u> Melhoria do grau de força muscular, coordenação e motricidade fina a nível distal do membro superior direito com os exercícios realizados. Melhor controlo dos movimentos grosseiros.
<b>Défice sensorial</b>	<u>Défice sensorial, melhorado</u> Melhoria do défice sensorial, referindo apenas hipostesia ligeira a nível da face. Contudo, mantida nos restantes segmentos do hemisfério direito.
<b>Deglutição, comprometida</b>	<u>Deglutição, melhorada</u> Movimentos buco-faciais melhorados com a realização de exercícios de fortalecimento muscular. Aplicada escala de <i>GUSS</i> , tendo obtido pontuação 19 – disfagia ligeira - deglutição de sólidos demorada.
<b>Função cognitiva [funções executivas], melhorada Função cognitiva [comunicação], comprometida</b>	<u>Função cognitiva [funções executivas], melhorada</u> <u>Função cognitiva [comunicação], comprometida</u>  Melhoria das funções executivas a nível do treino de atividades de vida diária e fichas de exercícios realizadas (em anexo). Relativamente à comunicação verbal, manteve a emissão de sons ininteligíveis, contudo, conseguiu fazer a entoação do “bom dia”. Apresentou mais tentativas de comunicação verbal e estratégias para comunicar com a equipa, sendo a estratégia preferencial a escrita.

## CONCLUSÃO

O caso apresentado demonstrou ser uma mais-valia para a minha aprendizagem, uma vez que permitiu a realização de uma avaliação inicial onde foram identificadas as limitações da atividade e incapacidades decorrentes do AVC, a realização de um plano de intervenção tendo como base as alterações previamente identificadas com vista ao autocontrolo e autocuidado, a implementação das intervenções e a avaliação dos resultados.

O presente estudo de caso permitiu, também, a realização de treino de atividades de vida diária com adaptação às limitações existentes a nível motor, numa fase inicial, onde o objetivo se prendeu na maximização da autonomia e qualidade de vida. A promoção da acessibilidade foi também um foco, na identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio e na realização de ensinamentos relativamente às circunstâncias ambientais que podem levar a eventos adversos como lesões, decorrentes, por exemplo, da alteração de sensibilidade apresentada.

No que concerne à perspetiva de cuidados futuros, a Sr<sup>a</sup> A.R foi referenciada para um centro de reabilitação do centro hospitalar. A referenciação foi decidida em equipa multidisciplinar ao longo do internamento, juntamente com a Sr<sup>a</sup> A.R e o seu marido. De forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido no internamento, foi realizada uma nota de transferência de Enfermagem de Reabilitação, onde foram descritos os diagnósticos e as intervenções realizadas. Como foco de atenção, destacaram-se os diagnósticos de comunicação e deglutição comprometida. No momento da alta, a Sr<sup>a</sup> A.R conseguiu realizar algumas entoações, contudo, não emitia ainda monossílabos. Algumas estratégias foram utilizadas para otimizar a comunicação, como é o caso da escrita, contudo, continua a beneficiar da intervenção do EEER neste sentido. A nível da deglutição, no final do internamento a Sr<sup>a</sup> A.R apresentava uma disfagia ligeira, tolerava líquidos finos devagar, contudo, não tolerava sólidos. Apesar de tolerar líquidos finos, foi descrita a necessidade em manter a consistência néctar durante os primeiros dias, até se sentir mais segura na deglutição de líquidos, e caso se encontre sem supervisão. A Sr<sup>a</sup> A.R continua a beneficiar de

exercícios de fortalecimento muscular a nível dos músculos orofaciais, que também se constituem benéficos para a apraxia buco-facial que apresenta, apesar de se encontrar bastante melhorada no momento da alta.

A descrição anteriormente realizada dos cuidados prestados estão de acordo com o regulamento de competências previstos para o EEER, sendo as mais desenvolvidas neste estudo de caso as competências J1 e J2, onde o EEER *“cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”* e *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13566).

## REFERÊNCIAS

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*, pp. 13565-13568.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

# ANEXOS

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS DIFICULDADE: 1

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 29/11/23

Instruções: Solicitar que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.

Ordem (1 a 4)	Para lavar a loiça...
2	Esfregar a loiça. ✗
3	Pôr detergente no esfregão. ✗
1	Passar por água. ✓
4	Deixar escorrer. ✓

Ordem (1 a 4)	Para ver televisão...
4	Selecionar o canal. ✗
1	Ligar a televisão. ✗
3	Ver o programa. ✗
2	Pegar no comando. ✗

Ordem (1 a 4)	Para telefonar...
4	Falar ao telefone. ✓
2	Procurar o número de telefone. ✓
1	Pegar no auscultador. ✓
3	Marcar o número de telefone. ✓

### Registos de Enfermagem

Tempo de execução: normal  
 Número de não respondidos: 0  
 Número de falsos positivos: 4/6  
 Número de respostas corretas: 0/6

Observações: distúrbio na 1ª + 2ª tarefa

106

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS DIFICULDADE: 2

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 01/12/23

Instruções: Solicitar que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.

Ordem (1 a 4)	Exercício 1
2	O João foi ao Hospital. ✓
4	O João ficou bom. ✓
3	O médico deu-lhe um medicamento. ✓
1	O João estava doente e com febre. ✓

Ordem (1 a 4)	Exercício 2
1	Levanta-se de manhã, toma o pequeno-almoço e sai de casa. ✗
2	Ao domingo a D. Rosa vai à missa. ✗
4	Quando volta para casa sente-se mais feliz. ✓
3	Caminha até à igreja, entra e reza. ✓

Ordem (1 a 4)	Exercício 2
3	Chegou ao supermercado, pegou no leite, pagou e foi para casa. ✓
4	Já em casa, preparou o leite com café e comeu umas torradas. ✓
2	Saiu de casa e foi ao supermercado comprar leite ✓
1	A Cátia levantou-se de manhã. ✓

### Registos de Enfermagem

Tempo de execução: normal  
 Número de não respondidos: 0  
 Número de falsos positivos: 2  
 Número de respostas corretas: 4/0

Observações: \_\_\_\_\_

107

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO

DIFICULDADE: 2

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 1/11/23

Instruções: Solicitar a realização dos seguintes cálculos numéricos.

24 + 12	36 ✓
32 + 15	47 ✓
45 + 24	69 ✓
56 + 22	79 x
63 + 21	84 ✓
78 + 34	112 ✓
86 + 45	147 x
97 + 59	146 x
99 + 84	143 x
124 + 97	

### Registos de Enfermagem

Tempo de execução: normal

Número de não respondidos: 1

Número de falsos positivos: 4

Número de respostas corretas: 5

Observações: perdeu interesse nas últimas 3 (+ complexas)

109

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO

DIFICULDADE: 2

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 02/12/23

Instruções: Solicitar a realização dos seguintes cálculos numéricos.

24 + 12	36 ✓
32 + 15	47 ✓
45 + 24	69 ✓
56 + 22	78 ✓
63 + 21	84 ✓
78 + 34	112 ✓
86 + 45	127 x
97 + 59	142 ✓
99 + 84	143 x
124 + 97	147 x

### Registos de Enfermagem

Tempo de execução: normal

Número de não respondidos: 0

Número de falsos positivos: 4

Número de respostas corretas: 6

Observações: \_\_\_\_\_

109

**REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA**  
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 01/12/23

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 10 profissões.

Entregadora de café	→	EMPREGADA DE CAFÉ
Pastelaria	→	PASTELEIRO
Cabeleleiraria	→	CABELELEIRO
Correios	→	CORREIOS
Professores	→	PROFESSORES
Médicos	→	✓
Bombeiros	→	BOMBEIROS
Polícia	→	POLÍCIA
Automa	→	
<del>Auto</del>		

**Registos de Enfermagem**

Tempo de execução: Normal  
 Número de não respondidos: 1  
 Número de falsos positivos: 8  
 Número de respostas corretas: 1

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

43

**REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA**  
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 01/12/23

Instruções: Solicitar a cópia das seguintes palavras.

Telhado	TElhADO ✓
Cerejeira	CEREJEIRA ✓
Falange	falangeTA ✓
Confeitaria	<del>CONFITARIA</del> CONFITARIA ✓
Pálpebras	PalpabRAS *
Camisaria	CamisARIA ✓
Cabeleireiro	CabeleIREIRO ✓
Laranja	LARANJAIRO *
Articulação	ARTICULAÇÃO ✓
Portinhola	PORTINHOLA ✓
Constituição	CONSTITUIÇÃO *
Democracia	DEMOCRACIA ✓

**Registos de Enfermagem**

Tempo de execução: demorado  
 Número de não respondidos: 0  
 Número de falsos positivos: 4  
 Número de respostas corretas: 8

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

28

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – NOMEAÇÃO

DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 02/12/23

Instruções: Solicitar a resposta às seguintes respostas. NOTA: Poderá solicitar que a pessoa preencha a lista autonomamente ou apenas que os refira verbalmente.

Onde se compra o pão?	padaria
Onde se compram os medicamentos?	Medicamaria
Onde se compram as flores?	Flares
Onde se compra a carne?	compra
Onde se compra o peixe?	Peixar
Onde se compra o café?	café
Onde se compra o arroz?	ARROZ
Onde se compra a roupa?	Roupa
Onde se compram os jornais?	garnais
Onde se compram os sapatos?	saparam

### Registos de Enfermagem

Tempo de execução: demorado  
 Número de não respondidos: 0  
 Número de falsos positivos: 10  
 Número de respostas corretas: 0

Observações: com dificuldade!

52

## REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO

DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: \_\_\_\_\_ Data: 01/12/2023

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras DADO.

A	M	A	D	F
S	O	L	A	D
F	D	A	D	O
I	M	A	O	A
D	A	D	O	P

### Registos de Enfermagem

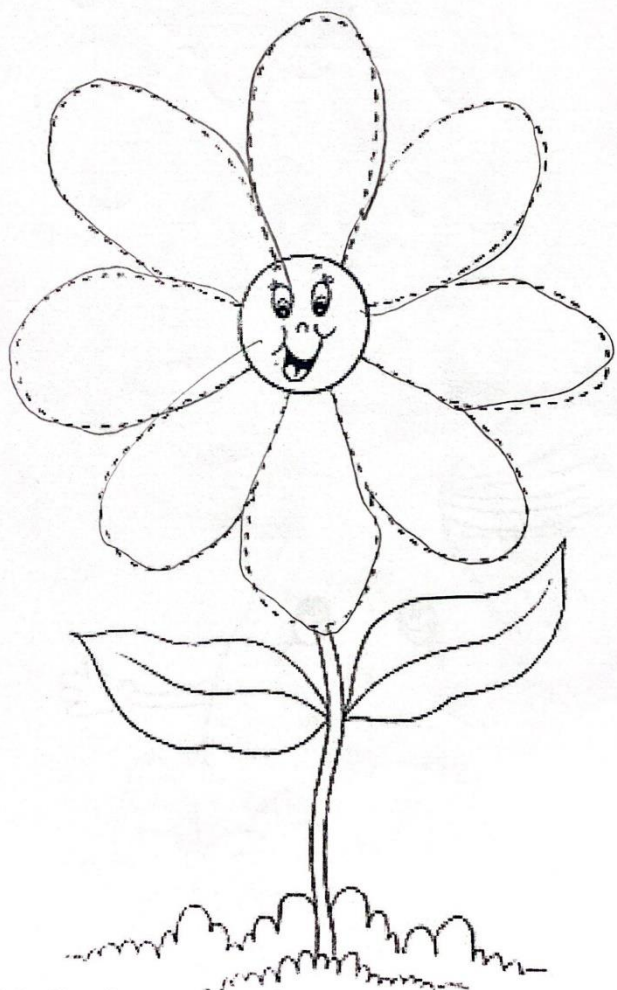
Tempo de execução: normal  
 Número de não respondidos: 0  
 Número de falsos positivos: 0  
 Número de respostas corretas: 3

Observações: simplesmente

11

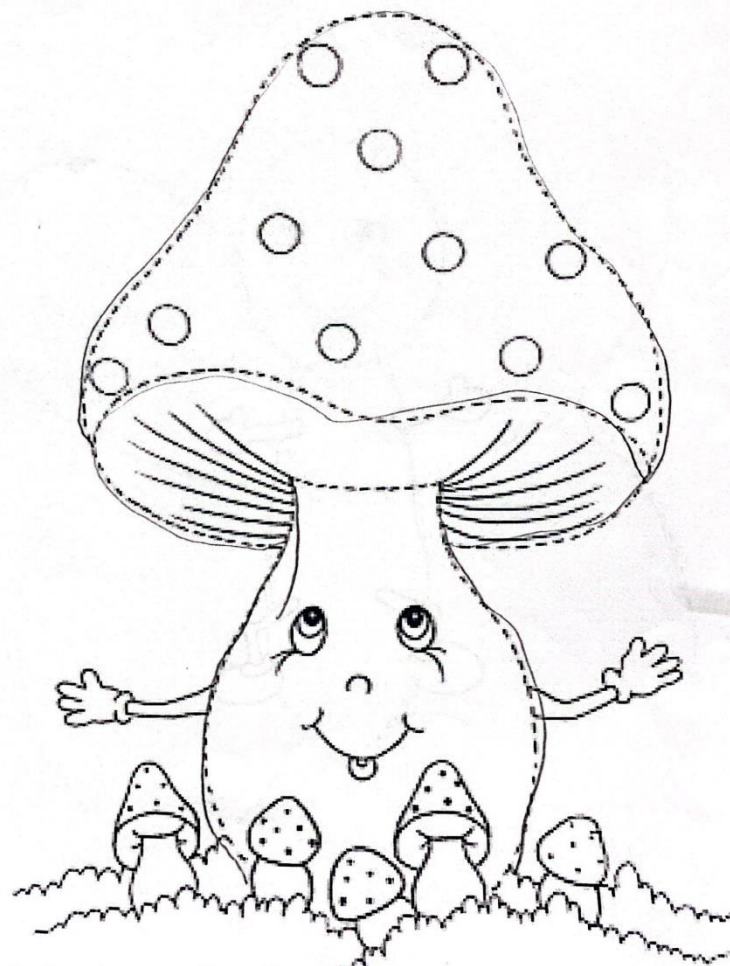
02/12

### Desenhos para a Coordenação Motora



03/12

### Desenhos para a Coordenação Motora



### **Apêndice 3**

Relatório de Estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto  
Orto Traumatológico, Reumatológico e na  
Comunidade**

**Amanda Louise Alves Lana**



**Lisboa**  
**2023**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto  
Orto Traumatológico, Reumatológico e na  
Comunidade**

**Amanda Louise Alves Lana**

Docente orientador:  
Professor Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

---

**Lisboa**  
**2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AVD** – Atividades de vida diária

**CMER** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**SIE** – Sistema de Informação de Enfermagem

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## Índice

Introdução .....	6
Descrição das competências desenvolvidas .....	8
Avaliação .....	23
Considerações finais.....	25
Referências .....	26

## Apêndices

**Apêndice I** – Estudo de caso realizado em contexto Orto Traumatológico

**Apêndice II** – Folhetos realizados em contexto Orto Traumatológico

**Apêndice III** - Sessão de formação – Terapêutica inalatória

**Apêndice IV** – Jornal de Aprendizagem contexto Orto Traumatológico

**Apêndice V** - Jornal de Aprendizagem contexto Comunitário

## **Introdução**

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, que decorreu no 2º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O relatório tem como objetivo geral a descrição e análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), desenvolvidas ao longo dos estágios nos contextos orto traumatológico e na comunidade. Foi ainda observado o papel do EEER em contexto reumatológico e no desporto, que será descrito no desenvolvimento do relatório. Como objetivo específico, realça-se a descrição das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, bem como a sua análise conceptual, relacionando com a fundamentação necessária que suporta o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, e para atribuição do grau de mestre de acordo com os descritores de Dublin.

O estágio teve início em contexto orto traumatológico, num serviço hospitalar de ortopedia e traumatologia. O serviço é constituído por 43 camas, onde as intervenções cirúrgicas programadas mais comuns são artroplastias do joelho e anca, contudo, o serviço também recebe pós-operatórios de cirurgias urgentes. A equipa de reabilitação deste serviço é composta apenas por uma enfermeira especialista na prestação de cuidados de reabilitação, sendo a restante equipa formada por três fisioterapeutas, duas assistentes sociais e uma dietista. Foram realizadas um total de 107h de estágio neste contexto.

O segundo contexto de estágio foi realizado na comunidade, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). A equipa de Enfermagem tem uma enfermeira especialista

na prestação de cuidados de reabilitação, que acumula funções de coordenação na USF. Em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do mesmo concelho, que partilha as instalações com a USF, foi ainda possível acompanhar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na realização de visitas domiciliárias de reabilitação. Foram realizadas um total de 121,5h de estágio neste contexto.

O referencial teórico escolhido para sustentar a intervenção do EEER no decorrer do estágio foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que se constitui uma teoria de médio alcance onde são abordados conceitos específicos que refletem a prática (Meleis et al., 2000). A intervenção do EEER é fundamental para que a pessoa/família alcancem uma transição saudável, ou seja, que resulte numa reestruturação de uma nova identidade, domínio de novas habilidades e alteração dos seus próprios comportamentos (Silva et al., 2019). No presente relatório vão ser descritas as atividades para o desenvolvimento de competências, à luz da teoria de transições de *Afaf Meleis*, refletindo sobre a influência do referencial teórico na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

O presente relatório irá ter a seguinte estrutura: introdução, onde é realizada uma breve contextualização dos objetivos propostos; a descrição das competências desenvolvidas, com base nas atividades realizadas; a avaliação, onde consta uma análise do percurso realizado em estágio; e, por fim, a conclusão, onde se insere o balanço geral do trabalho realizado, com as perspetivas para o futuro.

O relatório foi elaborado de acordo com os padrões do guia orientador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referenciado de acordo com a norma de referência APA 7ª edição.

## **Descrição das competências desenvolvidas**

Neste capítulo, vão ser descritas as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER. Para uma melhor descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, foram estabelecidos dois objetivos, que relacionam as atividades realizadas ao desenvolvimento das competências comuns e específicas correspondentes, sendo o primeiro objetivo delineado:

- Desenvolver competências na implementação do programa de reabilitação da pessoa para vivenciar um processo de transição saudável.

Este objetivo teve como base os objetivos gerais da intervenção do EEER, que são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. Neste sentido, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e individualizados, baseando-se nos problemas reais e potenciais da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

No primeiro contexto de estágio, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas submetidas a cirurgia em contexto orto traumatológico, maioritariamente a pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho. Por este motivo, e de uma forma geral, os planos de intervenção realizados tiveram como foco principal a reeducação funcional motora.

Lin, et al (2013), num estudo realizado com pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, incluindo prótese total da anca e joelho, referem que a reabilitação no pós-operatório é essencial, e que é necessário que os exercícios de reeducação da função motora tenham início no internamento (Lin et al., 2013). Neste sentido, foram realizados planos de intervenção com exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de atividades de vida diária (AVD), treino de marcha (com o produto de apoio mais adequado) e treino de escadas.

No estudo de Lin e colaboradores (2013), as pessoas submetidas a cirurgia que receberam cuidados da equipa de Enfermagem de Reabilitação apresentaram melhores resultados na recuperação. Possivelmente, isso se deve ao fato de que, após os ensinamentos realizados, as pessoas compreenderam melhor como realizar exercícios de reabilitação e as atividades de vida diárias (Lin et al., 2013).

Os resultados do estudo mostraram ainda que o estado funcional das pessoas antes da alta era mais fraco do que o relatado no pré-operatório. Isto indica que, após a alta, as pessoas não estão totalmente recuperadas a nível da função motora, e ainda requerem cuidados da família/cuidadores (Lin et al., 2013). Por este motivo, ao longo do estágio, a gestão de expectativas durante o internamento foi um foco de intervenção, uma vez que as pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho iriam precisar de ajuda nas primeiras semanas após a intervenção cirúrgica. Neste sentido, foram também realizados ensinamentos não só à pessoa, mas também à família/cuidador, sobre os diversos cuidados a ter tendo em conta a cirurgia realizada, bem como a avaliação das condições sociais (como por exemplo, identificação da rede de apoio) e ambientais (como as condições habitacionais, produtos de apoio necessários, questões de acessibilidade, entre outros) da pessoa no regresso ao domicílio, ou orientações precisas caso o regresso fosse para outra instituição de saúde (como a necessidade de instruir outros profissionais sobre os cuidados a ter no pós-operatório).

Ao longo do estágio, senti a necessidade de aplicar mais instrumentos de avaliação para realizar uma avaliação inicial mais completa, como previsto na unidade de competência J1.1 das competências específicas do EEER, onde o mesmo deve avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019). De forma a desenvolver mais esta unidade de competência, foi realizado um estudo de caso (apêndice I) sobre uma pessoa submetida a hemiartroplastia da anca. Na avaliação

inicial, utilizei os seguintes instrumentos de avaliação: índice de *Barthel* para avaliação da independência nas AVD, escala de *Morse* para avaliação do risco de queda, escala de *Guss* para avaliação da deglutição, escala de *Tinetti* para avaliação do equilíbrio e marcha, e escala *Medical Research Council* para avaliação da força muscular. A realização do estudo de caso foi uma mais-valia para a minha aprendizagem, uma vez que permitiu realizar um plano de intervenção mais aprofundado e individualizado, atendendo às necessidades previamente identificadas.

No contexto da comunidade, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação, maioritariamente a pessoas com alteração das funções motora e cardiorrespiratória, em visitas domiciliárias, tanto na USF como na ECCI. No que concerne à reeducação da função motora, foram realizados exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de AVD, e realização dos ensinamentos necessários para a reeducação desta função. A nível da função cardiorrespiratória, os cuidados prestados tiveram como foco a reeducação funcional respiratória, com exercícios de reeducação diafragmática, costal global/seletiva, limpeza das vias aéreas, ensinamentos sobre gestão da doença respiratória e técnicas de conservação de energia.

A realização do estágio em contexto hospitalar, e em seguida, no contexto de comunidade, foi muito importante para compreender melhor a articulação entre as instituições, o processo de transição vivenciada pela pessoa e família com a alta hospitalar para o domicílio, bem como as necessidades identificadas decorrentes desse processo de mudança.

No que concerne ao processo de transição e a sua importância no programa de reabilitação, e considerando como resultados a satisfação da pessoa e a maximização da sua funcionalidade, o EEER tem um papel fundamental no acompanhamento de pessoas que transitam de uma situação de independência para

uma situação de dependência (Silva et al., 2019). Por este motivo, interessa enquadrar conceptualmente ao longo do relatório a vivência do processo de transição durante a realização do estágio. Para a realização deste enquadramento, indo ao encontro do primeiro objetivo delineado, opto por descrever um dos momentos mais impactantes do meu percurso em estágio. No contexto comunitário, tive a oportunidade de acompanhar o caso clínico de uma pessoa (Sr. J) referenciada para a ECCI para iniciar o seu programa de reabilitação.

O Sr. J tinha 73 anos, residia com a sua esposa, no 3º andar de um prédio com elevador. Tinha como antecedentes pessoais mais relevantes: obesidade, amputação do membro inferior direito em fevereiro de 2023, uma úlcera no membro inferior esquerdo, e osteomielite no mesmo membro. O Sr. J encontrava-se dependente nas AVD, com apoio domiciliário. Desde fevereiro de 2023, após a amputação, que a sua rotina mudou drasticamente. Desde então, o Sr. J viu-se ainda mais dependente nas AVD, mais confinado ao leito, saindo de casa apenas para as consultas agendadas. Contava com o apoio da esposa e filha, contudo, referia tornar-se uma pessoa mais introvertida devido a alguns acontecimentos marcantes ao longo da sua vida, sendo um deles a morte de um dos seus filhos há cerca de 10 anos. Na primeira visita domiciliária, o Sr. J encontrava-se pouco motivado. Apresentava expectativas de voltar a andar, apesar de referir que já não tinha capacidade para o fazer desde antes da amputação.

Ao analisar o presente caso, constata-se que o Sr. J estava a experienciar um processo de transição saúde/doença. O processo de transição é complexo e apresenta diferentes padrões (Meleis et al., 2000). Neste caso, o Sr. J tem experienciado transições sequenciais, devido aos acontecimentos marcantes que nos foi descrevendo, não só a nível saúde/doença, mas também situacionais, como é o caso da morte do filho.

Segundo Meleis (2010), uma das características mais importantes da transição é a desconexão associada à rutura das ligações das quais dependem os sentimentos de segurança da pessoa, como por exemplo, a incongruência entre as expectativas baseadas no passado comparativamente ao presente. A autora também defende que o processo de consciencialização, outra característica importante, também tem de estar presente, ou seja, para existir um processo de transição, a pessoa deve reconhecer as mudanças que estão a ocorrer (Meleis, 2010).

Ao longo da avaliação inicial foi possível constatar que, apesar de desejar voltar a andar, o Sr. J reconhecia que naquele momento não tinha capacidade para o fazer, e que sentia mudanças significativas no seu bem-estar desde fevereiro (momento em que ocorreu o ponto de rutura e consciencialização da sua condição clínica atual). O ajuste de expectativas sempre foi uma preocupação da equipa desde o início, pelo que o plano de reabilitação foi realizado em conjunto com o Sr. J e esposa. Assim, com o objetivo de maximizar a funcionalidade, autonomia e bem-estar, e após identificar necessidades, preferências e interesses do Sr. J, ficou delineado que o programa de reabilitação a nível da reeducação funcional motora, iria ter como objetivo final a realização da transferência com tábua para a cadeira de rodas.

Numa fase inicial, foi um desafio encontrar exercícios que motivassem o Sr. J. O seu envolvimento no processo de transição, apesar de ter consciência sobre o mesmo, não era muito elevado. Para entender as experiências das pessoas durante as transições, é necessário identificar as condicionantes (pessoais, comunitárias ou sociais) que facilitam ou dificultam o progresso em direção a uma transição saudável (Meleis et al., 2000). A nível de condições pessoais, foi identificada uma falta de preparação para o processo de transição por baixo conhecimento sobre a sua situação atual, bem como o estigma devido à amputação. Após a identificação destas condicionantes, o plano de reabilitação foi sofrendo alterações de forma a dar resposta às necessidades do Sr. J com as intervenções terapêuticas de Enfermagem

adequadas, para desencadear uma resposta positiva ao processo de transição, o que aumentou o envolvimento do Sr. J na experiência da transição.

Os pontos de mudança iniciam um processo com padrões de resposta ao qual fazem parte os indicadores de processo (que englobam o sentir-se ligado, o interagir, o estar situado e o desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*) e os indicadores de resultado (que se referem ao domínio de novas competências - maestria, e à reformulação da identidade - integração fluída da identidade) (Meleis et al., 2000).

Após três semanas do início do programa de reabilitação, o Sr. J foi capaz de se transferir sozinho para a cadeira de rodas, com tábua de transferência. Nesse mesmo dia, foi possível levar o Sr. J ao café onde costumava ir com os seus amigos pela primeira vez, desde fevereiro. Foi um momento marcante, não só para o Sr. J e família, mas também para a equipa. Foram realizados diversos ensinamentos e, nesta fase, foi importante reforçar alguns conceitos sobre as barreiras arquitetónicas, questões de acessibilidade não só no prédio, mas também no percurso realizado, que não eram facilitadoras. Foram reforçados ensinamentos e estratégias sobre a prevenção de quedas, uma vez que o Sr. J não poderia realizar aquele percurso sozinho, pelo que seria importante contar com o apoio da família e amigos para introduzir este percurso sua rotina, que era um dos seus desejos.

No final do estágio, o Sr. J, juntamente com a família e amigos, conseguiu estabelecer um horário em que três dias na semana realizasse este percurso, contando sempre com o apoio de duas pessoas. Ao se adaptar a esta nova realidade, começou a mostrar ainda mais interesse em realizar novas atividades, como em realizar a transferência com tábua também para a cadeira de banho, e para o carro, quando a filha o viesse visitar. Neste momento, consegue transferir-se para ir ao WC com o apoio domiciliário diariamente.

Ao longo do acompanhamento do Sr. J no seu processo de reabilitação, foi notória a evolução do seu processo de transição. A nível dos padrões de resposta, sentiu-se evolução a nível da ligação e interação com a família e profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de confiança ao longo do seu processo de transição. Assim, considera-se que o processo de transição do Sr. J evoluiu de forma favorável e saudável, uma vez que foi capaz de desenvolver novas competências para lidar com o seu estado de saúde atual, e iniciar a reformulação da sua identidade.

O referencial teórico de Afaf Meleis fornece bases essenciais para que o EEER compreenda a pessoa e família em qualquer momento do seu processo de transição (Silva et al., 2019). Esta compreensão permite a identificação dos aspetos facilitadores e dificuldades do processo, bem como o ajuste do plano terapêutico às necessidades identificadas, indo ao encontro do processo de transição saudável. O caso apresentado foi um exemplo em como a atuação do EEER é determinante não só no processo de reabilitação, mas também no processo de transição que o acompanha, tendo sempre em vista a maximização do potencial, conhecimento e capacidades (Silva et al., 2019).

Em suma, e após a descrição das atividades para atingir o primeiro objetivo, tive a oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação, avaliando a funcionalidade e limitações da atividade, elaborando os planos de intervenção, implementando as intervenções programadas para reeducação funcional motora, e avaliando os resultados das intervenções implementadas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Considero que uma das competências específicas do EEER mais desenvolvida consoante as atividades realizadas foi a J1- "Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados", sendo a unidade de competência onde senti maior evolução a J1.1- "Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e

incapacidades” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13566), uma vez que foi uma necessidade identificada no início do primeiro contexto, e trabalhada ao longo da realização do estágio, com a realização do estudo de caso previamente mencionado. Foi ainda possível, nos domicílios de reabilitação realizados na comunidade, a aplicação de diversos instrumentos de avaliação, principalmente no caso do Sr. J, para avaliação da função motora e neurológica ao longo do programa de reabilitação.

A nível da competência J2 — “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, a unidade de competência que se destacou mais foi a J2.2 - “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, dado que, ao acompanhar o caso previamente descrito, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a gestão das circunstâncias ambientais, sensibilização e adoção de práticas inclusivas, bem como prestar cuidados que favoreçam a inclusão social de pessoas com necessidades de saúde (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Por este motivo, e ao realizar outros domicílios na comunidade, foi possível desenvolver uma maior sensibilidade e atenção às questões de acessibilidade.

O segundo objetivo delineado, prende-se em rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem ao longo dos contextos de estágio, revelando conhecimentos na prestação de cuidados especializados. Sendo o estágio de curta duração, foi importante a consciencialização de que todas as oportunidades de desenvolvimento de competências comuns e específicas eram importantes e poderiam ser, efetivamente, únicas.

No contexto orto traumatológico, participei na consulta multidisciplinar pré-operatória de artroplastia da anca e joelho (alternada semanalmente) que inclui a intervenção do EEER, do fisioterapeuta, da dietista e da assistente social. A consulta é dirigida para a pessoa a ser intervencionada e o respetivo familiar/cuidador de referência. A intervenção do EEER tem a duração de cerca de 45 minutos, e aborda

conceitos importantes, tais como a gestão de expectativas, os cuidados a ter no pré e pós-operatório e a reeducação funcional motora com foco no treino de AVD. No final da sessão, existe um momento para esclarecimento de dúvidas.

A consulta multidisciplinar de reabilitação na fase pré-operatória tem como vantagens a gestão da dor e da ansiedade, e aumenta os conhecimentos sobre a cirurgia e autocuidado. Tem ainda como benefício uma melhor aceitação e adesão ao programa de reabilitação (Pina & Baixinho, 2020). Ao longo da realização das consultas, o feedback das pessoas e familiares convocados foi muito positivo, referindo que ficaram mais preparados e com as expectativas ajustadas para a cirurgia. Foram ainda trocadas impressões entre as pessoas a serem intervencionadas, bem como os respetivos familiares, o que também se constituiu um ponto a favor para se sentirem mais tranquilizados e compreendidos.

Na primeira consulta realizada pela equipa multidisciplinar, ficou clara a necessidade de realização de um folheto com o resumo dos assuntos abordados pela EEER, sendo muito solicitado pelas pessoas presentes. Por este motivo, foram realizados os folhetos sobre a artroplastia da anca e joelho, em colaboração com a EEER e enfermeira chefe do serviço, que se encontram em apêndice II.

No estágio de comunidade, foi realizada uma sessão de formação para os enfermeiros da USF sobre a terapêutica inalatória (apêndice III), que surgiu após a identificação da necessidade de formação dos enfermeiros da USF nessa área. Foi um momento não só de aprendizagem pessoal, mas também de desenvolvimento profissional no que concerne às competências do enfermeiro especialista, uma vez que este responsabiliza-se a facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Assim, deve atuar como formador, diagnosticar as necessidades formativas e favorecer a aprendizagem, contribuindo assim para o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Uma vez que as competências do enfermeiro especialista preveem ainda a avaliação do impacto da formação

realizada, foram aplicados inquéritos de avaliação da formação no final da mesma (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Os resultados do inquérito de avaliação foram muito positivos, e permitiu identificar os aspetos a melhorar nas formações futuras.

A sessão de formação foi ainda relevante para desenvolver competências para a obtenção do grau de mestre, dado que a nível dos descritores de Dublin, é esperado a capacidade de comunicar as conclusões, conhecimento e raciocínio inerentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e inequívoca (Joint Quality Initiative, 2004).

Ainda no estágio de comunidade, tive a oportunidade de realizar a consulta da DPOC, que surge no âmbito do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) da USF para utentes sem seguimento em consulta há mais de 3 anos. A consulta de Enfermagem de DPOC foi organizada numa consulta individual com cada utente, com cerca de 15 minutos, e numa sessão em grupo, com cerca de 30 minutos. Foram realizadas 12 consultas individuais, sendo os utentes distribuídos em 3 sessões de grupo.

Na consulta individual, foi realizada a avaliação do *FEV1* através do espirómetro *COPD-6®*, a verificação do registo vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, procedendo ao ensino e incentivo à adesão à vacina pneumocócica, a aplicação das escalas CAT (*COPD Assessment Test*) e TAI 12 itens (*teste adesão aos inaladores*) identificando potenciais erros na realização da terapêutica inalatória, e identificação de necessidade de referenciação para a consulta de cessação tabágica. Na sessão de grupo, foi realizada uma apresentação em *powerpoint*, com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre a doença, com foco na reabilitação respiratória e técnicas de conservação de energia, realizando a demonstração de alguns exercícios que podem realizar no dia-a-dia.

A consulta permitiu a continuidade do desenvolvimento da unidade de competência J1.1 das competências específicas do EEER, que remete à avaliação da

funcionalidade da pessoa, dado que foram aplicados diversos instrumentos de avaliação que permitiram a identificação das necessidades e intervenção precoce relativamente à progressão da doença que, conseqüentemente, tem impacto na qualidade de vida e bem-estar das pessoas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A realização da consulta de DPOC vai, assim, ao encontro das competências previstas para o EEER, uma vez que, ao realizar sessões de treino com vista à promoção da saúde, capacitação e autogestão, o enfermeiro maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Além de melhorar os conhecimentos sobre a doença, a consulta permite ainda melhorar a capacidade da pessoa para a gestão da doença e AVD.

Em cada contexto de estágio, foi realizado um jornal de aprendizagem. No jornal de aprendizagem realizado em contexto orto traumatológico, é realizada uma reflexão à luz do ciclo de *Gibbs* sobre uma situação ocorrida neste contexto, que remete à atuação do EEER no planeamento da alta e o envolvimento da pessoa e família neste processo (apêndice IV). No jornal de aprendizagem realizado no estágio de comunidade, consta uma análise reflexiva mais pormenorizada da sessão de formação aos enfermeiros da USF e da consulta da DPOC realizadas (apêndice V). Este último, contém ainda o planeamento da sessão de formação e sessão de grupo da consulta de DPOC, e inquéritos de avaliação da formação.

Na última semana de estágio foi realizado um estágio de observação, sendo um dia em contexto reumatológico e outro dia em desporto, de forma que fosse possível a observação da atuação do EEER nestes contextos. No estágio de observação de reumatologia, não foi possível observar a atuação do EEER, pelo que acompanhámos o trabalho desenvolvido pelo fisioterapeuta nesta área. Esta instituição tem cerca de 16 camas de internamento de curta duração, cerca de 1 semana para a realização de programa de reabilitação. A nível das patologias mais comuns, são referenciadas pessoas com diagnóstico de artrose, osteoporose e

fibromialgia, entre outros. O objetivo da intervenção centra-se no controlo da dor e inflamação, bem como nos ensinamentos sobre exercícios da função motora e respiratória, para que as pessoas sejam capazes de realizá-los no domicílio para prevenção de quedas e possíveis agudizações.

O estágio de observação no âmbito do desporto, foi realizado numa clínica especializada com foco em programas de exercício em contexto clínico. Foi possível acompanhar o EEER na realização do treino adaptado a cada pessoa, após a avaliação inicial realizada por um fisiatra e pelo EEER. A observação dos treinos realizados foi uma mais-valia, uma vez que foi possível compreender a necessidade de individualização do programa de exercício, tendo em conta os antecedentes pessoais e limitações funcionais das pessoas, bem como as necessidades e as preferências no que concerne aos exercícios realizados. Mais uma vez, destaca-se a importância de incluir a pessoa no seu programa de reabilitação, de forma a ir ao encontro da satisfação do cliente, e, conseqüentemente, a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Foi ainda lançado um desafio pelo EEER em estruturar um programa de treino de exercício que pudesse ser realizado no domicílio, com base no diagnóstico de uma das pessoas que realizou um treino nesse dia, colocando assim em prática os conhecimentos adquiridos no que concerne ao treino de exercício.

Após a descrição das atividades desenvolvidas, considera-se relevante proceder à análise dos cuidados prestados à luz dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a análise dos resultados permite a identificação dos aspetos a melhorar, o que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Os enunciados descritivos, permitem precisar o papel do enfermeiro no que concerne aos resultados mínimos esperados e dos melhores resultados que é aceitável esperar (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

No que diz respeito ao enunciado descritivo satisfação do cliente, por exemplo, o respeito pela autonomia, crenças e desejos ao longo do processo de reabilitação foi sempre uma preocupação, uma vez que todo o processo fica comprometido se estes aspetos não forem tidos em conta. O foco da reabilitação é a pessoa, o que significa que tudo o que a envolve e é importante para ela, é relevante para o processo de reabilitação, aumentando assim os níveis de satisfação e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados. Assim, o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação é essencial, bem como o envolvimento da família/pessoas significativas.

Outro enunciado descritivo relevante é a organização dos cuidados de Enfermagem que prevê, além de outros aspetos, a existência de um sistema de registos de Enfermagem que permita a incorporação de dados como os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções, tanto a nível pessoal como familiar e social (Regulamento n.º 350/2015, 2015). De acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), padronizar a documentação dos cuidados do EEER tem como objetivos, entre outros, documentar os cuidados especializados prestados, precisar o contributo dos cuidados do EEER nos ganhos em saúde das pessoas que cuidam e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que concerne ao Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), a Ordem dos Enfermeiros, em 2007, elaborou um documento que contém os princípios gerais a atender e os principais requisitos técnico-funcionais para a elaboração dos sistemas de informação. A maximização do potencial dos registos eletrónicos em saúde, como a produção automática de indicadores e a monitorização da qualidade são exemplos de objetivos previstos para os SIE (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Os indicadores permitem, por sua vez, a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde

e a identificação de oportunidades de melhoria, motivo pelo qual foi elaborado um documento pela OE com o core de indicadores específicos para os cuidados especializados em reabilitação, que vai ao encontro do padrão documental anteriormente mencionado (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Um exemplo de indicador para este enunciado descritivo que deve constar no SIE é a “proporção de clientes com cuidados de enfermagem de reabilitação”, que corresponde ao número 239 do core de indicadores da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 19)

O *SClínico* é um exemplo de sistema de informação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos em saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). A nível de Enfermagem, são priorizados os indicadores que permitem produzir resultados e ganhos em saúde, centrados na pessoa, nomeadamente ao nível da prevenção de complicações e resultados de intervenções com base nos diagnósticos de enfermagem (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019b).

Os registos de Enfermagem efetuados ao longo do estágio foram realizados em *Sclínico*, contudo, no contexto orto traumatológico, os registos de Enfermagem foram realizados em notas gerais. Já no estágio de comunidade, foi possível desenvolver competências neste sentido, pelo que os registos foram realizados de acordo com o padrão documental e core de indicadores previstos para os registos dos cuidados de Reabilitação. Para efetuar os registos da consulta de DPOC, por exemplo, foi possível selecionar intervenções associadas aos diagnósticos de Enfermagem relacionados com a doença, como “avaliar intolerância à atividade”, “avaliar capacidade de autoadministração de medicamentos”, “ensinar sobre técnicas de conservação de energia”, entre outras. Foi possível ainda selecionar dentro da lista de programas no sistema da USF, o programa “Reabilitação”, para contabilizar estatisticamente as pessoas que estão a receber cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Foi notória a importância dos sistemas de informação para a documentação dos cuidados de reabilitação realizados em contexto de estágio. Permitiu-me compreender a aplicabilidade dos registos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados e a sua real importância para justificar o trabalho desenvolvido e melhorar continuamente a qualidade do mesmo.

Todas as experiências vivenciadas contribuíram ainda para conseguir aplicar conhecimento e compreender as habilidades de resolução de problemas em novos ambientes, bem como desenvolver a capacidade para integrar o conhecimento e lidar com a complexidade, fomentando a reflexão sobre questões sociais e éticas. Todos estes aspetos fazem parte do conjunto de habilitações necessárias para a obtenção do grau de mestre (Joint Quality Initiative, 2004).

Assim, os conhecimentos especializados que sustentam a capacidade de reflexão, bem como o pensamento crítico em Enfermagem, que são características do nível 7 do Quadro Europeu de Qualificações, foram refletidos nos cuidados prestados e no percurso realizado (União Europeia, 2019)

## **Avaliação**

Após a descrição das competências desenvolvidas nos contextos de estágio, é importante realizar um balanço do percurso realizado. Para tal, irei recorrer a uma análise *SWOT*, que, a nível do contexto de desenvolvimento de competências na prática clínica, permite focar a síntese dos diversos cenários, dando ênfase aos pontos fortes, aos pontos fracos, às oportunidades e às ameaças. Desta forma, é possível consolidar os aspetos ou dimensões mais relevantes, que favorecem ou dificultam as aprendizagens (Pereira & Rito, 2013).

Relativamente às forças, que remetem a fatores intrínsecos favorecedores da aprendizagem (Pereira & Rito, 2013), considero que o facto de aproveitar as oportunidades de aprendizagem foi sempre uma preocupação, por isso tentei sempre criar um ambiente favorável à prática e integrar-me da melhor maneira nos serviços, o que se constituiu um aspeto positivo, mencionado também pelas enfermeiras orientadoras; além disso, considerando os objetivos propostos no guia orientador da Unidade Curricular, foi possível aprofundar e colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas aulas, a nível orto-traumatológico, neurológico e cardiorrespiratório.

No que concerne às debilidades, referentes a fatores intrínsecos dificultadores da aprendizagem (Pereira & Rito, 2013), o primeiro contexto foi de adaptação ao facto de voltar novamente a estar em estágio, e apesar de saber qual seria a minha conduta a nível pessoal e enquanto estudante, não sabia o que esperar em termos de aprendizagem, uma vez que a nível do mestrado é algo que se distingue da licenciatura. Por este motivo, inicialmente, tive dificuldades em perceber como poderia melhorar, reflexão esta que só realizei após duas semanas do primeiro contexto. Nesse momento, foi quando identifiquei as minhas necessidades de aprendizagem naquele contexto, face às características do mesmo. Idealmente, esta

reflexão teria de acontecer numa fase mais precoce do estágio, por ser de curta duração.

No que diz respeito às oportunidades, que refletem os fatores extrínsecos favorecedores da aprendizagem (Pereira & Rito, 2013), realço a realização do estágio em contextos muito diferentes da minha prática profissional, que de alguma forma me inquietaram a sair da minha zona de conforto, especialmente o estágio de comunidade, que foi uma mais-valia por todos os momentos de aprendizagem, e por ter permitido a realização de turnos na ECCL, que foi bastante enriquecedor para o meu desenvolvimento de competências. Saliento também o facto de ter iniciado o estágio em contexto hospitalar, e em seguida o estágio em comunidade, uma vez que me permitiu observar as diferenças e o seguimento da pessoa no que diz respeito à continuidade de cuidados na comunidade.

Como ameaças, inseridas nos aspetos extrínsecos dificultadores da aprendizagem (Pereira & Rito, 2013), menciono as horas de contacto exigidas para os contextos de estágio de curta duração, que foram de difícil gestão e não me permitiram dispensar o tempo e atenção que desejava para este momento de aprendizagem que considero tão importante. Considerando também o meu projeto de estágio a área da alteração da função deglutição, tinha como expectativas poder aplicar conhecimentos mais aprofundados a esse nível, o que não foi possível, uma vez que não tive contacto com casos desta natureza, tendo realizado a avaliação desta função apenas uma vez.

## Considerações finais

A realização do estágio foi, sem dúvida, um momento marcante no meu percurso a nível do mestrado. Apesar de ter sido realizado no final do segundo semestre do CMER, constituiu-se, do meu ponto de vista, o início de uma nova etapa. Permitiu-me não só sistematizar e refletir sobre todo o percurso realizado até ao momento, mas também ter a perceção de todo o trabalho que ainda está por desenvolver, uma vez que este estágio foi apenas o início do meu desenvolvimento de competências como EEER.

Neste sentido, considero que as oportunidades de aprendizagem foram aproveitadas, promovendo um ambiente favorável à prática, onde foi possível a realização de diversas atividades com vista ao desenvolvimento e competências comuns e específicas do EEER, com base nos conhecimentos adquiridos, e com vista ao desenvolvimento das habilitações necessárias para atingir o grau de mestre. A Teoria das Transições de *Afaf Meleis* teve extrema importância não só na elaboração do relatório, mas também na realização do estágio, uma vez que exigiu da minha parte uma consolidação de conhecimentos para conseguir intervir da melhor maneira no processo de transição das pessoas de quem cuidei, com vista a uma transição saudável.

Neste estágio, foi também a primeira vez ao longo do meu percurso académico a nível do mestrado que, embora como estudante, desempenhei o papel de EEER numa equipa multidisciplinar. Foi um marco importante para mim, na medida em que pude interiorizar a dimensão da responsabilidade que é ser enfermeiro especialista numa equipa, e onde a equipa o reconhece como tal. Como aspetos a melhorar futuramente, realço a necessidade em organizar melhor o pensamento crítico sobre a minha aprendizagem, de forma a identificar precocemente os aspetos a melhorar para aproveitar ainda mais o desenvolvimento de competências.

## Referências

- Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards . pp. 1-5.  
[https://www.aqu.cat/doc/doc\\_24496811\\_1.pdf](https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf)
- Lin, P. C., Wang, C. H., Liu, Y. Y., & Chen, C. S. (2013). Orthopaedic inpatient rehabilitation conducted by nursing staff in acute orthopaedic wards in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), pp. 618-626.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijn.12113>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), pp. 12-28.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Core de indicadores por categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQ CER .pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQ CER .pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Pereira, R., & Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. <https://hdl.handle.net/1822/33845>
- Pina, B. M., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), pp. 42-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015, pp. 16655-16660. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao\\_OE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao_OE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, pp. 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *SCLínico - Manual de consulta rápida*. Ministério da Saúde: [https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL\\_Brochura\\_Guia-SCLinico\\_2019.pdf](https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SCLinico_2019.pdf)

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019b). *BI SCLínico Hospitalar – Expansão na enfermagem e disponibilização a médicos*. Ministério da Saúde: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/06/bi-sclinico-hospitalar-expansao-na-enfermagem-e-disponibilizacao-a-medicos/>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., . . . Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 35-44.

União Europeia. (2019). Quadro Europeu de Qualificações - Apoio à aprendizagem, ao trabalho e à mobilidade transfronteiras. <https://doi.org/10.2767/695345>

Apêndices

Apêndice I

**Estudo de caso realizado em contexto Orto Traumatológico**

## **1º Curso de Mestrado em Reabilitação**

Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto  
traumatológico, reumatológico e na comunidade

### **Estudo de Caso – Contexto Orto Traumatológico**

**Amanda Louise Alves Lana**  
**Nº11605**

---

Professor Orientador:  
Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

---

**Lisboa**  
**junho 2023**

## DESCRIÇÃO DO CASO

Senhora M, 83 anos, recorreu ao Serviço de Urgência dia 24/05 por queda com traumatismo da anca à direita, fica internada com o diagnóstico de fratura subcapital do fémur direito, a aguardar intervenção cirúrgica.

Tem como antecedentes pessoais: EAM em dezembro 2022, seguido de cirurgia de revascularização cardíaca (doença coronária 3 vasos); HTA; Dislipidémia. É seguida em consulta de cardiologia, tem consultas com regularidade.

Tem como medicação habitual: AAS 100mg 1d; Clopidogrel 75mg 1d; Alizartan 40mg 1d; bisoprolol 5mg 1d; Rosuvastatina 40mg 1d; Furosemida 40mg 1d; Valsartan 80mg 2d; dapaglifozina 10mg 1d.

Exames pré-operatórios realizados: ECG: alterações da repolarização sugestivas de sobrecarga sistólica; RX tórax: acentuação marcada do retículo, com hipotransparência dispersas mais evidente à esquerda; análises: sem alterações relevantes, hemoglobina 12,5g/dL.

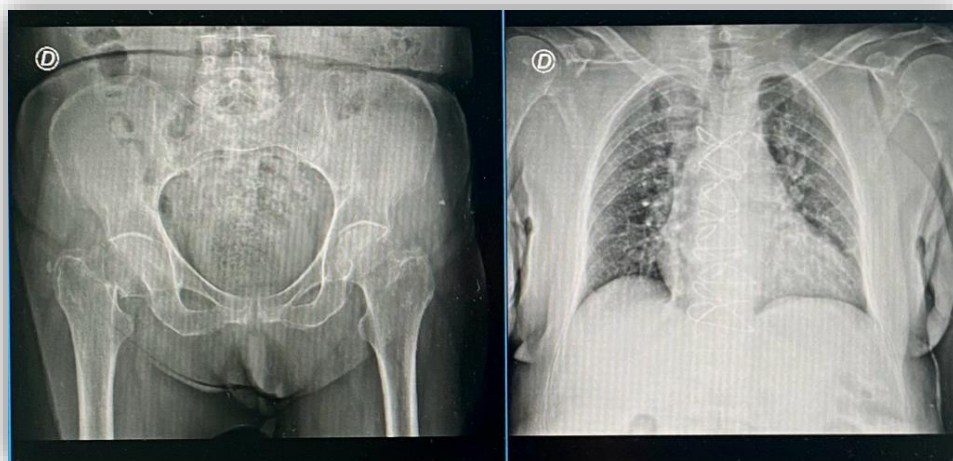


Imagem 1: Rx pré-operatório da fratura da anca à direita e Rx tórax pré-operatório (24/05)

No dia 29/05, foi submetida a hemiartroplastia bipolar não cimentada à direita, sem intercorrências, sob anestesia geral. Com indicação médica para iniciar treino de marcha com carga conforme tolerância no dia seguinte.



Imagem 2: Rx de controlo após colocação da prótese (29/05)

A senhora M era previamente independente nas suas atividades de vida diária. Reside sozinha em casa própria, no 3º andar de um prédio sem elevador, com uma filha e um neto. Tem o apoio das 5 filhas, com quem mantém uma boa relação. Utente refere que desde a intervenção cirúrgica em dezembro 2022, que ficou mais debilitada e com tonturas, associando o motivo da queda a esta alteração. As filhas referem que será difícil levar a senhora M para casa novamente nesta fase inicial do processo de reabilitação, uma vez que a filha trabalha durante todo o dia, o que se constitui uma preocupação para a família.

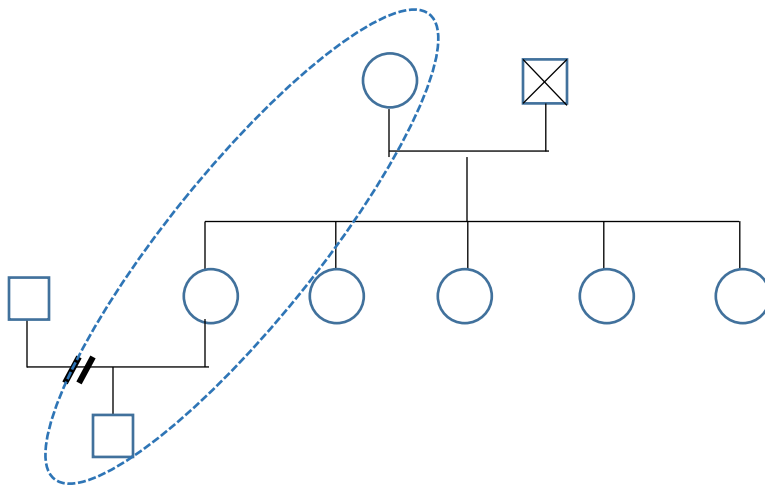


Imagem 3: Genograma dos principais elementos da família da Senhora M

### **A HEMIARTROPLASTIA DA ANCA**

As fraturas da anca envolvem a região do fémur que é envolvida pela cápsula ligamentar da articulação da anca (sendo, neste caso, intracapsular) ou que está fora da cápsula (extracapsular). As fraturas intracapsulares incluem subcapital (imediatamente

abaixo da cabeça femoral), transcervical (através do colo femoral médio) ou basicervical (através da base do colo femoral). Estes tipos de lesões são comumente chamadas de fraturas do cólo do fêmur (Lloyd-Jones, 2015, citado por Lewis, et al., 2022).

A hemiartroplastia consiste na substituição da cabeça do fêmur por uma prótese, mantendo o acetábulo natural e a cartilagem acetabular. O tipo de hemiartroplastia pode ser, de uma forma geral, dividido em dois grupos: unipolar e bipolar. Nas hemiartroplastias unipolares, a cabeça femoral é um bloco sólido de metal. Já as bipolares incluem uma única articulação que permite o movimento, não só entre o acetábulo e a prótese, mas também nesta articulação dentro da própria prótese (Lewis et al., 2022).

Independentemente da natureza das superfícies articulares, os componentes devem ser fixados ao osso para garantir a longevidade da artroplastia. As duas abordagens usadas para obter essa fixação são os *designs* cimentados e não cimentados. No caso da Senhora M, a abordagem foi não cimentada. Os sistemas não cimentados dependem da integração óssea formando uma ligação mecânica direta entre o osso e o implante. Uma prótese pode ser revestida com uma substância que promove o crescimento ósseo na prótese. Como alternativa, a superfície da prótese pode ser rugosa macroscopicamente e microscopicamente de modo que o osso cresça na superfície do implante (Lewis et al., 2022).

A nível de complicações gerais da artroplastia, destacam-se a pneumonia, tromboembolismo, infecção, síndrome coronário agudo e acidente vascular cerebral. As complicações mais específicas, prendem-se no deslocamento da prótese, soltura de componentes, desgaste acetabular e fratura periprotésica (Lewis et al., 2022).

## **AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM**

A Senhora M encontrava-se vígil; orientada no tempo, espaço, pessoa e situação;

- Comunicação: Resposta verbal fluente e adequada; resposta não verbal adequada e com interação no meio envolvente;

Sinais vitais: TA 130/59mmHg; FC 84 batimentos por minuto; FR 20 ciclos por minuto; SpO2 95% em ar ambiente; Temperatura 36,5°C; Dor nível 0 no momento da avaliação, de acordo com Escala Numérica de avaliação da Dor.

- Respiração: Simétrica, predominantemente torácica;
- Eliminação vesical e intestinal: Sem alterações, continente de ambos os esfíncteres;
- Tegumentos: pele e mucosas coradas e hidratadas, sem alterações da integridade cutânea. Apresenta ferida cirúrgica no flanco à direita, com boa evolução cicatricial;
- Sensibilidade: sem alterações da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.

### **Instrumentos de avaliação (30/05):**

- Avaliação independência nas AVD – **Índice de Barthel** – 65 pontos;
- Avaliação do risco de queda: **Escala de Morse** – 85 pontos – alto risco de queda;
- Avaliação da deglutição – **Escala de GUSS** – 20 pontos – sem alteração;
- Avaliação dos pares cranianos – sem alterações;
- Avaliação do equilíbrio e marcha – **Escala de Tinetti** – equilíbrio estático (8/16 pontos), equilíbrio dinâmico (5/12 pontos) – 13/28 pontos, alto risco de queda;
- Avaliação da força muscular: **Medical Research Council Scale**:

	<b>MSE</b>	<b>MSD</b>	<b>MIE</b>	<b>MID</b>
<b>Abdução do ombro</b>	5	5		
<b>Flexão do cotovelo</b>	5	5		
<b>Extensão do punho</b>	5	5		
<b>Flexão da anca</b>			4	1
<b>Extensão do joelho</b>			4	2
<b>Dorsiflexão tibiotársica</b>			4	3

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE 2.0)**

#### **1. MOBILIDADE, COMPROMETIDA**

Face à condição de saúde atual da Senhora M, este diagnóstico é relevante, dado que foi submetida a uma cirurgia que condiciona a sua mobilidade, e terá de utilizar um meio auxiliar

de marcha até às 8 semanas do pós-operatório, o que representa uma nova realidade para a Senhora M e uma necessidade de adaptação a este processo de transição.

**Resultados esperados:** Melhoria da mobilidade articular e muscular;

**Intervenções:**

- Mobilização passiva da articulação coxofemoral com joelho em extensão e em flexão – flexão/extensão, adução/abdução, rotação externa – evitando movimentos luxantes; solicitar à pessoa que realize o movimento de forma ativa até onde conseguir; assistir à realização do movimento até à amplitude articular desejada. Realizar 3 séries de 10 repetições para cada exercício;
- Exercícios ativos-resistidos para fortalecimento dos músculos da anca – exercer resistência que permita o movimento nos exercícios anteriormente mencionados;
- Mobilização da articulação tibiotársica, 3 séries de 10 repetições; instruir a pessoa a realizar de forma ativa;

Instruir sobre exercícios musculares isométricos:

- Em decúbito dorsal, fazer força com a parte posterior do joelho (região poplíteia) contra o colchão, realizando ao mesmo tempo a dorsiflexão do pé – para fortalecimento dos músculos flexores da anca – três séries de 10 repetições;
- Em decúbito dorsal, contração do glúteo durante 10 segundos – para fortalecimento dos músculos extensores da anca – três séries;
- Em decúbito dorsal, contração do calcânhar contra a superfície da cama com os joelhos ligeiramente fletidos durante 10 segundos – para fortalecimento dos músculos extensores da anca – 3 séries;
- Em decúbito dorsal e sentado, elevar o membro inferior operado em extensão, até ao ângulo máximo permitido (em decúbito dorsal), e aguentar 10 segundos – para fortalecimento dos músculos extensores da coxa – três séries;
- Em decúbito dorsal, realização de exercício de meia ponte – 3 séries de 10 repetições.
- Realizar treino de marcha com meio auxiliar mais adequado;
- Instruir sobre técnicas para levantar-se, transferir-se da cama para a cadeira e sentar;
- Instruir sobre a segurança e risco de queda.

**Resultados alcançados:** 30/05 – realizadas mobilizações passivas e ativas no membro inferior operado e mobilizações ativas-resistidas no membro inferior não operado. Com muita dificuldade na realização de exercícios ativos prescritos, como por exemplo, elevação do membro inferior em extensão em decúbito dorsal. Realizou exercícios de fortalecimento muscular no membro inferior operado sem dificuldade. Ensinadas técnicas para levantar-se da cama. Realizou treino de marcha com andarilho (meio auxiliar mais adequado ao estado atual, dado que a Senhora M apresenta desequilíbrio, abordado noutra diagnóstico) com ligeira elevação da anca do membro inferior operado, com pouca flexão do joelho. Ao iniciar a marcha, realizou rotação interna da anca (possível posição de defesa por rotura do médio glúteo durante a intervenção cirúrgica). Feita correção postural.

02/06: Realizou exercícios de fortalecimento muscular no membro inferior operado com maior tolerância, elevação da articulação coxofemoral do membro inferior operado em extensão a 30° em pé, de forma ativa. Realizou levante com ajuda mínima na elevação do tronco. Treino de marcha realizado, com maior flexão do joelho do membro inferior operado, contudo, ainda com rotação interna da anca no início da marcha. Realizado novamente correção postural. Marcha lenta, contudo, mais confiante do que na avaliação anterior. Ainda sem capacidade para realização de treino de marcha com canadianas.

## **2. CAPACIDADE PARA REALIZAR O AUTOCUIDADO, DIMINUÍDA**

Por alterações da mobilidade e devido à especificidade da intervenção cirúrgica, a Senhora M necessita de ajuda para realizar o seu autocuidado, bem como ser instruída para realizar de forma independente.

**Resultados esperados:** capacidade para realizar o autocuidado, melhorada

### **Intervenções:**

- Avaliar a capacidade da Senhora M para realizar o seu autocuidado;
- Instruir sobre como vestir e despir, e sobre dispositivo de apoio (como a pinça de cabo longo e calçador de meias);

- Instruir sobre outros produtos de apoio que possam ser úteis, como as barras laterais na casa de banho e banco para duche;
- Instruir sobre necessidade de alteador de sanita para evitar movimentos luxantes;
- Ensinar sobre o uso de roupa confortável e calçado antiderrapante;
- Incentivar a pessoa a realizar o autocuidado;
- Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação;
- Ensinar sobre ambiente seguro e barreiras arquitetónicas no domicílio.

**Resultados alcançados:** 30/05 – Realizou autocuidado com ajuda parcial no WC. Com capacidade para utilizar vestir os membros superiores e com destreza fina. Precisou de ajuda para vestir membros inferiores. Realizados ensinamentos sobre produtos de apoio e técnicas para auxiliar no autocuidado. 02/06: Mais participativa na realização do autocuidado. Reforçados ensinamentos realizados anteriormente.

### 3. EQUILÍBRIO, DIMINUÍDO

A Senhora M refere alteração do equilíbrio desde a intervenção cirúrgica que realizou em dezembro de 2022. Aplicada escala de *Tinetti*, que revelou um alto risco de queda por desequilíbrio.

**Resultados esperados:** Equilíbrio, melhorado

#### **Intervenções:**

- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico;
- Instruir o treino de equilíbrio estático e dinâmico: levantando-se e sentando-se na cadeira; na posição ortostática, apoiada em superfície estável, levantar os calcâneos do chão e ficar apoiada nos dedos dos pés; abdução e adução dos membros inferiores, de forma isolada, até à linha média – 3 séries de 10 repetições;
- Assistir o treino de equilíbrio;
- Incentivar o treino de equilíbrio.

**Resultados alcançados:** 30/05 – Foi capaz de levantar e sentar da cadeira, precisando de mais do que uma tentativa. Precisa de ajuda mínima para se sentar na cama, vindo da

posição de deitada. Sem capacidade para ficar apoiada nos dedos dos pés no membro inferior operado. Abdução e adução dos membros inferiores de forma isolada, apoiada no andarilho, com dificuldade no membro operado. No treino de marcha, sem desequilíbrio aparente com andarilho, apesar de marcha lenta e insegura. 02/06: Abdução e adução dos membros inferiores com menos dificuldade no membro operado. Mantém desequilíbrio quando não apoiada em superfície estável.

#### **4. DÉFICE DE CONHECIMENTO, ATUAL**

A Senhora M e a sua família necessitam de ser instruídas sobre os cuidados a ter no pós-operatório para evitar complicações.

**Resultados esperados:** Défice de conhecimento, melhorado

##### **Intervenções:**

- Avaliar as expectativas da Senhora M e família relativamente ao pós-operatório;
- Instruir sobre as barreiras arquitetónicas no domicílio, caso seja programada alta para casa;
- Instruir sobre os movimentos a não realizar por risco de luxação da prótese (flexão da articulação coxofemoral < 90°; rotação interna da anca; cruzar as pernas; sentar em cadeiras baixas e flexão do tronco para a frente quando sentado);
- Ensinar a realizar movimentos alternativos aos mencionados anteriormente, para a realização das atividades de vida;
- Instruir sobre cuidados com o posicionamento após a cirurgia (utilizar almofada grande ou triangulo abductor na cama; caso esteja em decúbito lateral, colocar sempre a almofada);
- Instruir sobre outras atividades de vida, como entrar e sair do carro e sexualidade, caso aplicável;
- Ensinar sobre ambiente seguro e prevenção de quedas;
- Promover escuta ativa e esclarecimento de dúvidas.

**Resultados alcançados:** 30/05 – Iniciados ensinamentos mencionados anteriormente, tanto à Senhora M como à família. Família preocupada com situação atual de saúde da Senhora M, com receio de não conseguirem providenciar os cuidados necessários, pelo que foi

encaminhada para a assistente social do serviço. 02/06 – Reforçados ensinios à Senhora M, dado que, por vezes, realiza alguns movimentos com risco de luxação, como a rotação interna da anca. Fornecido folheto do serviço para ler e relembrar os ensinios realizados.

### **AVALIAÇÃO FINAL:**

Força muscular melhorada no membro inferior operado. Restantes escalas sem alterações.

- Avaliação da força muscular: **Medical Research Council Scale:**

	<b>MSE</b>	<b>MSD</b>	<b>MIE</b>	<b>MID</b>
<b>Abdução do ombro</b>	5	5		
<b>Flexão do cotovelo</b>	5	5		
<b>Extensão do punho</b>	5	5		
<b>Flexão da anca</b>			4	2
<b>Extensão do joelho</b>			4	3
<b>Dorsiflexão tibiotársica</b>			4	3

### **REFERÊNCIAS**

Lewis, S., Macey, R., Parker, M., Cook, J., & Griffin, X. (2022). Arthroplasties for hip fracture in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://doi.org/DOI:10.1002/14651858.CD013410.pub2>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice II

**Folhetos realizados em contexto Orto Traumatológico**

- Vestir primeiro a perna operada e em seguida a outra; Para despir, começar pela perna não operada;
- Usar roupa e calçado confortável;
- Produtos de apoio que pode adquirir: um calçador de meias, uma pinça para auxiliar e apanhar objetos do chão, e/ou um alceador de sanita para conforto.



### Alta

- Por norma, ocorre entre o 4º e o 6º dia após a cirurgia. Poderá necessitar de ajuda de outra pessoa durante as primeiras semanas;
- Certifique-se de que leva todos os seus pertences e todos os documentos de alta fornecidos;

### Recomendações

- Recorrer ao hospital se apresentar: febre (superior a 38º); dor intensa que não melhora com a medicação; inchaço ou vermelhidão no joelho operado;
- Manter a aplicação de gelo;
- Informar sempre em qualquer situação de doença/intervenção que tem uma prótese;
- Controle o seu peso e não fume;
- É importante prevenir acidentes, tornando o seu ambiente seguro.

### O MAIS IMPORTANTE:

**Colabore! Os movimentos não voltam sem esforço. A sua recuperação depende principalmente de si!**

### Contactos

Serviço de Ortopedia e Traumatologia:

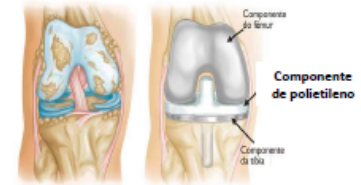
Secretariado: [REDACTED]

Enfermagem: [REDACTED]

## Consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação

### Prótese total do joelho

A artroplastia consiste na substituição de uma articulação danificada por uma prótese, neste caso por uma prótese total do joelho, e visa melhorar a dor e a capacidade funcional da articulação, para que consiga retomar a sua atividade e melhorar a qualidade de vida.



### O que deve trazer no dia da cirurgia

- Produtos de higiene pessoal;
- Calças de pijama ou de fato de treino;
- Sapatos fechados ou tênis confortáveis;
- Canadianas/andarrilho ou cadeira de rodas;
- Exames e medicação habitual.

**Não trazer dinheiro ou objetos de valor!**

### Os cuidados a ter antes da cirurgia

- Jejum de 8 horas;
- Banho pré-cirúrgico (na noite anterior e na manhã do dia da cirurgia);
- Antes de entrar no bloco operatório: retirar próteses (dentária, ocular), adornos e colocar meia elástica na perna não operada.

### O que esperar após a cirurgia

- Irá permanecer no recobro entre 2h a 3h. A perna estará imobilizada com ligaduras;

- Irá levantar-se no dia seguinte à cirurgia, bem como realizar exercícios para recuperar a mobilidade;
- Deverá movimentar a perna e o pé não operado e o pé e tornozelo da perna operada de 2/2h;



- Vai fazer uma medicação injetável na barriga todos os dias para prevenir a formação de coágulos;
- Terá de usar meias elásticas no internamento e após a alta;
- Vai sentir dor, mas será administrada medicação para aliviar.

### Cuidados com a ferida cirúrgica

- Poderá ter um dreno que será retirado após as primeiras 24h;
- Não pode molhar nem mexer no penso;
- Os agramos serão retirados na consulta externa cerca de 15 dias após a cirurgia.

### Posicionamentos após a cirurgia

- **Deve manter a perna sempre sem almofada debaixo do joelho;**
- Pode deitar-se de lado desde que fique confortável;
- Quando está sentado deve mobilizar o joelho várias vezes;
- Na transferência: deverá sair e entrar na cama pelo lado operado.



### Cuidados de higiene e vestuário

- Poderá tomar banho no duche ou banheira. Se necessário, adquirir uma tábua de banheira ou banco de duche.



- Utilizar tapetes antiderrapantes;
- Manter a perna operada esticada;

- Produtos de apoio que pode adquirir: uma pinça para auxiliar e apanhar objetos do chão, um calçador de meias e um calçador de cabo alto;



- Será necessário utilizar um alteador de sanita.



### Alta

- Por norma, ocorre entre o 4º e o 6º dia após a cirurgia. Poderá necessitar de ajuda de outra pessoa durante as primeiras semanas;
- Certifique-se de que leva os seus pertences e os documentos de alta;

### Sexualidade

- Pode regressar à atividade sexual após 2 a 4 semanas, caso se sinta confortável, dependendo de cada caso e da postura adotada. Deve-se evitar posições onde se realize os movimentos proibidos.



### Recomendações

- Não realizar movimentos proibidos;
- Recorrer ao hospital se apresentar: febre (superior a 38º); dor intensa que não melhora com a medicação; inchaço ou vermelhidão na anca operada;
- Manter a aplicação de gelo;
- Informar sempre em qualquer situação de doença/intervenção que tem uma prótese;
- Controle o seu peso e não fume;
- É importante prevenir acidentes, tornando o seu ambiente seguro.

### O MAIS IMPORTANTE:

**Colabore! Os movimentos não voltam sem esforço. A sua recuperação depende principalmente de si!**

### Contactos

Serviço de Ortopedia e Traumatologia:

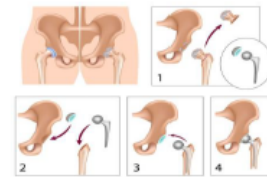
Secretariado: [REDACTED]

Enfermagem: [REDACTED]

## Consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação

### Prótese total da anca

A artroplastia consiste na substituição de uma articulação danificada por uma prótese, neste caso por uma prótese total da anca, e visa melhorar a dor e a capacidade funcional da articulação, para que consiga retomar a sua atividade e melhorar a qualidade de vida.



### O que deve trazer no dia da cirurgia

- Produtos de higiene pessoal;
- Calças de pijama ou de fato de treino;
- Sapatos fechados ou ténis confortáveis;
- Canadianas/andarilho ou cadeira de rodas;
- Exames e medicação habitual.

**Não trazer dinheiro ou objetos de valor!**

### Os cuidados a ter antes da cirurgia

- Jejum de 8 horas;
- Banho pré-cirúrgico (na noite anterior e na manhã do dia da cirurgia);
- Antes de entrar no bloco operatório: retirar próteses (dentária, ocular) e adornos, e colocar meia elástica na perna não operada.

### O que esperar após a cirurgia

- Irá permanecer no recobro entre 2h a 3h; Terá uma almofada triangular entre as pernas;
- Irá levantar-se no dia seguinte à cirurgia;

- Deverá movimentar a perna e o pé não operado e o pé e tornozelo da perna operada de 2/2h;
- Vai fazer uma medicação injetável na barriga todos os dias para prevenir a formação de coágulos;
- Terá de usar meias elásticas no internamento e após a alta;
- Vai sentir dor, mas será administrada medicação para aliviar.

### Cuidados com a ferida cirúrgica

- Poderá ter um dreno que será retirado após as primeiras 24h;
- Não pode molhar nem mexer no penso. Os agraços serão retirados na consulta externa cerca de 15 dias após a cirurgia.

### Posicionamentos após a cirurgia

- Deve manter as pernas sempre afastadas com o triângulo/almofada;
- As cadeiras devem ser altas e com braços;
- Ao sentar, deve fazer a extensão da perna operada e só depois fletir o joelho;

- Não cruzar as pernas;
- Não fletir a anca mais do que 90°;
- Não fletir o tronco para a frente;
- Não rodar a perna operada para dentro;
- Não sentar em cadeirões moles ou cadeiras baixas;



### Cuidados de higiene e vestuário

- Utilizar tapetes antiderrapantes;
- Proibido usar o bidê;
- Manter a perna operada esticada;
- Poderá tomar banho no duche ou banheira mas poderá necessitar de tábua de banheira ou banco de duche.
- Para vestir: vestir primeiro a perna operada e em seguida a outra; Para despir, começar pela perna não operada;
- Usar meias elásticas permanentes;
- Usar roupa e sapatos confortáveis;



Apêndice III

**Sessão de formação – Terapêutica inalatória**

# Terapêutica inalatória

Sessão de formação para os enfermeiros da U [redacted]



Realizado por: Amanda Lana

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Miriam Almeida

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga

21 de Junho de 2023

## Introdução

- A via inalatória é a via de eleição para a administração da maior parte dos fármacos utilizados no tratamento de doenças respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a asma.
- Os medicamentos são administrados através de dispositivos, que permitem depositar o fármaco nas vias respiratórias. Tem como **principais vantagens**:

Ação mais rápida;

Maior eficácia terapêutica;

Doses 10 a 20 vezes inferiores à via sistémica;

Menores efeitos adversos;

Fármacos exclusivos para via inalatória.

- Tem como **principal desvantagem** a dificuldade da utilização dos dispositivos de inalação pelos doentes.

(Gomes & Sottomayor, 2000); (Oliveira, et al, 2005)

## Sumário

- Introdução;
- Fatores que influenciam a deposição dos fármacos por via inalatória;
- Capacidade inspiratória – como se avalia?
- Dispositivos inalatórios:
  - Inaladores pressurizados doseáveis – *pMDI (Pressured Metered Dose Inhaler)*;
  - Inaladores de pó seco – *DPI (Dry Powder Inhaler)*;
  - Inaladores de névoa suave – *SMI (Soft Mist Inhaler)*;
- Outras checklists para verificação da técnica inalatória;

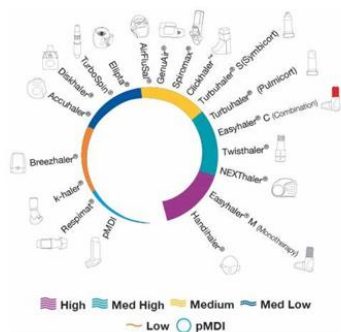
## Fatores que influenciam a deposição dos fármacos por via inalatória

- A deposição do fármaco é influenciada por aspetos como as **características anatómicas das vias aéreas**, as **propriedades aerodinâmicas** das partículas de aerossol, o **padrão ventilatório** e a **técnica de inalação** ou do dispositivo inalatório.
- O diâmetro das partículas inaladas é determinante na deposição pulmonar do fármaco. Partículas superiores ou iguais a  $5\mu$  (micrómetros) – inaláveis, sendo que inferiores a  $5\mu$  – **respiráveis** – **as mais indicadas para terapêutica inalatória** – **o fármaco chega aos alvéolos pulmonares**.
- Em média, mais de dois terços das pessoas cometem pelo menos um erro no uso de um dispositivo inalatório. Estudos demonstram que, embora o tipo e a frequência dos erros variam entre os dispositivos, **não há dispositivo que exclua a necessidade de explicar, demonstrar e verificar regularmente a técnica inalatória**.

**Os principais erros:** problemas com fluxo inspiratório, inalação, duração, coordenação, preparação da dose, manobra de expiração antes da inalação e apneia após a inalação da dose.

(Cordeiro & Mateus, 2014); (GOLD, 2023)

## Capacidade inspiratória – como se avalia?



In-check dial - G16

## Capacidade inspiratória – como se avalia?



## Dispositivos inalatórios - Inaladores pressurizados doseáveis - pMDI

- Inaladores de pequenas dimensões, pressurizados e libertam uma dose fixa do fármaco em suspensão ou diluído em propelentes, que estão numa embalagem cilíndrica denominada *canister*;
- Podem ser utilizados com câmara expansora, aumentando a eficácia do inalador, permitindo uma maior deposição do fármaco na via aérea inferior e menor deposição na orofaringe. A inalação pela câmara com peça bucal é mais eficiente, ao contrário da máscara, uma vez que as fossas nasais funcionam como um filtro.

### Vantagens

- Capacidade para inúmeras doses;
- Tamanho pequeno, fácil de transportar e são relativamente económicos, o que permite a sua fácil disponibilidade e utilização, em qualquer local ou numa situação de exacerbação.



### Desvantagens

- É necessário que a pessoa apresente um débito inspiratório de 30L/min e que apresente uma boa coordenação "mão-pulmão";
- Elevada deposição na orofaringe.

(Simón, 2019) (DGS, 2013) (Aguilar et al., 2017)(Cordeiro & Mateus, 2014)

## Dispositivos inalatórios - Inaladores pressurizados doseáveis - pMDI

### • Técnica Inalatória

#### Notas:

1- Se tiver sido prescrito mais de uma inalação ("puff"), aguardar entre 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;

2 - Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem;

3 - Após o intervalo de tempo sem utilização do MDI, e antes da utilização seguinte, devem ser realizadas 3-4 ativações para o ar.

(Em DGS Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017)

	Sim	Não
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;		
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;		
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);		
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;		
5. Incline ligeiramente a cabeça para trás;		
6. Efetuar uma expiração lenta;		
7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerosol para os olhos);		
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;		
9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;		
10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);		
11. Realizar uma expiração forçada;		
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;		
13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas.		

## Dispositivos inalatórios - Inaladores pressurizados doseáveis - *pMDI*

### Limpeza

- A pessoa deve de limpar o bucal com um pano húmido de forma a remover os resíduos do medicamento, como também deve de lavá-lo duas a três vezes por semana com água morna e detergente suave, secando muito bem a embalagem.
- A higienização das câmaras expansoras também é recomendada uma vez por semana, onde a pessoa deve colocar a mesma dentro de água quente e detergente durante quinze minutos e, posteriormente, lavar com água limpa, sacudir e deixar secar, sem limpar.

(Cordeiro & Mateus, 2014); (DGS,2013)

## Dispositivos inalatórios – Inaladores de pó seco - *DPI*

- O dispositivo é pequeno, discreto, facilmente transportável e ativado pela inspiração. A desagregação do pó para conseguir partículas respiráveis depende da inalação, sendo que é necessário um fluxo inspiratório entre 30-60L/min. A inspiração deve ser profunda, rápida, forçada e constante desde o início (não comprometer a eficácia do fármaco). Podem ser:

### Unidose

O fármaco encontra-se armazenado numa cápsula de pó, com uma única dose. É possível a repetição da inalação caso o medicamento não tenha sido totalmente inalado.



### Multidose

O fármaco encontra-se armazenado num reservatório com múltiplas doses, existindo dois subtipos, com reservatório comum (exemplo: *Turbohaler*, *Easyhaler* e *Novolizer*) e com doses individualizadas (exemplo: *Diskus*)



Easyhaler®	
1	Agitar energicamente 3 a 4 vezes;
2	Apertar a parte superior do dispositivo ate ouvir um clique;
3	A dose está carregada.

(Aguilar et al., 2017) (Pinto & Serôdio, 2014) (DGS, 2017)

## Dispositivos inalatórios – Inaladores de pó seco - *DPI*

### Vantagens

- São pequenos, portáteis e não necessitam da coordenação “mão-pulmão”;
- A inalação pode ser repetida;
- O contador de doses permite uma gestão da duração do fármaco, por parte da pessoa.

### Desvantagens

- Estes dispositivos são mais dispendiosos;
- São dependentes do débito inspiratório da pessoa (requer maior débito do que os *pMDI*);
- Algumas fórmulas são muito sensíveis à humidade (uma humidade ambiental elevada pode diminuir a geração de partículas finas).

### • Técnica Inalatória

	Sim	Não
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;		
2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador;		
3. Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI;		
4. Efectuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);		
5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar;		
6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca;		
7. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);		
8. Espirar lentamente;		
9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador;		
10. Repetir os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação;		
11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal em buche com água e dentar fora.		

#### Notas:

1. Evitar ao contar de doses, para aplicação de nova embalagem;
2. Não realizar a expiração forçada com o inalador na boca;
3. Não guardar o inalador no caso de febre;
4. Não lavar o inalador com água ou limpar com pano húmido;
5. Após cada utilização limpar o bucal com água e papel.

(Em DGS Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017) [Pinto & Serôdio, 2014] (Simón, 2019)

## Dispositivos inalatórios – Inaladores de névoa suave - *SMI*

- O único dispositivo SMI disponível em Portugal é o *SpirivaRespimat*. É um dispositivo inalatório com solução para inalação por nebulização, em cartucho, sendo dirigido ao tratamento da pessoa com DPOC;
- Este dispositivo gera uma nuvem de aerossol, utilizando energia mecânica, que é libertada lentamente e tem maior duração após libertada, em comparação com outros dispositivos, o que permite uma melhor deposição pulmonar do fármaco;
- Na primeira utilização deve retirar-se a tampa transparente, colocar o cartucho no dispositivo, voltar a colocar a tampa e acionar o botão de libertação de dose, quatro a cinco vezes, até sair uma nuvem;
- A limpeza do bucal é recomendada, com um lenço ou pano húmido, pelo menos, uma vez por semana, inclusivamente da parte metálica dentro do bucal.



(Cordeiro, 2014) (Aguilar et al., 2017) (DGS, 2017) (Simón, 2019)

# Dispositivos inalatórios – Inaladores de névoa suave - SMI

## Vantagens

- Este dispositivo não necessita de coordenação “mão-pulmão”;
- Não depende de um fluxo inspiratório elevado.

## Desvantagens

- Estes dispositivos são mais dispendiosos;
- Algumas pessoas podem sentir dificuldade em “carregar” o cartucho.

## Técnica Inalatória

	Sim	Não
1. Expire lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional);		
2. Sele os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;		
3 Sustenha a respiração 10 segundos;		
4. Expirar lentamente;		
5. Repita todos os passos para administração da segunda inalação.		

Nota:  
1. Prepare o inalador antes da primeira utilização e sempre que não o utilizar por um período superior a 7 dias  
2. Atender ao contador de doses, para aquisição de nova embalagem;

(Cordeiro, 2014) (Aguilar et al., 2017) (DGS, 2017) (Simón, 2019)

(Em DGS Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017)

# Resumo

Aguardar 3 a 4 ciclos respiratórios até remover a câmara expansora

Inalador de pó seco (DPI)	Inalador pressurizado (pMDI)	Inalador com solução para inalação por nebulização (Respimat®)	pMDI + Câmara expansora Inalação única	pMDI + Câmara expansora Inalação múltipla
Expiração prévia forçada			Sem expiração prévia forçada	
Inalação rápida e vigorosa	Inalação lenta e profunda		Inalação em volume corrente	
Apneia final			Sem apneia final	

(National Asthma Council, 2020) [Em DGS Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017]

# Checklist para verificação da técnica

- As listas de verificação garantem que os profissionais de saúde utilizam a sequência correta de etapas ao ensinar a técnica inalatória.

Device-specific checklists Use these checklists to teach, check and/or confirm the way your patients use their inhalers. Assess patients' inhaler technique at every opportunity.

General tips for all inhalers	Pressurized metered-dose inhaler (pMDI)	SMI & spacer	Accuhaler	Asthahaler	Breathhaler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituted, inspected and pMDI devices should be stored in their original packaging and not used if the seal is broken.</li> <li>• For inhalers with a dose indicator or counter to check there are sufficient doses remaining in the container before each use.</li> <li>• For the Respimat inhaler, ensure the cartridge has been inserted into the device before using the inhaler for the first time.</li> <li>• All pMDIs should be shaken before each dose. Check the instructions for the specific inhaler to see if the inhaler should be shaken before each use.</li> <li>• For all types of inhalers, it is important to leave the inhaler upright after using the inhaler to check the large effect valve is closed.</li> <li>• After use, wipe down the mouthpiece of the inhaler with a dry cloth.</li> <li>• For inhalers containing corticosteroids, it is important to rinse the mouth out with water after using the inhaler. This will reduce the risk of oral thrush and changes in voice through</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Remove the cap.</li> <li>2. Shake the inhaler upright and use well.</li> <li>3. Breathe out gently, away from the inhaler.</li> <li>4. For mouthpiece inhalers, hold the inhaler upright and use well.</li> <li>5. Breathe in slowly through the spacer.</li> <li>6. Inhale and hold the breath for 10 seconds.</li> <li>7. Repeat steps 1-6 until the inhaler is empty.</li> <li>8. Rinse the mouth with water after using the inhaler.</li> <li>9. Store the inhaler upright.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. "Prepares the spacer"</li> <li>2. Breathe in slowly.</li> <li>3. Exhale slowly into the spacer.</li> <li>4. Breathe out gently into the spacer.</li> <li>5. Breathe in slowly and deeply.</li> <li>6. Hold the breath for about 10 seconds.</li> <li>7. Repeat steps 1-6 until the inhaler is empty.</li> <li>8. Rinse the mouth with water after using the inhaler.</li> <li>9. Store the inhaler upright.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Check cover using thumb and index finger.</li> <li>2. Breathe in slowly and deeply.</li> <li>3. Hold the breath for about 10 seconds.</li> <li>4. Repeat steps 1-3 until the inhaler is empty.</li> <li>5. Rinse the mouth with water after using the inhaler.</li> <li>6. Store the inhaler upright.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Remove cap.</li> <li>2. Breathe in slowly and deeply.</li> <li>3. Hold the breath for about 10 seconds.</li> <li>4. Repeat steps 1-3 until the inhaler is empty.</li> <li>5. Rinse the mouth with water after using the inhaler.</li> <li>6. Store the inhaler upright.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Remove cap.</li> <li>2. Breathe in slowly and deeply.</li> <li>3. Hold the breath for about 10 seconds.</li> <li>4. Repeat steps 1-3 until the inhaler is empty.</li> <li>5. Rinse the mouth with water after using the inhaler.</li> <li>6. Store the inhaler upright.</li> </ul>

Produzido pela NPS Medicinewise em colaboração com o Conselho Nacional de Asma da Austrália, em 2020.

(National Asthma Council, 2020)

# Referências

- Cordeiro, M, Mateus, D. (2014). Dispositivos Inalatórios: Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDIs). In Cordeiro, M. (Ed.), TERAPÉUTICA INALATÓRIA: Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios. (47-63). Lusodidacta.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023). Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>.
- Oliveira et al (2005). Uso e abuso dos nebulizadores do domicílio. Acta Pediátrica Portuguesa, 36(6), 290-296.
- Gomes, M. & Sotto-Mayor, R. (2000). Curso interativo de Pneumologia – Terapêutica inalatória, 8. Disponível em [https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2\\_conteudos\\_ficheiros/n%C3%A3%C2%A2%C3%A2%C2%B8\\_janeiro-dezembro-2000\\_terap%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%A3%C3%A2%C2%AAutica-inalat%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%B3ria.pdf](https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A3%C2%A2%C3%A2%C2%B8_janeiro-dezembro-2000_terap%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%A3%C3%A2%C2%AAutica-inalat%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%B3ria.pdf)
- Guimarães, F; Martins, A; Peixoto, I; Barros, M; Costa, P; Fonte, P (2019). Utilização do dispositivo COPD-6® e questionário IPAG na deteção precoce da DPOC. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 99-104. Disponível em <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/12096/pdf/17983>

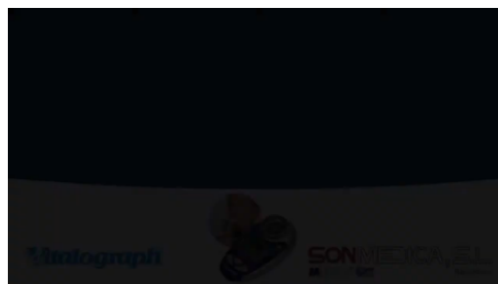
## Referências

- Simón, A. (2019). Dispositivos de inalação – tipos e seleção. *Centro de Informação do Medicamento*. Disponível em [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e\\_publicacao\\_dispositivos\\_de\\_inalacao\\_i\\_final\\_1961764\\_6165df0d11248f0e.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_publicacao_dispositivos_de_inalacao_i_final_1961764_6165df0d11248f0e.pdf)
- National Asthma Council Australia (2020). *Inhaler technique – device-specific checklists*. Disponível em [https://d8z57tianduo7.cloudfront.net/resources/Inhaler-technique-checklist\\_NPS-Medicinewise\\_2020.pdf](https://d8z57tianduo7.cloudfront.net/resources/Inhaler-technique-checklist_NPS-Medicinewise_2020.pdf)
- DGS – Direção Geral de Saúde. (2013). *Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia*. Orientação 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013, pp. 1-10. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102013-de-02082013-jpg.aspx>
- DGS – Direção Geral de Saúde. (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. Orientação 010/2017 de 26/06/2017, pp. 1-11. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>
- Aguiar, R.; Lopes, A.; Ornelas, C.; Ferreira, R.; Caiado, J.; Mendes, A.; Pereira-Barbosa, M.. (2017) *Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25 (1), 9-26. [https://www.apfh.pt/xfiles/scContentDeployer\\_pt/links/link105.pdf](https://www.apfh.pt/xfiles/scContentDeployer_pt/links/link105.pdf)

## Capacidade expiratória

O *COPD-6®* avalia os volumes expiratórios forçados no 1º e 6º segundos (FEV1 e FEV6), bem como a razão FEV1/FEV6.

Uma espirometria que revele a relação  $FEV1/CVF < 0,7$  pós-broncodilatador, é essencial para obter o diagnóstico de DPOC.



## Terapêutica inalatória

Sessão de formação para os enfermeiros da [REDACTED]



Realizado por: Amanda Lana

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Miriam Almeida

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga

21 de Junho de 2023

Apêndice IV

**Jornal de Aprendizagem contexto Orto Traumatológico**

## **1º Curso de Mestrado em Reabilitação**

Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto  
traumatológico, reumatológico e na comunidade

**Jornal de Aprendizagem**

**Amanda Louise Alves Lana**

**Nº11605**

Professor Orientador:

Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

A large, solid green decorative shape is located in the bottom right corner of the page. It is a curved, upward-pointing shape that resembles a stylized arrow or a corner of a page, extending from the bottom edge towards the right edge.

O presente jornal de aprendizagem foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto traumatológico, reumatológico e na comunidade, serviço de Ortopedia e Traumatologia. O trabalho foi desenvolvido sob a implementação do ciclo de *Gibbs*.

A Sr<sup>a</sup> C, com 81 anos, que reside com o marido, também de idade avançada e com comorbilidades relevantes. A Sr<sup>a</sup> C apresentou uma queda no domicílio, que resultou numa fratura subcapital do fémur direito, pelo que foi submetida a uma hemiartroplastia bipolar não cimentada. A Sr<sup>a</sup> C, previamente à queda, apresentava um elevado desequilíbrio e um défice de marcha importante, sendo apoiada principalmente pelo marido, que a ajudava nas suas atividades de vida diária.

O casal tem duas filhas, que se demonstraram presentes e preocupadas com a situação de saúde da Sr<sup>a</sup> C. Foi implementado um programa de reabilitação à Sr<sup>a</sup> C, onde se constatou limitações funcionais importantes maioritariamente a nível da função motora, e considerando o facto de não poder fazer carga no membro inferior intervencionado, constituiu-se num fator dificultador do processo de reabilitação. Ao longo do internamento, foram realizados diversos ensinamentos, não só à Sr<sup>a</sup> C (que já apresentava algum comprometimento cognitivo, não conseguindo decidir sobre si) mas também à família, para que se preparassem da melhor maneira para a alta.

Foram apresentadas algumas alternativas, com a ajuda da assistente social do serviço, para que todos estivessem informados das opções existentes tanto a nível de apoios para o domicílio, como uma possível referenciação para outra instituição. Uma semana depois, a Sr<sup>a</sup> C tem alta clínica. Ao deparar-se com esta situação, a família que, inicialmente referia que a Sr<sup>a</sup> C iria para a casa de uma das filhas, referiu, apenas neste momento, que não a levariam para casa, pelo que a equipa multidisciplinar teria de arranjar uma solução. Perante esta situação, a equipa

manifestou alguma frustração devido ao retrocesso no desenvolvimento do processo de preparação para a alta, que estava a evoluir de forma positiva.

Neste caso em específico, consegue-se retirar aspetos positivos e aspetos negativos. Os aspetos positivos prendem-se no facto de ter tido a oportunidade de acompanhar o caso desde o início, de ter realizado o programa de reabilitação para a Sr<sup>a</sup> C, bem como incluir a família nesse plano, onde foram realizados os ensinamentos necessários tendo em conta as limitações funcionais e necessidades identificadas. Como aspetos negativos da experiência, realço a mudança inesperada na tomada de decisão da família, referindo apenas no momento da alta da Sr<sup>a</sup> C, onde a equipa pensou que estaria tudo delineado e decidido.

Nesta situação, posso concluir que as famílias podem também experienciar diversos sentimentos, o que pode provocar dúvidas na tomada de decisão. Nesta situação em específico, houve uma mudança na tomada de decisão previamente referida à equipa, o que causou não só um transtorno para a equipa, mas também para a Sr<sup>a</sup> C.

De acordo com o Artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve informar a pessoa e família no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem prestados (Lei n.º 156/2015, 2015) se assim a pessoa o desejar. No artigo 110.º do mesmo Código, é enunciado que o enfermeiro deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única, durante a prestação de cuidados e considerar que se encontra inserida numa família e comunidade (Lei n.º 156/2015, 2015).

No que concerne às competências específicas, o EEER intervém na educação das pessoas/clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O envolvimento da família nos cuidados/ensinos realizados bem como a promoção da continuidade de cuidados encontram-se igualmente previstos a nível dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Além disso, a inclusão dos cuidadores informais durante o planeamento da alta reduz em mais de 20% as readmissões hospitalares (Rodakowski et al., 2017). Assim, a intervenção do EEER torna-se essencial não só na prevenção de complicações, mas na reintegração da pessoa na família e comunidade. A perspetiva holística torna-se fundamental na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, uma vez que o EEER deve considerar a pessoa como um todo e não esquecer a sua ligação com a família, que faz parte de uma das suas dimensões.

É de se salientar que a Sr<sup>a</sup> C também se encontra a experienciar um processo de transição do tipo saúde-doença. Segundo Afaf Meleis (2010), este tipo de transição acontece quando dizem respeito à saúde ou doença ou quando as respostas à transição se manifestam comportamentos relacionados com a saúde. Situações como a realização de uma cirurgia ou a alta de um estabelecimento de saúde, constituem-se situações de impacto imediato na vida das pessoas, que merecem ser valorizadas do ponto de vista da transição, merecendo a atenção do EEER (Meleis, 2010)

Apesar da equipa ter trabalhado em conjunto para atingir a melhor solução possível para a Sr<sup>a</sup> C, indo ao encontro das suas preferências, poderia ter sido benéfico realizar uma intervenção mais esclarecedora sobre os cuidados e as necessidades identificadas, no que concerne aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Por vezes, nestas situações, a informação transmitida pode não ser compreendida na totalidade, dado que as famílias podem sentir-se demasiado

pressionadas, levando a tomadas de decisão pouco refletidas, principalmente quando o seu familiar já não se encontra capaz de decidir sobre si.

Os momentos de expressão de preferências pessoais, conhecimentos e compreensão, e articular objetivos de recuperação, são essenciais para garantir que as necessidades individuais são satisfeitas e o melhor cuidado possível é prestado. Embora o material educativo escrito não substitua a conversa com a pessoa e família, ter mais informações centradas na pessoa pode melhorar a absorção de conhecimentos, para facilitar a tomada de decisão (Schiller et al., 2015). Neste sentido, proporcionar mais momentos para a expressão de sentimentos seria vantajoso, de forma a promover uma maior consciencialização da tomada de decisão.

Considero, assim, a necessidade de explorar aprofundadamente as preocupações da pessoa e família, de otimizar a comunicação entre a equipa e pessoa/família, e melhorar o planeamento dos cuidados e ensinamentos transmitidos aos mesmos, de forma que a tomada de decisão seja a mais consciente, informada e segura possível. Também é necessária a identificação precoce de constrangimentos no planeamento da alta. Caso necessário, solicitar o agendamento de mais reuniões e alertar a equipa caso a família não se sinta confortável com o regresso do seu familiar para casa, de forma que o planeamento dos cuidados vá ao encontro das necessidades identificadas. Não obstante, o fornecimento de recomendações escritas/indicações para a alta também poderiam ser benéficas neste sentido.

## **Referências**

- Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º181/2015, Série I de 2015-09-16*, pp. 8059 - 8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*, pp. 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Rodakowski, J., Rocco, P. B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S., . . . James, A. (2017). Caregiver Integration during Discharge Planning of Older Adults to Reduce Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society, 65*(8), pp. 1748–1755. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.14873>
- Schiller, C., Franke, T., Belle, J., Sims-Gould, j., Sale, j., & Ashe, M. C. (2015). Words of wisdom - patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. *Patient preference and adherence*(9), pp. 57-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/PPA.S75657>

Apêndice V

**Jornal de Aprendizagem contexto Comunitário**

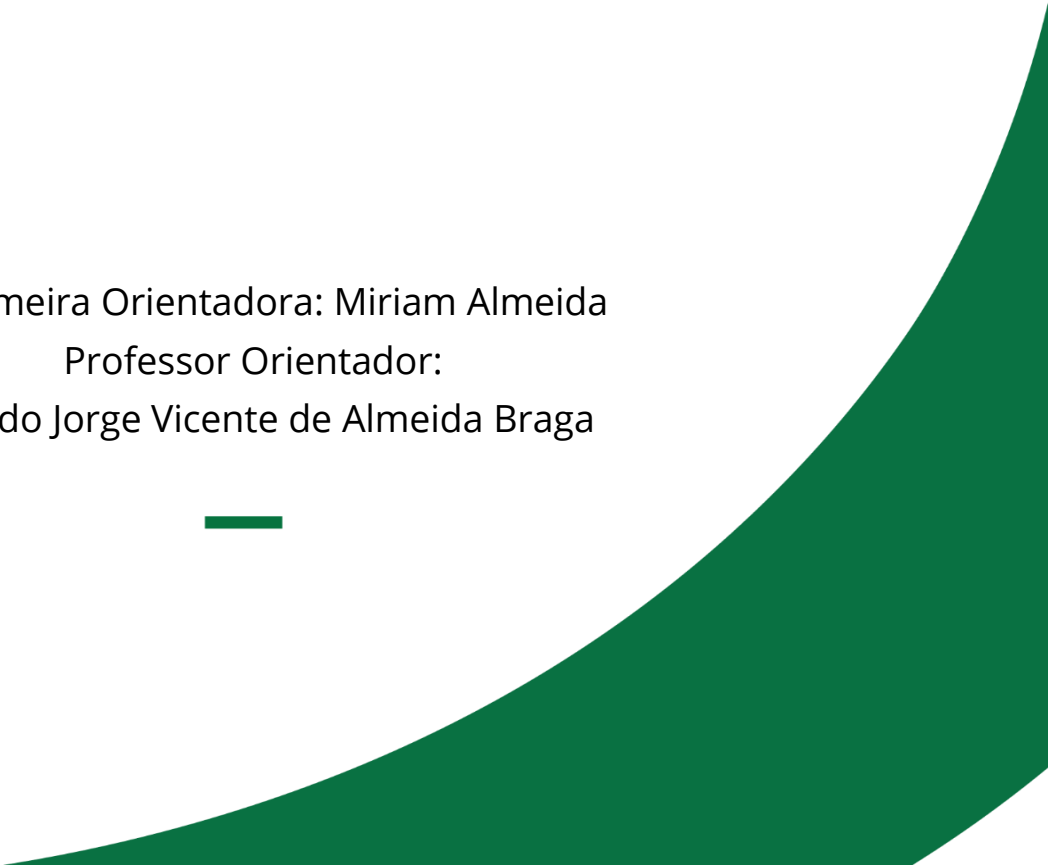
## **1º Curso de Mestrado em Reabilitação**

Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto  
traumatológico, reumatológico e na comunidade

### **Jornal de Aprendizagem**

**Amanda Louise Alves Lana**  
**Nº11605**

Enfermeira Orientadora: Miriam Almeida  
Professor Orientador:  
Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga



## ÍNDICE

Introdução .....	3
Sessão de formação sobre a terapêutica inalatória.....	3
Consulta de Enfermagem de DPOC .....	6
Conclusão .....	8
Bibliografia.....	9

## APÊNDICES

Apêndice I - Planeamento da sessão de formação – terapêutica inalatória

Apêndice II - Inquérito de avaliação da formação – terapêutica inalatória

Apêndice III - Planeamento da sessão de grupo – consulta DPOC

## **Introdução**

O presente jornal de aprendizagem foi desenvolvido no estágio de comunidade, e tem como objetivo a realização de uma reflexão sobre a sessão de formação realizada aos enfermeiros da USF sobre a terapêutica inalatória, e também sobre a consulta de Enfermagem de DPOC realizada aos utentes diagnosticados com DPOC há mais de três anos. Tanto a sessão de formação como a consulta de Enfermagem de DPOC, surgem no seguimento do trabalho iniciado pela colega Ariana no estágio anterior, onde realizou o seu jornal de aprendizagem sobre a terapêutica inalatória, e realizou as consultas da DPOC direcionadas aos novos casos identificados na USF.

## **Sessão de formação sobre a terapêutica inalatória**

A sessão de formação sobre esta temática surgiu através da identificação da necessidade de formação dos enfermeiros da USF nessa área, dado que cada vez mais surgem utentes na USF com doença respiratória, que fazem terapêutica inalatória.

A terapêutica inalatória tem diversas vantagens, tais como uma ação mais rápida, maior eficácia terapêutica e menores efeitos adversos. Além disso, é a via de eleição para a administração de muitos fármacos direcionados para a doença respiratória. A sua principal desvantagem é a dificuldade da utilização dos dispositivos de inalação pelas pessoas (Gomes & Sottomayor, 2000) (Oliveira, et al, 2005). Em média, mais de dois terços das pessoas cometem pelo menos um erro no uso de um dispositivo inalatório. Estudos demonstram que, embora o tipo e a frequência dos erros variam entre os dispositivos, não há dispositivo que exclua a necessidade de explicar, demonstrar e verificar regularmente a técnica inalatória, o que torna ainda mais importante a necessidade de formação dos enfermeiros nesta área (GOLD, 2023).

A realização da sessão de formação constitui-se não só uma aprendizagem pessoal, mas também permite o desenvolvimento profissional a nível das competências do enfermeiro especialista e também a nível da obtenção do grau de mestre. De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, este responsabiliza-se a facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Assim, deve atuar como formador, diagnosticar as necessidades formativas e favorecer a aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No que concerne aos descritores de Dublin, é esperado a capacidade de comunicar as conclusões, conhecimento e raciocínio inerentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e inequívoca (Joint Quality Initiative, 2004).

Foi realizado, numa fase inicial, um planeamento da sessão, que se encontra em apêndice I, sendo o objetivo principal da sessão promover a aprendizagem sobre a terapêutica inalatória, tema identificado como uma necessidade de formação para os enfermeiros da USF.

Para atingir os objetivos propostos, foi realizada uma apresentação em *powerpoint*, com a duração de 30 minutos, para 8 enfermeiros da USF com os aspetos principais relacionados com a terapêutica inalatória, tais como, os fatores que influenciam a deposição do fármaco pela via inalatória, a avaliação da capacidade inspiratória, a identificação dos diversos dispositivos existentes para a terapêutica inalatória, e as *checklists* de verificação da técnica. Foram também utilizados dispositivos de demonstração para avaliação da capacidade inspiratória, bem como dispositivos de demonstração para a realização da terapêutica inalatória.

Dado que as competências do enfermeiro especialista preveem a avaliação do impacto da formação realizada, foram aplicados inquéritos de avaliação da formação no final da mesma, que se encontra em apêndice II (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O inquérito realizado contém 12 itens distribuídos em cinco domínios, sendo eles: o conteúdo programático, a organização da ação, o formador, os resultados e expectativas, e a avaliação global. A cada item corresponde uma escala de 1 a 5, sendo classificada da seguinte forma: 1 – mau; 2 – insuficiente; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom. Em seguida, encontra-se o gráfico com as respostas do inquérito de avaliação da formação. É de se salientar que, dos 8 inquéritos distribuídos, até ao momento, foram entregues 7.

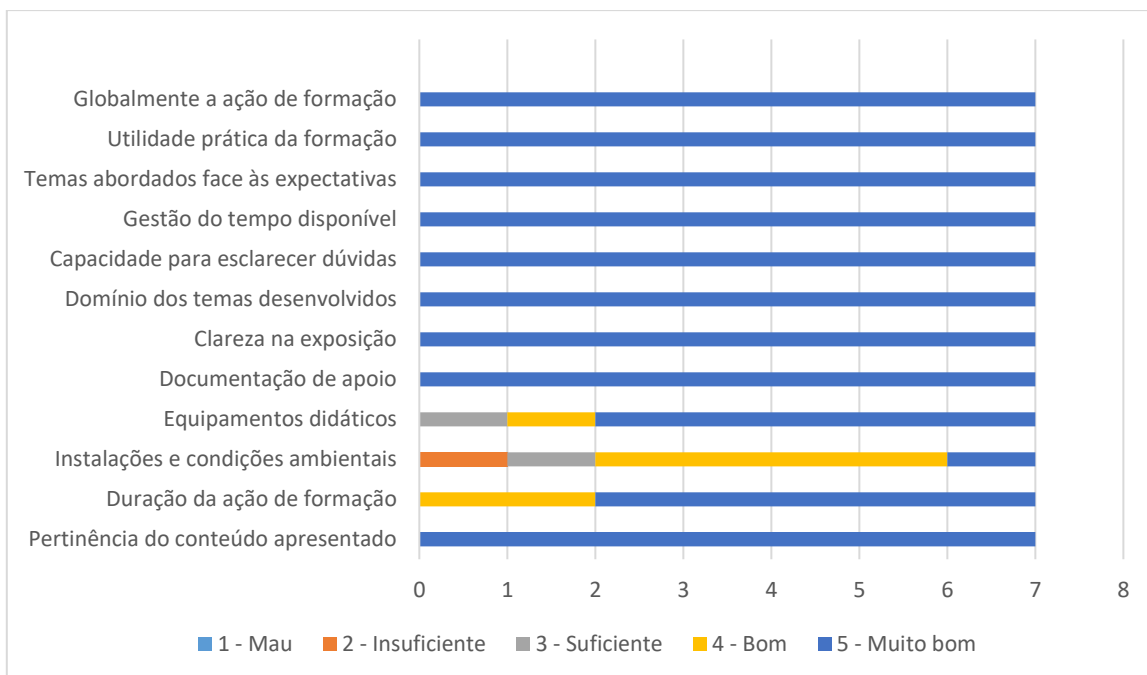


Gráfico 1: Inquérito de avaliação da formação

Ao analisar o gráfico apresentado, todos os enfermeiros classificam 9 em 12 itens como muito bom (5), de forma unânime, o que considero um aspeto bastante positivo. As respostas com menor pontuação prendem-se ao item relativo às instalações e condições ambientais, sendo que um enfermeiro classificou como insuficiente, um enfermeiro como suficiente, quatro enfermeiros como bom e um enfermeiro como muito bom. A sala escolhida para a realização da formação foi um gabinete de consulta, de pequenas dimensões, e como a temperatura ambiente estava mais elevada, poderá não ter sido confortável para todos. Assim, considero

um aspeto menos positivo na realização da sessão, e que é necessária mais atenção numa próxima sessão de formação a ser realizada.

No final da sessão de formação sobre a terapêutica inalatória, foi ainda apresentado um vídeo sobre a capacidade expiratória utilizando o espirómetro *COPD-6®* existente no serviço. Apesar de não estar relacionado com a terapêutica inalatória e não fazer parte do planeamento, também é um dispositivo utilizado na USF. Contudo, por não ser utilizado frequentemente pelos enfermeiros, foi considerado importante relembrar como se utiliza, caso seja necessário nas consultas com utentes com doença respiratória.

## **Consulta de Enfermagem de DPOC**

A consulta da DPOC surge no âmbito do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) da USF. A seleção dos utentes para a intervenção foi realizada pelo médico responsável pela consulta da DPOC na USF e os utentes selecionados, foram, preferencialmente, os que não tinha consulta médica e de enfermagem no âmbito da DPOC há 3 ou mais anos, sendo, por isso, utentes prioritários para consulta.

A consulta de Enfermagem de DPOC foi organizada numa consulta individual com cada utente, com cerca de 15 minutos, e numa sessão em grupo, com cerca de 30 minutos, para a realização de uma apresentação sobre a DPOC e a sua gestão nas atividades de vida diária.

Na consulta individual, é realizada a avaliação do FEV1 através do espirómetro *COPD-6®*, a verificação do registo vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, procedendo ao ensino e incentivo à adesão à vacina pneumocócica, a aplicação das escalas *CAT* (COPD Assessment Test) e *TAI 12 itens* (teste adesão aos inaladores) identificando potenciais erros na realização da terapêutica inalatória, e identificação de necessidade de referenciação para a consulta de cessação tabágica.

Na sessão de grupo, é realizada uma apresentação com recurso ao *powerpoint*, com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre a doença, com foco na reabilitação respiratória e técnicas de conservação de energia, realizando a demonstração de alguns exercícios que podem realizar no dia-a-dia. Ao longo da apresentação, também são abordados diversos aspetos relevantes e relacionados com a doença, como é o caso da importância da cessação tabágica, alimentação e cumprimento do regime terapêutico. O planeamento da sessão encontra-se em apêndice III.

A realização da consulta de Enfermagem de DPOC vai ao encontro das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, ao realizar sessões de treino com vista à promoção da saúde, capacitação e autogestão, o enfermeiro maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Assim, além de melhorar os conhecimentos sobre a doença, a consulta permite ainda melhorar a capacidade da pessoa para a gestão da doença e das atividades diárias.

Foram agendados três dias para a realização da consulta de Enfermagem de DPOC, sendo nos dias 26/06/2023, 05/07/2023 e 07/07/2023. Em cada dia, está previsto a convocação de seis pessoas, no máximo, com a seguinte organização: duas consultas individuais das 13h30 até as 14h00; apresentação do *powerpoint* das 14h00 às 14h30; quatro consultas individuais das 14h30 até às 15h30. Até ao momento foi realizada apenas uma consulta, no qual se baseia a reflexão dos pontos positivos e aspetos a melhorar.

No que diz respeito aos pontos positivos da consulta, saliento a apresentação do *powerpoint*, onde foi clara, perceptível e focada nos aspetos principais. Os utentes foram participativos, o que favoreceu a interação ao longo da apresentação, com exposição de dúvidas e interesses sobre a doença.

No que concerne aos aspetos a melhorar, saliento o facto da consulta ter iniciado com algum atraso, o que acabou por dificultar a realização das consultas individuais antes da sessão, e atrasar a apresentação. Ao refletir sobre este aspeto, considero que além de evitar os atrasos (dentro do que é possível controlar), alguns dados podem ser recolhidos antes da realização da consulta, como é o caso do registo vacinal, de forma a minimizar o tempo perdido na consulta de informações no sistema informático.

Os aspetos a melhorar, vão, certamente, contribuir para uma melhor gestão e planeamento das próximas consultas a realizar.

## **Conclusão**

Ao realizar o jornal de aprendizagem, foi possível refletir sobre as aprendizagens adquiridas na realização da sessão de formação e consulta de DPOC.

No que concerne à realização da sessão de formação aos enfermeiros da USF, sendo a primeira vez que realizei a nível do mestrado, considero que foi bastante positivo, dado que me permitiu não só consolidar o conhecimento sobre a terapêutica inalatória, mas também sentir mais confiança para a realização de próximas formações ao longo do meu percurso académico. A aplicação dos inquéritos foi uma mais-valia, uma vez que é importante valorizar a opinião e sugestões do público-alvo, de forma a conseguir melhorar os aspetos menos positivos nas próximas sessões a realizar.

Relativamente à consulta de Enfermagem da DPOC, considero ter sido muito importante, não só pela aprendizagem e desenvolvimento de competências como abordado anteriormente, mas também pelo facto de ser algo mais específico a nível da comunidade, que poderei não ter muitas outras oportunidades para o fazer ao longo do meu percurso. O facto de poder realizar a consulta em três momentos diferentes, permite-me perceber o que devo melhorar na realização das próximas

consultas, o que é uma grande mais-valia para o desenvolvimento das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

## **Bibliografia**

Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards . pp. 1-5.  
[https://www.aqu.cat/doc/doc\\_24496811\\_1.pdf](https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf)

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*, pp. 4744-4750.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*, pp. 13565-13568.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Apêndices

Apêndice I

**Planeamento da sessão de formação - terapêutica inalatória**

## 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### Planeamento da sessão de formação

---

**Tema da sessão de formação:** Terapêutica inalatória

**Responsável pela realização da sessão:** Amanda Lana, sob orientação da enfermeira Miriam Almeida

**Público-alvo:** 8 enfermeiros da USF CSI-Seixal

**Local:** USF CSI-Seixal

**Duração:** 30 minutos

**Data:** 21/06/2023

**Objetivos gerais:** Promover a aprendizagem sobre a terapêutica inalatória, tema identificado como uma necessidade de formação para os enfermeiros da USF;

**Objetivos específicos:** Aprofundar temas relacionados com a terapêutica inalatória, para que os enfermeiros sejam capazes de identificar os fatores que possam ter influência na via inalatória, avaliar a capacidade inspiratória, identificar os diversos dispositivos existentes e saber aplicar as *checklists* de verificação da técnica;

**Conteúdos:** Apresentação em *powerpoint*, que irá abordar os seguintes tópicos principais: fatores que influenciam a deposição dos fármacos pela via inalatória, a avaliação da capacidade inspiratória, os dispositivos inalatórios existentes (inaladores pressurizados doseáveis – *pMDI*; inaladores de pó seco – *DPI*; inaladores de névoa suave – *SMI*), e as *checklists* de verificação da técnica inalatória;

**Metodologia:** Método expositivo e demonstrativo;

**Materiais/recursos:** Será necessária uma sala com cadeiras suficientes para os 8 enfermeiros da USF, um computador, um projetor, um dispositivo de avaliação da capacidade inspiratória para demonstração, pelo menos um dispositivo inalatório de

cada tipologia (inaladores pressurizados doseáveis, de pó seco e de névoa suave) para demonstrar a técnica dos inaladores, e inquéritos de avaliação da formação.

**Tempo:** introdução – 5 minutos; desenvolvimento – 20 minutos; conclusão – 5 minutos.

**Avaliação da formação:** A ser realizada através da aplicação de inquéritos de avaliação da formação.

Apêndice II

**Inquérito de avaliação da formação - terapêutica inalatória**

## Inquérito de avaliação da formação

### Tema: terapêutica inalatória

1. Conteúdo programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Pertinência do conteúdo apresentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Organização da ação</b>					
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentação de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Formador</b>					
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Resultados e expectativas</b>					
Temas abordados face às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Avaliação global</b>					
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões e aspetos a melhorar:

---



---

**Obrigada pela sua colaboração!**

Apêndice III

**Planeamento da sessão de grupo - consulta DPOC**

## 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### Planeamento da sessão de grupo - consulta de DPOC

---

**Tema da sessão:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**Responsável pela realização da sessão:** Amanda Lana, sob orientação da enfermeira Miriam Almeida

**Público-alvo:** Utentes com o diagnóstico de DPOC, acompanhados pela equipa da USF CSI-Seixal

**Local:** USF CSI-Seixal

**Duração:** 30 minutos

**Data:** 26/06/2023, 05/07/2023 e 07/07/2023

**Objetivos gerais:** Melhorar o conhecimento sobre a doença, com foco na reabilitação respiratória e técnicas de conservação de energia.

**Objetivos específicos:** Aprofundar temas relacionados com a doença pulmonar obstrutiva crónica, para que as pessoas sejam capazes de identificar os sintomas da doença, de gerir o tratamento da doença, de melhorar o conhecimento sobre os exercícios de reabilitação respiratória que podem realizar (como é o caso da dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação costal global seletiva, técnicas de relaxamento e posições de descanso, e alguns exercícios de fortalecimento muscular) e de realizar algumas técnicas de conservação de energia.

**Conteúdos:** Apresentação em *powerpoint*, que irá abordar os seguintes tópicos principais: o que é a DPOC; quais os sintomas da doença; qual o tratamento (breve abordagem sobre os aspetos principais relacionados com a alimentação, medicação, vacinação e cessação tabágica); reabilitação respiratória: abordagem de alguns

exercícios com demonstração; técnicas de conservação de energia; importância da atividade física.

**Metodologia:** Método expositivo e demonstrativo;

**Materiais/recursos:** Será necessária uma sala com cadeiras suficientes para as 6 pessoas, um computador, um projetor.

**Tempo:** introdução – 3 minutos; desenvolvimento – 22 minutos; conclusão – 5 minutos. Esclarecimento de dúvidas ao longo de toda a sessão, pelo que o tempo pode variar consoante a participação das pessoa.