

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Programa de Exercício Físico à Pessoa submetida a Cirurgia
Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

Physical Exercise Program for the Person Undergoing Cardiac
Surgery: Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation
Nursing

Autor

Sofia Umbelina Leite de Queirós

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Programa de Exercício Físico à Pessoa
submetida a Cirurgia Cardíaca: Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Physical Exercise Program for the Person
Undergoing Cardiac Surgery: Intervention of the
Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing

Orientador(es)

Paulo Manuel Dias da Silva Azevedo
Maria de Fátima de Sequeira Loureiro

Autor

Sofia Umbelina Leite de Queirós

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A cada nova experiência, renascemos."

— Walt Whitman

AGRADECIMENTO

Ao Professor Doutor Paulo Azevedo e à Professora Especialista Maria Loureiro, pela orientação e valiosos contributos que enriqueceram significativamente este trabalho.

Aos meus amigos, aos meus companheiros de turma, pelo incentivo constante e partilha nesta jornada.

Aos meus pais, pelo apoio imensurável sem o qual nada seria possível. À Elsa, Maria e Ivo pelo suporte incondicional.

Ao meu marido, companheiro de vida e de sonhos, por acreditar em mim mais do que eu própria e por me amparar nos momentos de dúvida.

E por fim, mas nunca em último lugar, aos pequeninos amores da minha vida, Vasco e Manuel, que, na sua inocência, suportaram as minhas ausências demasiadas. Sem saberem, foram sempre o meu maior reforço e a razão última de todo este esforço.

A todos, o meu mais profundo e sentido agradecimento.

RESUMO

Este documento reflete o percurso formativo desenvolvido no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, destacando a aquisição de competências especializadas na Reabilitação Cardíaca (RC) fase I. Apresenta a análise de dois casos clínicos que ilustram a conceção, implementação e avaliação de programas de RC fase I, com ênfase na prescrição de exercício físico (EF) no pós-operatório de cirurgia cardíaca. A abordagem fundamenta-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis, proporcionando um enquadramento teórico-conceitual para as intervenções realizadas. Foi utilizada uma abordagem metodológica de estudo de caso para a análise sistematizada dos casos clínicos. Estes ilustram diferentes perfis de utentes submetidos a cirurgia cardíaca, com distintas necessidades de reabilitação. Em ambos, a prescrição individualizada de EF constituiu um elemento central da intervenção do EEER em RC fase I. A relevância do estudo advém da elevada prevalência das doenças cardiovasculares como principal causa de mortalidade e morbilidade, bem como do impacto positivo da RC na recuperação funcional após cirurgia cardíaca. Os contextos da prática clínica constituíram-se como fulcrais para a aquisição e consolidação das competências de Enfermeiro Especialista e EEER, designadamente na gestão e otimização dos cuidados, no processo de tomada de decisão em situações complexas e na mobilização de conhecimentos especializados inerentes ao domínio da Enfermagem de Reabilitação. Assim, o relatório apresenta uma análise crítico-reflexiva das intervenções implementadas, com enfoque no papel diferenciador do EEER nos programas de RC fase I. As conclusões sublinham a importância da implementação precoce e estruturada do EF, contribuindo para uma prática baseada na evidência na reabilitação cardíaca.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Cardíaca; Exercício Físico; Cirurgia Cardíaca; Cuidados Pós-operatórios.

ABSTRACT

This document reflects the educational journey developed during the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, highlighting the acquisition of specialized skills in Phase I Cardiac Rehabilitation (CR). It presents an analysis of two clinical cases that illustrate the design, implementation, and evaluation of phase I CR programs, with emphasis on the prescription of physical exercise (PE) in the postoperative period of cardiac surgery. The approach is based on Dorothea Orem's Self-Care Theory and Afaf Meleis' Transitions Theory, providing a theoretical-conceptual framework for the interventions performed. A case study methodological approach was used for the systematic analysis of the clinical cases. These illustrate different profiles of patients undergoing cardiac surgery, with distinct rehabilitation needs. In both cases, individualized PE prescription constituted a central element of the Specialist Rehabilitation Nurse's intervention in phase I CR. The relevance of the study stems from the high prevalence of cardiovascular diseases as a major cause of mortality and morbidity, as well as the positive impact of CR on functional recovery after cardiac surgery. The clinical practice contexts were crucial for the acquisition and consolidation of Specialist Nurse and Rehabilitation Specialist Nurse competencies, particularly in care management and optimization, complex decision-making processes, and mobilization of specialized knowledge inherent to the field of Rehabilitation Nursing. Thus, the report presents a critical-reflective analysis of the implemented interventions, focusing on the differentiating role of the Specialist Rehabilitation Nurse in phase I CR programs. The conclusions emphasize the importance of early and structured implementation of PE, contributing to evidence-based practice in cardiac rehabilitation.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Cardiac Rehabilitation; Physical Exercise; Cardiac Surgery; Postoperative Care.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AAS - Ácido acetilsalicílico

ACC - American College of Cardiology

ACSM - American College of Sports Medicine

AHA - American Heart Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BAV - Bloqueio Aurículo-Ventricular

Bpm - Batimentos por Minuto

CARE - Case Report Guidelines

CEC - Circulação Extracorporeal

CERT - Consensus on Exercise Reporting Template

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCV - Doenças Cardiovasculares

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EF - Exercício Físico

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESC - European Society of Cardiology

FC - Frequência Cardíaca

FITT-VP - Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão

FRCV - Fatores de Risco Cardiovascular

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MI - Membros Inferiores

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PCR - Proteína C Reativa

RC - Reabilitação Cardíaca

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR - Reabilitação respiratória

SV - Sinais Vitais

TAVI - Implantação da Válvula Aórtica Transcateter

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM (Unidade de Cuidados Intermédios)

ULS - Unidades Locais de Saúde

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. PROGRAMA DE RC FASE I COM ENFOQUE NO EF APÓS SUBSTITUIÇÃO DE VÁLVULA AÓRTICA: UM ESTUDO DE CASO	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	57
3.3. Medicação	57
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	58
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	61
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	62
3.5. Domínios	64
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	64
3.6. Conceção de Cuidados	73
3.7. Especificação das intervenções	94
3.8. Síntese relativa ao caso	101
4. PROGRAMA DE RC FASE I COM ENFOQUE NO EF PÓS REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UM ESTUDO DE CASO	105
4.1. Enquadramento teórico	105
4.2. Clientes	106
4.3. Medicação	106
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	106
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	107
4.5. Domínios	108
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	109
4.6. Conceção de Cuidados	109
4.7. Especificação das intervenções	131
4.8. Síntese relativa ao caso	137
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	141
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	161
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163

ANEXOS	179
--------------	-----

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Fases da Reabilitação Cardíaca.

Figura 2: Indicações e Contraindicações para Reabilitação Cardíaca Sistematização das indicações e contraindicações clínicas para a implementação de programas de Reabilitação Cardíaca.

Figura 3: Progressão de Exercícios na Fase I da Reabilitação Cardíaca

Figura 4: Princípio FITT-VP na Prescrição de Exercício Físico na Fase I da Reabilitação Cardíaca

Figura 5: RX antes da sessão de Reabilitação Cardíaca

Figura 6: Parâmetros FITT-VP definidos para o utente em estudo

Figura 7: Progressão do plano de exercício físico do utente em estudo(1)

Figura 8: Parâmetros FITT-VP definidos para o utente em estudo

Figura 9: Progressão do plano de exercício físico do utente em estudo(2)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório constitui o culminar do percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a decorrer no terceiro semestre do ano letivo 2024/2025. Elaborado sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo Azevedo e coorientação da Professora Especialista Maria Loureiro, este documento destina-se à apreciação e discussão pública, em conformidade com as normas académicas vigentes.

Este trabalho visa documentar o processo de desenvolvimento profissional enquanto candidata a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), focalizando a consolidação de competências transversais e específicas no domínio da tomada de decisão na pessoa com compromisso cardiorrespiratório e necessidade de intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Fundamentando-se num paradigma de enfermagem avançada, a vertente do relatório que versa sobre a componente científica, apresentada sob a forma de dois estudos de caso, centra-se na conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação cardíaca fase I, com ênfase na prescrição de exercício físico (EF) dirigidos a pessoas em período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, a enfermagem de reabilitação caracteriza-se como uma especialidade que integra um corpo específico de conhecimentos e procedimentos técnico-científicos, visando potenciar a capacidade funcional e a autonomia das pessoas afetadas por condições patológicas diversas. A prática especializada alicerça-se num modelo conceptual específico, tendo sido estabelecidos padrões de qualidade próprios através do Regulamento n.º 350/2015, que delimita o mandato social do EEER perante utentes, equipas multiprofissionais e sociedade (Gaspar et al., 2021).

Face à abrangência das competências do EEER, circunscreveu-se o foco deste trabalho à prescrição e implementação de reabilitação cardíaca fase I. A temática da prescrição de EF no contexto de programas de reabilitação cardíaca (RC), assume particular relevância considerando que as doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de mortalidade mundial, com significativo impacto nos sistemas de saúde. A intervenção cirúrgica cardíaca, embora fundamental, acarreta complicações potenciais que podem comprometer a recuperação funcional, tornando a RC uma abordagem terapêutica essencial.

O enquadramento teórico-conceptual assenta na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis, conferindo robustez epistemológica ao relatório. A análise dos casos clínicos foi orientada pela metodologia do CARE (Case Report Guidelines) (Riley et al.,

2017), permitindo uma abordagem sistematizada das intervenções implementadas na elaboração e análise de dois casos clínicos.

O relatório estrutura-se em secções sequenciais que refletem o percurso de desenvolvimento de competências especializadas. Inicia-se com a caracterização dos contextos clínicos, seguindo-se o enquadramento teórico que aborda a epidemiologia das doenças cardiovasculares, as manifestações clínicas que motivam intervenção cirúrgica, as complicações pós-operatórias, os fundamentos da reabilitação cardíaca e a implementação específica do exercício físico na Reabilitação Cardíaca Fase I. Posteriormente, são apresentados dois estudos de caso desenvolvidos durante o ensino clínico, incluindo a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções implementadas e resultados obtidos. Seguidamente, apresenta-se uma análise crítico-reflexiva das intervenções implementadas, culminando com a análise do papel do EEER e o seu contributo para a aquisição e consolidação das competências específicas estabelecidas no quadro regulamentar da profissão.

Através deste relatório, pretende-se evidenciar a importância da implementação precoce e estruturada do EF no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, bem como a relevância da intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação na otimização dos resultados desta abordagem terapêutica.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Neste capítulo serão apresentados os dois contextos clínicos onde foram desenvolvidas as competências específicas em Enfermagem de Reabilitação. O objetivo é fornecer uma descrição sucinta destes ambientes, detalhando a estrutura e organização dos serviços, incluindo recursos humanos, materiais, métodos de funcionamento, bem como os projetos em curso. Paralelamente, procura-se analisar de que forma esses elementos contribuíram para o desenvolvimento e crescimento profissional. Visa também a análise das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e a sua inter-relação com a prática clínica. Estas competências foram debatidas e concretizadas através das atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, tendo sempre presente o foco do EEER, a Pessoa com necessidades especiais ao longo de sua vida, com ênfase na preservação e melhoria do bem-estar e qualidade de vida, da recuperação da funcionalidade, por meio do incentivo ao autocuidado, prevenção de complicações e maximização das capacidades (Regulamento no392/2019).

Serviço Hospitalar em contexto Cardiorrespiratório

O estágio referente à componente em contexto cardiorrespiratório foi realizado na Unidade de Cirurgia Cardiorrespiratória de um Hospital do país. Este serviço inclui a unidade de cuidados intensivos, a unidade de cuidados intermédios e internamento, distribuídos em dois pisos. A unidade de cuidados intensivos/cuidados intermédios e bloco operatório estão localizadas no mesmo piso cada um com capacidade de lotação de 20 camas. O internamento, por sua vez, tem capacidade para 32 camas e está localizado no piso inferior. Ambos os pisos funcionam sob a mesma direção clínica e enfermeira gestora, garantindo uma abordagem integrada e coerente na continuidade dos cuidados prestados aos utentes.

A unidade está estruturada em duas áreas de especialidade: cirurgia cardíaca e cirurgia torácica. Os utentes que recebem cuidados nesta unidade provêm, maioritariamente, das consultas de pneumologia e cardiologia do hospital onde a unidade está integrada, seja no âmbito de uma cirurgia programada ou por admissão através do serviço de urgência, uma situação frequentemente observada. Durante o período de estágio, as condições clínicas de maior procura na área de cirurgia cardíaca incluíram predominantemente doença coronária, patologia valvular e doença cardíaca congénita, com intervenções como valvuloplastias e cirurgia de revascularização do miocárdio. Na área de cirurgia torácica, predominaram casos de doença pulmonar, com intervenções como lobectomia pulmonar e tratamento de pneumotórax. Além disso, a unidade acolhe utentes encaminhados de outras unidades hospitalares em regime

de cooperação, quando estas não dispõem de equipamentos especializados ou profissionais com competências técnicas específicas para realizar determinados procedimentos cirúrgicos.

O percurso do utente neste serviço, desde a admissão até à alta hospitalar, compreende várias etapas fundamentais no contexto da cirurgia cardíaca e/ou torácica. Inicialmente, o utente é admitido no internamento, sendo posteriormente encaminhado para o bloco operatório, onde se realiza a intervenção cirúrgica.

No período pós-operatório imediato, o utente é transferido para a UCI, onde permanece, em média, entre 24 a 48 horas. Durante este período, as suas funções vitais são rigorosamente monitorizadas pela equipa multidisciplinar, assegurando a deteção precoce e prevenção de complicações cirúrgicas. O programa de RC é de modo geral iniciado entre as 24-48 horas após a cirurgia, quando o utente apresenta estabilidade hemodinâmica e ausência de complicações significativas, permitindo uma intervenção precoce e segura, que visa otimizar a recuperação funcional. Esta abordagem está em consonância com o descrito por Novo et al. (2020), que indica que a fase I da RC ocorre em contexto de internamento, iniciando-se a partir das primeiras 24-48 horas após a cirurgia, ou logo que a situação clínica o permita.

A fase de recuperação prolonga-se posteriormente na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM), onde ocorre a transição dos cuidados intensivos (nível III) para um ambiente de cuidados intermédios (nível II), e no serviço de internamento, onde são implementadas intervenções direcionadas à reabilitação funcional e à continuidade na preparação da alta hospitalar. A unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar diferenciada, que colabora de maneira integrada para assegurar a reabilitação destes utentes. Contempla dois EEER que garantem os cuidados de enfermagem de reabilitação 12h por dia nos dias úteis da semana. Além destes recursos, o serviço conta ainda com seis EEER, que desempenham funções tanto na gestão como nos cuidados gerais. Adicionalmente, dispõe de três fisioterapeutas, que trabalham em parceria com o EEER. Relativamente aos recursos materiais de apoio aos cuidados de enfermagem de reabilitação, encontravam-se disponíveis: um elevador de transferência, espelho quadriculado, almofadas de posicionamento, banco de posicionamento para os membros inferiores, espirômetro de incentivo, bastão, pedaleira, cadeira de rodas, andarilho e canadianas.

Tendo em conta a organização do serviço em dois pisos distintos (um destinado à UCI e UCIM e outro ao serviço de internamento) a intervenção do EEER não ocorre simultaneamente em todas as áreas no período da manhã. Para gerir esta distribuição, é adotado um modelo de rotação em articulação com a equipa de fisioterapeutas. Neste sistema, os EEER atuam alternadamente, dedicando-se, durante um período previamente estabelecido, à UCI e à UCIM, enquanto os fisioterapeutas intervêm no serviço de internamento, procedendo-se posteriormente à permutação das funções entre as equipas. Contudo, no período da tarde, verifica-se que apenas um EEER é responsável por todas as três valências, o que representa um desafio significativo na organização dos cuidados e na resposta às necessidades dos utentes. Esta distribuição torna o

estabelecimento de prioridades mais exigente, impactando a efetividade das intervenções de Enfermagem de reabilitação. Embora a abordagem multidisciplinar seja essencial para a recuperação pós-cirúrgica, torna-se necessário refletir sobre a carga de trabalho do EEER e a priorização dos cuidados de reabilitação, sobretudo considerando a lotação de 20 camas na UCI/UCIM, onde um único EEER é responsável por todos os utentes, e as 32 camas no internamento, também a cargo de apenas um EEER. A distribuição limitada dos recursos humanos impõe desafios à gestão dos cuidados de ER, exigindo uma estratégia eficaz de organização e definição de prioridades para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados. Neste contexto, o método de trabalho em equipa adotado baseia-se num modelo de colaboração interprofissional, onde a comunicação efetiva e a coordenação dos cuidados entre os diferentes profissionais permitem maximizar os recursos disponíveis e otimizar os resultados, como destaca Costa (2017) ao afirmar que a articulação eficiente entre os elementos da equipa multidisciplinar constitui um fator determinante para a qualidade dos cuidados em contextos de elevada exigência e recursos limitados.

A organização dos recursos humanos de EEER representa um fator relevante na implementação dos planos de cuidados, os quais são essenciais para potenciar a recuperação funcional e a promoção da autonomia dos utentes. O Regulamento n.º 743/2019 estabelece diretrizes para a dotação segura nos serviços de internamento, recomendando a alocação de, pelo menos, dois EEER por cada 15 utentes, de modo a garantir a prestação diária de cuidados especializados durante 12 horas, todos os dias da semana. Para as UCI de nível I e II, o mesmo regulamento preconiza a integração de EEER adicionais, sugerindo um rácio de 12 horas de cuidados especializados por cada 8 utentes, também em regime diário.

A necessidade de avaliar continuamente os utentes elegíveis para reabilitação, adaptar estratégias terapêuticas às condições individuais e priorizar a prestação dos cuidados exigiu uma gestão rigorosa dos recursos disponíveis. O número de EEER representa uma forte dedicação, criando a necessidade de otimizar o tempo e os recursos existentes para garantir a qualidade e efetividade das intervenções.

Na UCI, o foco principal está na estabilização clínica e monitorização hemodinâmica, sendo imprescindível uma avaliação contínua e sistemática do estado do utente. A avaliação inicial desempenha um papel crucial, pois permite identificar precocemente complicações pós-operatórias e definir um plano de reabilitação ajustado às necessidades individuais. A RC hospitalar em Fase I inicia-se 24 a 48 horas após a cirurgia cardiororácica ou logo que possível, integrando uma abordagem estruturada para promover a recuperação funcional do utente.

A gestão da dor revela-se um aspeto essencial, uma vez que o controlo da mesma é determinante para viabilizar a mobilização precoce e prevenir complicações associadas à eliminação inadequada de secreções respiratórias. Para tal, as estratégias de controlo da dor incluem administração de analgesia e educação sobre a contenção da ferida cirúrgica,

especialmente em situações que exigem um aumento da pressão intratorácica, como a tosse (Huang & Sakata, 2016; Ordem dos Enfermeiros 2020).

A avaliação da função respiratória realiza-se por meio do exame físico (incluindo inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar) e da gasometria arterial. Nos utentes em ventilação espontânea, prioriza-se a reeducação funcional respiratória, recomendando-se, quando indicado, o uso do inspirómetro de incentivo por fluxo disponível no serviço, desde que não haja evidência de pneumotórax e o utente apresente capacidade funcional para tal. Apesar da utilização deste dispositivo, importa referir que, considerando o padrão respiratório predominantemente restritivo observado nestes utentes, o inspirómetro volumétrico seria teoricamente mais adequado para otimizar a expansão pulmonar e prevenir complicações respiratórias pós-cirúrgicas.

Nos utentes submetidos a ventilação mecânica, a abordagem de enfermagem de reabilitação requer uma monitorização mais rigorosa dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos. Nestes utentes, as intervenções incluem técnicas de posicionamento para otimização da relação ventilação/perfusão, manobras de recrutamento alveolar, drenagem postural modificada e, quando apropriado, hiperinsuflação manual ou mecânica para melhorar a compliance pulmonar e facilitar a mobilização de secreções. A aspiração de secreções deve ser realizada de forma criteriosa, mediante avaliação prévia, utilizando técnica asséptica e monitorização contínua do utente. Importa salientar que, durante este percurso formativo, as oportunidades de intervenção com utentes ventilados foram mais limitadas do que seria desejável, o que condicionou a experiência prática neste domínio específico.

A eliminação de secreções e a manutenção da permeabilidade das vias aéreas assumem-se como intervenções fundamentais de reabilitação respiratória em todos os utentes, sendo o Ciclo Ativo da Respiração e a tosse dirigida estratégias frequentemente implementadas nos utentes com respiração espontânea, enquanto nos ventilados mecanicamente privilegiam-se técnicas adaptadas ao seu estado clínico e nível de sedação.

O treino cardiorrespiratório para utentes na UCI, após cirurgia cardiorrácica, adapta-se às condições clínicas individuais e estrutura-se de forma progressiva. Inicialmente, realizam-se mobilizações passivas e ativas assistidas das articulações, com especial atenção aos membros superiores e inferiores. A execução das intervenções é sempre monitorizada em tempo real, garantindo a segurança do utente e ajustando a intensidade do treino conforme necessário.

Na UCIM, mantêm-se as estratégias de reeducação funcional respiratória, incluindo exercícios respiratórios e treino com espirometria de incentivo, sempre que indicado. Paralelamente, dá-se continuidade à mobilização ativa dos membros superiores e inferiores, promovendo um treino de força progressivo. Além disso, a posição ortostática e o treino de equilíbrio ganham destaque, sendo trabalhadas tanto a estabilidade estática como a dinâmica. Para utentes

cl clinicamente estáveis, com esforço percebido ≤ 5 na Escala de Borg Modificada, introduz-se o treino aeróbio utilizando o cicloergómetro, inicialmente com períodos curtos e intermitentes, ajustados consoante a tolerância do utente (Almeida et al.; 2020)

A monitorização da frequência cardíaca máxima é uma preocupação constante neste contexto, garantindo a segurança do exercício. Além disso, reforça-se a educação do utente sobre sinais de alerta e limites de segurança, preparando-o para a autogestão da sua condição após a alta hospitalar.

Importa salientar que esta tipologia de intervenção cirúrgica acarreta um impacto significativo na execução das AVD, constituindo uma área de intervenção prioritária e de primordial preocupação para o EEER. Durante o período de internamento, dá-se continuidade ao planeamento de cuidados previamente delineado, procedendo aos ajustes necessários conforme a evolução clínica do utente. O objetivo fulcral desta fase centra-se na progressão da capacidade funcional com vista à autonomia nas AVD. Esta progressão é conseguida através da implementação das intervenções anteriormente iniciadas, agora aplicadas com maior regularidade e intensidade progressiva.

A inspirometria de incentivo e os exercícios respiratórios reforçam-se, garantindo a manutenção da funcionalidade pulmonar. O treino de força dos grandes grupos musculares, particularmente dos membros inferiores, realiza-se de forma mais consistente, aproveitando a maior estabilidade clínica dos utentes.

A marcha no corredor introduz-se gradualmente, permitindo avaliar a distância percorrida e o tempo despendido, sempre assegurando que seja realizada em condições seguras. Por fim, o reforço da educação sobre sinais de alarme e limites de segurança continua a ser uma prioridade, assegurando que o utente adquira competências para a sua autogestão após a alta hospitalar.

Durante o estágio, identificou-se que o treino de EF estruturado poderia constituir uma intervenção complementar significativa para incrementar o plano de reabilitação individualizado. Após análise reflexiva e discussão com o enfermeiro orientador, implementou-se esta abordagem para utentes que, mediante avaliação criteriosa, apresentavam condições clínicas adequadas e cumpriam os critérios de segurança. O objetivo foi potenciar os benefícios do exercício estruturado na recuperação pós-cirúrgica, definido por parâmetros que regem o EF.

Este deve obedecer a rigorosos critérios de segurança clínica, nomeadamente a ausência de sintomas de angor e de insuficiência cardíaca descompensada, bem como a estabilização dos marcadores de necrose miocárdica e do eletrocardiograma nas oito horas anteriores. Uma vez iniciado o programa, o utente progredia para níveis de intensidade mais elevados, desde que os seguintes critérios de segurança clínica fossem assegurados:

- Resposta hemodinâmica apropriada à atividade e ao ortostatismo;

- Variação máxima da frequência cardíaca entre 20 e 30 bpm em relação ao repouso (em utentes sem arritmia auricular);
- Ausência de alterações no eletrocardiograma, nomeadamente depressão ou elevação do segmento ST, disritmias ou distúrbios da condução;
- Ausência de sintomas de angor, dispneia, palpitações, tonturas ou hipersudorese, tanto durante o exercício quanto em repouso (Novo et al., 2020, p. 40).

A implementação do EF estruturado como componente da RC revelou-se um desafio significativo, uma vez que esta prática não se encontra sistematizada neste serviço. Este desafio foi ampliado pelas limitações estruturais e materiais existentes. O serviço não dispõe de sala de reabilitação ou ginásio dedicado, razão pela qual o treino de marcha por exemplo, foi realizado na unidade do utente e no corredor do serviço.

Relativamente aos recursos materiais, o serviço apresenta disponibilidade limitada de equipamentos específicos para a implementação da prática de EF, restringindo-se essencialmente ao uso de pedaleiras e caneleiras (estas na posse dos profissionais de fisioterapia). Igualmente relevante é a escassez de dispositivos inovadores para a reabilitação respiratória (como por exemplo, dispositivos de Higiene Brônquica e Mobilização de Secreções), representando um desafio na diversificação das estratégias terapêuticas. Estas limitações, embora não tenham impedido a realização das intervenções planeadas, tornaram o processo mais desafiante.

A necessidade de adaptar o treino à realidade da unidade exigiu um planeamento rigoroso e um acompanhamento contínuo dos utentes envolvidos. Apesar das limitações identificadas, esta experiência demonstrou a viabilidade e os potenciais benefícios da integração do EF na RC, reforçando a necessidade de uma maior sensibilização e valorização do EF estruturado na recuperação pós-operatória. Entre as limitações encontradas, destaca-se também a dependência do sistema de telemetria, que não funcionava fora do serviço. Como consequência, as atividades ficaram circunscritas ao espaço da unidade, o que, embora tenha inviabilizado a realização de treino de escadas, possibilitou a implementação de exercícios alternativos adaptados ao contexto e às necessidades funcionais dos utentes, mantendo o foco no desenvolvimento das capacidades necessárias para as AVD.

Importa referir que a cirurgia torácica, embora partilhe o mesmo serviço com a cirurgia cardíaca, apresenta necessidades específicas e distintas que exigem uma abordagem diferenciada na prática da ER. O perfil dos utentes submetidos a cirurgia torácica é variado, incluindo maioritariamente pessoas com cancro do pulmão para realização de lobectomia ou segmentectomia; utentes com patologia da pleura, como derrames pleurais espontâneos, necessitando de colocação de dreno torácico; casos de empiemas que requerem descorticação; e ainda situações de cirurgia de correção de Pectus Excavatum. No âmbito da reabilitação

respiratória (RR), destaca-se a maior ênfase na reeducação funcional respiratória e na reexpansão pulmonar com ênfase no treino dos músculos inspiratórios. Foi crucial a gestão eficaz da drenagem torácica, envolvendo manutenção da pressão negativa e monitorização da oscilação, juntamente com vigilância de complicações específicas como fístulas bronco-pleurais e enfisema subcutâneo, pneumotórax recidivante e alterações posturais compensatórias (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O levante precoce constituiu uma das intervenções prioritárias, considerando os benefícios comprovadamente estabelecidos na prática clínica no pós-operatório. Evidenciou-se também fundamental a adaptação dos exercícios à presença de drenos torácicos, com especial atenção às limitações de mobilidade do ombro ipsilateral à abordagem cirúrgica. Relativamente à dor e seu controlo, detetou-se um padrão diferenciado de desconforto associado à incisão intercostal, interferindo diretamente na mecânica respiratória devido aos posicionamentos antiálgicos adotados e à consequente redução da amplitude dos movimentos respiratórios. A gestão da dor foi assim fundamental para a eficácia das intervenções de ER. Adicionalmente, nas abordagens terapêuticas considerou-se essencial avaliar o conhecimento do utente sobre as técnicas de posicionamento e respiratórias, bem como a sua capacidade para realizar essas mesmas de forma eficaz, permitindo assim uma intervenção personalizada e progressivamente mais autónoma.

No âmbito psicossocial, foi respeitado o impacto do diagnóstico oncológico na recuperação, a adaptação à potencial redução permanente da capacidade funcional e a gestão da ansiedade associada à dispneia. Este processo requer uma abordagem holística, reconhecendo que o diagnóstico oncológico frequentemente desencadeia sentimentos de vulnerabilidade, medo e incerteza quanto ao futuro. A intervenção contemplou o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e empatia, permitindo a expressão de sentimentos e preocupações por parte do utente. Foram implementadas estratégias de relaxamento e exercícios de controlo respiratório, capacitando o utente para melhor gestão dos episódios de dispneia e consequente redução da ansiedade. Adicionalmente, promoveu-se o envolvimento ativo do utente e família no plano de cuidados, fortalecendo a sua autonomia e autoeficácia (Spruit et al., 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Importa referenciar que, a abordagem sistemática e criteriosa incluía a análise meticulosa dos parâmetros analíticos, gasométricos e imagiológicos previamente a qualquer intervenção junto do utente. A interpretação dos dados clínicos fundamentava a individualização do plano de cuidados, resultando numa abordagem personalizada para cada utente. A avaliação inicial dos utentes não se centrou apenas no exame físico, mas integrou também a interpretação de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a análise radiológica. Esta metodologia permitiu o desenvolvimento de competências na interpretação radiológica, aumentando o espírito de raciocínio clínico e capacidade de análise.

O processo de tomada de decisão caracterizou-se pelo rigor metodológico e pela sólida fundamentação científica, sustentando-se numa avaliação sistemática e holística do utente e na integração da experiência clínica acumulada por parte do EEER, privilegiando sempre a segurança. Foi notória a função consultiva que este desempenha junto dos Enfermeiros de cuidados gerais envolvidos na prestação direta de cuidados, evidenciando o reconhecimento das suas competências especializadas pela equipa, tal como preconizado no Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que estabelece a competência de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde.

É de salientar que, apesar da coexistência de fisioterapeutas e EEER em regime de rotatividade no serviço, constatou-se uma clara delimitação e complementaridade dos papéis profissionais, sem sobreposição ou comprometimento mútuo. Esta distinção justificou-se pelo facto de o EEER se destacar na equipa multidisciplinar através de uma prática diferenciadora, caracterizada pela autonomia profissional e pela implementação de intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Revelou-se essencial considerar o padrão documental dos cuidados de Enfermagem da especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015) uma vez que este constituiu um dos alicerces fundamentais da prática, conferindo rigor metodológico e sustentação científica às intervenções especializadas. Este instrumento contribuiu para a consolidação da autonomia e capacidade de tomada de decisão, bem como para a personalização dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, promovendo a visibilidade e o reconhecimento do papel diferenciado do EEER.

Merece ainda ser evidenciado que a abordagem do EER distingue-se pela perspetiva holística, considerando não apenas a disfunção específica, mas o seu impacto nas necessidades fundamentais e na capacidade de promover e capacitar o utente para o autocuidado. Perante isto, foram implementadas intervenções que promovessem a capacitação do utente e seus cuidadores, assumindo um papel fundamental em múltiplas dimensões: no ensino dos fatores de risco, na promoção de modificações no estilo de vida, na integração do exercício físico no quotidiano, na gestão eficaz do regime terapêutico, na prevenção de eventos adversos e na adaptação do ambiente domiciliário ou na referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este conjunto de intervenções constitui os pilares distintivos desta especialidade no contexto multidisciplinar, refletindo uma abordagem holística que vai ao encontro do que defende Martins (2021). Segundo esta autora, a visão centrada na pessoa, na saúde e na enfermagem implica necessariamente que o Enfermeiro de Reabilitação dedique tempo substancial à educação para a saúde, reconhecendo que as alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais experienciadas pela pessoa com deficiência ou incapacidade exigem constantes reajustes nos processos de promoção da saúde.

O método de trabalho adotado baseia-se numa abordagem em equipa, onde o EEER colabora com os demais profissionais para a prestação de cuidados personalizados a cada utente, com

registos documentados na plataforma institucional, garantindo a sistematização e continuidade dos cuidados de ER. Neste contexto, os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes refletem as necessidades dos utentes no âmbito da reabilitação respiratória, nomeadamente: ventilação comprometida, potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória, potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória, potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo respiratório e potencial para melhorar a capacidade para uso de dispositivo respiratório.

No que diz respeito a projetos direcionados para a melhoria contínua da qualidade, este serviço não tem, de momento, nenhuma iniciativa em curso. No entanto, assegura a receção de alunos da especialidade em Enfermagem de Reabilitação e de mestrado, contribuindo para a formação e desenvolvimento de futuros profissionais na área.

A crescente evidência científica sustenta a incorporação do EF no âmbito da RC, revelando uma significativa oportunidade de melhoria no contexto do serviço em assunto, onde se verifica atualmente a inexistência de um programa de EF implementado. Esta lacuna é particularmente relevante tendo em conta que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação estabelece claramente que o treino de exercício em todas as fases da RC faz parte dos percursos formativos e constitui uma competência e intervenção autónoma dos EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Corrobora esta posição o Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Cardíaca, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2020, que sublinha a importância da implementação de programas de EF em qualquer fase da RC, tendo sido reconhecida como área prioritária de investigação.

Serviço hospitalar em contexto Ortopedia

O serviço de ortopedia encontra-se dividido em duas alas, com a capacidade total de 52 camas. O ensino clínico foi desenvolvido na ortopedia 1, que é composta por seis enfermarias, cada uma com quatro camas, além de dois quartos de isolamento, dotados de pressão negativa e, por isso, frequentemente utilizados para isolamentos de via aérea. Quando o serviço atinge a sua capacidade máxima, os utentes vindos do serviço de urgência são admitidos temporariamente em macas, no corredor.

A admissão de utentes para cirurgia programada funciona através de um sistema de pré-internamento num serviço orientado para essa função. Este projeto foi concebido para agilizar o processo de admissão e preparação dos utentes submetidos a cirurgia convencional, centralizando num único momento e num único espaço, todos os procedimentos administrativos de admissão e cuidados de enfermagem. Estas ações incluem a avaliação inicial de enfermagem, a preparação do utente para a cirurgia, o seu transporte para o bloco operatório e, posteriormente, do recobro para o serviço de internamento. Esta abordagem reduz o tempo de internamento, o que, entre outros benefícios, otimiza a gestão de camas hospitalares e aumenta a segurança do utente (Araújo et al., 2025)

As cirurgias programadas mais frequentes correspondem a artroplastias da anca e do joelho, decorrentes de processos degenerativos destas estruturas. No que respeita às situações de urgência mais prevalentes durante o estágio, destacaram-se as fraturas do colo do fémur e trocântéricas, resultantes de quedas, sobretudo em pessoas idosas. Estas fraturas são frequentemente classificadas como fraturas de fragilidade, associadas às características específicas da população geriátrica. De acordo com Palma et al. (2021), a fragilidade, característica frequente na população idosa, encontra-se correlacionada com a perda de força muscular, fragilidade óssea, diminuição de índice de massa muscular e capacidade física reduzida. Os mesmos autores referem que as quedas são um acontecimento recorrente nesta população, constituindo uma das principais causas de internamento hospitalar com impacto na morbilidade, mortalidade e consequências a nível pessoal, familiar, social e financeiro. Além disso, também se registam fraturas maleolares, fraturas dos ossos da perna, bem como politraumatismos, decorrentes de acidentes de trabalho e de viação, de onde resultam frequentemente, lesões da coluna vertebral e dos membros.

A equipa de enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental neste contexto, estando presente 12 horas por dia, sete dias por semana. O serviço dispõe de cinco EEER, sendo que quatro asseguram os cuidados especializados e uma enfermeira assume funções de gestão a tempo inteiro. Estes são reconhecidos como o " pilar fundamental " do serviço, quer pelo impacto positivo e diferenciador que proporcionam aos utentes, quer pela ajuda e orientação que proporcionam aos enfermeiros de cuidados gerais.

Os recursos materiais disponíveis neste serviço incluem equipamentos destinados à mobilização, reabilitação e apoio funcional dos utentes. Entre outros equipamentos destacam-se os auxiliares de marcha, como as canadianas, andarilhos, tripés, cadeiras de rodas e o elevador de transferências, que facilitam a mobilização e locomoção e promovem a autonomia. Para as transferências, estão disponíveis também discos e tábuas de transferência, garantindo opções diversificadas no processo de mobilização. O serviço dispõe ainda de perneiras, cicloergómetro, artromotores, faixas elásticas, halteres, skate, bola e molas de reabilitação de mão. Estes recursos são fundamentais para o fortalecimento muscular, treino de resistência e recuperação funcional. Também tem disponível um espelho quadriculado, barras de apoio, almofadas anti-escaras, apoio de pés para utilização durante a permanência no cadeirão, alteadores de sanita e cadeiras de banho. Relativamente a ortóteses, o serviço dispõe de coletes de Jewett, colares cervicais, tala de Depuy e suspensor de braço com banda torácica.

O vasto leque de material permitiu diversificar as intervenções, ampliando as possibilidades de personalização dos cuidados e contribuindo para a implementação de abordagens terapêuticas mais eficazes. Os goniómetros disponíveis no serviço constituíram ferramentas essenciais que permitiram monitorizar a evolução da amplitude articular ao longo do período pós-operatório de uma artroplastia total do joelho. Tal como refere Lourenço et al. (2021), a recuperação da amplitude articular do joelho constitui um dos principais indicadores de sucesso da intervenção

cirúrgica e da eficácia do programa de reabilitação. Esta monitorização sistemática possibilitou o ajuste das intervenções de forma individualizada, respondendo às necessidades específicas de cada utente e promovendo uma recuperação funcional otimizada. De salientar ainda, a importância das escadas interiores com corrimão lateral e zonas de descanso, que promovem um ambiente seguro e adaptado às necessidades da pessoa em processo de recuperação.

O método de trabalho adotado é de equipa, com registos detalhados no processo de enfermagem, através da plataforma digital existente na instituição. No serviço, estão em desenvolvimento projetos de melhoria contínua da qualidade em desenvolvimento no serviço são: a “Consulta pré-operatória”, dirigida à pessoa que vai ser submetida a artroplastia total da anca e do joelho; e um programa resultante de um projeto de acompanhamento digital à pessoa que vai ser submetida a artroplastia total do joelho, com recurso de uma aplicação móvel. Estas iniciativas vão ao encontro das evidências apresentadas por Araújo et al. (2025), que destacam a importância do acompanhamento personalizado e das tecnologias digitais na melhoria dos resultados em saúde e na experiência dos utentes submetidos a cirurgias ortopédicas.

As consultas pré-operatórias realizam-se semanalmente, em formato de grupo, permitindo a transmissão de informação detalhada sobre o internamento e a recuperação. Entre os temas abordados incluem-se orientações para o pós-operatório, estratégias para a prevenção de complicações, recomendação sobre auxiliares de marcha que o utente deve trazer, bem como a escolha adequada calçado para minimizar o risco de quedas. Além disso, são instruídos exercícios músculo-articulares que podem ser realizados tanto no período pré-operatório como no pós-operatório, promovendo uma recuperação mais eficaz.

O programa de acompanhamento em suporte digital está dividido em três fases fundamentais: pré-operatória, com a preparação do utente para a cirurgia, fornecendo-lhe informação e capacitando-o para um processo de reabilitação mais ativo; internamento, com um acompanhamento especializado durante o período hospitalar, garantindo a implementação das melhores práticas para a recuperação; regresso a casa, garantindo a continuidade do suporte e monitorização para assegurar a manutenção dos ganhos funcionais e a adaptação ao domicílio. Desta forma, o programa permite um acompanhamento contínuo pelo EEER, assegurando uma transição segura e estruturada ao longo de todo o processo de reabilitação (Araújo et al., 2025).

De referir ainda que este serviço se destaca-se como pioneiro na implementação de um projeto inovador, que integra tecnologia nos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo um acompanhamento mais próximo, contínuo e personalizado dos utentes. Este, surgiu da necessidade de encurtar distâncias e proporcionar uma resposta célere e eficaz. O objetivo é garantir que os utentes melhorem a literacia em saúde, tenham suporte e orientação contínuos, promovendo uma recuperação mais eficaz e segura, com vista à autonomia e capacitação com a ajuda de uma aplicação móvel. A seleção dos utentes é feita com base em critérios previamente definidos que são: possuir um smart phone, saber utilizar uma aplicação móvel,

não ter sido submetido a artroplastia da anca (para não existirem limites na mobilização articular) (Araújo et al., 2025).

O projeto divide-se em quatro áreas fundamentais: programa de exercícios direcionados à reabilitação, que orienta os beneficiários na execução correta dos movimentos; secção de informações úteis, com sistema de feedback que possibilita ao EEER acompanhar a compreensão dos conteúdos; secção de monitorização e acompanhamento em tempo real, que permite rastrear o progresso do utente; secção fale com o Enfermeiro de Reabilitação, um canal interativo, que permite assistência em situações como dor, edema e ferida cirúrgica, além da possibilidade de videochamadas para acompanhamento de exercícios em tempo real. Através desta plataforma, os utentes têm acesso direto e privilegiado ao enfermeiro de reabilitação, desde o pré-operatório até seis semanas após a cirurgia, garantindo um suporte contínuo e eficaz (Araújo et al., 2025).

Importa referir que o projeto inicia-se com uma consulta pré-operatória realizada pelo EEER, que faz uma anamnese detalhada da história clínica do utente e uma avaliação da sua capacidade funcional, incluindo a avaliação da força muscular com recurso a dinamómetro para monitorizar a força de extensão e flexão dos segmentos do membro inferior. É também avaliada a amplitude articular (com recurso do goniómetro) e medição do perímetro crural e geminal. Além disso, o EEER aplica algumas escalas que permitem avaliar o equilíbrio e a capacidade de marcha (Escala de Tinetti e Teste Time Up and Go). Esta mesma avaliação será novamente realizada no follow-up, que é realizado seis semanas após a cirurgia. Nesta consulta o EEER instala a aplicação no telemóvel do utente através da qual este será notificado ao longo do seguimento e realiza o questionário de qualidade de vida.

Este projeto representa um avanço significativo na reabilitação do utente submetido a artroplastia total do joelho, uma vez que permite proporcionar cuidados personalizados, humanizados e tecnologicamente avançados, adaptando-se às necessidades dos utentes e acompanhando a evolução da tecnologia na saúde.

Os ganhos em saúde são desde já reconhecidos pela instituição sendo eles, menor número de reinternamentos, menor número de idas à urgência, melhor funcionalidade, mais rápida recuperação e maior satisfação dos utentes.

O contexto da prática clínica na área de ortopedia tornou-se um local propício para o desenvolvimento das competências específicas do EEER. Apesar de representar, essencialmente danos do sistema musculoesquelético, causados por condições agudas (eventos traumáticos) ou crónicas (osteoartroses), isso resulta em situações que provocam dependência no autocuidado, alterações da funcionalidade e dificuldades na reinserção da pessoa nas suas AVD. Assim, a elaboração de um plano de cuidados destinado à pessoa com lesões nesse sistema, inclui a reabilitação funcional e a prevenção de complicações, constituindo-se como eixo fundamental para a recuperação da autonomia e promoção da qualidade de vida destes utentes.

3. PROGRAMA DE RC FASE I COM ENFOQUE NO EF APÓS SUBSTITUIÇÃO DE VÁLVULA AÓRTICA: UM ESTUDO DE CASO

Este estudo de caso documenta a implementação de um programa de Reabilitação Cardíaca (RC) fase I num doente de 62 anos após substituição de válvula aórtica. O primeiro contato ocorreu nas 24 horas iniciais pós-cirurgia, e o segundo contato foi realizado ao quinto dia pós-operatório. A intervenção baseou-se numa abordagem progressiva que integrou reeducação funcional respiratória, mobilização precoce e, posteriormente, EF estruturado segundo o modelo FITT-VP. A implementação das intervenções foi guiada pelas recomendações atuais para RC fase I, respeitando as limitações impostas pela esternotomia e adaptada às características individuais do utente.

3.1. Enquadramento teórico

Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade a nível mundial. As mortes por doenças cardiovasculares aumentaram globalmente de 12,1 milhões em 1990 para 20,5 milhões em 2021, de acordo com o relatório da World Heart Federation (WHF, 2023). Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de DCV em 2019, representando 32% de todas as mortes globais. Dessas mortes, 85% foram devidas a enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (OMS, 2021). A distribuição geográfica destas mortes é desigual, com mais de três quartos a ocorrerem em países de baixo e médio rendimento. Das 17 milhões de mortes prematuras (indivíduos com menos de 70 anos) devido a doenças não transmissíveis em 2019, 38% foram causadas por DCV (OMS, 2021).

As regiões da Europa Central, Europa Oriental e Ásia Central enfrentam os mais elevados níveis de mortalidade por DCV a nível global. Na maioria das regiões, as taxas de mortalidade padronizadas por idade devido a DCV são mais elevadas nos homens do que nas mulheres. No entanto, em grande parte dos países da África Ocidental, as mulheres apresentam um risco mais elevado de morte por DCV do que os homens (World Heart Federation, 2023). Na Europa, em 2019, mais de oito em cada dez (82%) mortes por DCV foram provocadas por EAM e AVC. A carga das DCV na Região é mais elevada entre os homens, particularmente nas zonas orientais em comparação com as regiões central e ocidental (OMS-Europa, 2024). A hipertensão arterial destaca-se como o principal fator de risco para DCV, sendo responsável por quase um quarto

(24%) das mortes por estas patologias no continente europeu em 2019 (OMS-Europa, 2024).

Em Portugal, o panorama epidemiológico das DCV apresenta padrão semelhante ao observado internacionalmente. Em 2021, as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa de mortalidade, totalizando 32.452 óbitos (32.341 de residentes no país e 111 de não residentes), o que representa 25,9% do total de óbitos, com uma redução de 6,2% em relação ao ano anterior. Neste grupo, destacaram-se as doenças cerebrovasculares, responsáveis por 9.613 óbitos (9.593 de residentes e 20 de não residentes), e a doença isquémica do coração, com 6.683 óbitos (6.622 de residentes e 61 de não residentes). Na distribuição geográfica, os óbitos de residentes devido a doenças do aparelho circulatório concentraram-se principalmente na região Norte (29,3%), seguida pelas regiões Centro (18,5%) e Grande Lisboa (18,4%) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

Em relação à distribuição etária e por sexo, 92,0% das mortes por doenças do aparelho circulatório ocorreram em pessoas com 65 anos ou mais, com predominância no sexo feminino (55,6% do total). A análise por grupo etário revela uma maior concentração de óbitos femininos em idades avançadas, com 80,5% ocorrendo a partir dos 80 anos e 78,7% a partir dos 85 anos. Em contraste, os homens apresentaram menor concentração em idades avançadas, com 58,2% dos óbitos ocorrendo a partir dos 80 anos e apenas 39,4% a partir dos 85 anos (INE, 2022).

Caracterização das Doenças Cardiovasculares

As DCV englobam uma série de problemas que afetam o coração e os vasos sanguíneos, incluem-se no grupo de doenças crónicas não transmissíveis apresentando uma evolução lenta e silenciosa ao longo da vida das pessoas. São abrangidos problemas como doença coronária, doença cerebrovascular e doença arterial periférica, bem como condições como cardiopatia congénita, cardiopatia isquémica e condições como trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OMS, 2021).

As ocorrências agudas cardiovasculares mais relevantes incluem a doença isquémica cardíaca, também conhecida como doença coronária, cujo principal sintoma clínico é o EAM, e a doença cerebrovascular, onde o AVC assume maior importância. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), as causas das DCV são multifatoriais. No entanto, a aterosclerose é a principal responsável por essas condições.

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV), também conhecidos como fatores de risco para aterosclerose, são classificados em modificáveis e não modificáveis. Os elementos que podem ser alterados, considerados os mais relevantes, incluem sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, stress, dislipidemia, tabagismo, por outro lado, os fatores não modificáveis, que incluem a idade, o género e a hereditariedade, constituem marcadores de vulnerabilidade intrínseca que, embora não permitam intervenção direta, são fundamentais para a estratificação do risco cardiovascular individual (Novo et al., 2020).

Quando estes fatores de risco não são adequadamente controlados e a DVC estabelece-se, torna-se necessária a implementação de estratégias terapêuticas específicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS ,2024) enfatiza que o tratamento das DCV envolve diversas abordagens terapêuticas, incluindo tratamento medicamentoso, dispositivos médicos e intervenções cirúrgicas. No âmbito do tratamento medicamentoso, destacam-se como essenciais para a prevenção secundária e gestão das DCV: o ácido acetilsalicílico, os bloqueadores beta-adrenérgicos, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e as estatinas.

Quando o tratamento medicamentoso já não produz os efeitos desejados no controlo da doença cardiovascular, impõem-se outras abordagens terapêuticas, como as intervenções cirúrgicas e a implantação de dispositivos médicos específicos.

A cirurgia cardíaca ocupa um lugar central no tratamento das DCV congénitas ou adquiridas. Apesar do desenvolvimento de técnicas de intervenção não cirúrgica, esta abordagem continua a ser insubstituível (Loureiro et al., 2021). As principais intervenções cirúrgicas incluem: a cirurgia de revascularização miocárdica, a angioplastia coronária, a reparação e substituição valvular, as correções de patologias congénitas e o transplante cardíaco. Todas constituem intervenções complexas e requerem um tratamento adequado em todas as fases operatórias (Loureiro et al., 2021).

Quando a doença evolui para um desgaste significativo das estruturas que garantem a contratilidade cardíaca de forma síncrona e regular, bem como a própria estrutura anatômica, iniciando-se em alguns casos insuficiência cardíaca refratária à terapêutica medicamentosa, os dispositivos médicos tornam-se uma opção viável. Estes dispositivos são habitualmente de três tipos: pacemaker, cardioversor-desfibrilhador implantável ou ressincronizador cardíaco (com ou sem função de desfibrilação). A sua função visa promover a sincronização cardíaca, melhorar a função ventricular, garantir uma frequência cardíaca adequada, reduzir sintomas, melhorar a qualidade de vida, aumentar a esperança média de vida e otimizar a capacidade funcional. Os dispositivos podem ser temporários ou definitivos; utilizados como ponte para transplante ou como terapia de destino (destination therapy), dependendo da condição clínica do utente e dos objetivos terapêuticos (Loureiro et. al., 2020)

Cirurgia Cardíaca e complicações pós-operatórias

A cirurgia cardíaca constitui o domínio da medicina dedicado às intervenções cirúrgicas direcionadas às patologias que afetam o coração e estruturas vasculares adjacentes (Antunes et al., 2016). Esta área assume posição fulcral na abordagem terapêutica das cardiopatias congénitas e adquiridas. (Loureiro et. al., 2021)

Diversas manifestações da DCV podem necessitar intervenção cirúrgica como tratamento principal ou complementar à terapêutica medicamentosa, sendo que a cirurgia cardíaca constitui uma alternativa terapêutica para utentes com doenças cardiovasculares, tendo como

objetivos a redução sintomática, a otimização da função cardíaca e o aumento da sobrevida (Borges et al., 2022).

Não obstante a evolução significativa de procedimentos minimamente invasivos, a intervenção cirúrgica cardíaca mantém o seu caráter insubstituível no paradigma terapêutico atual. Entre as diversas modalidades cirúrgicas destacam-se as técnicas reconstrutivas, nomeadamente a revascularização miocárdica e a intervenção valvular (substituição ou plastia); as correções de anomalias congénitas; e os procedimentos de transplantação cardíaca. Estas intervenções caracterizam-se pela sua complexidade técnica e exigem uma abordagem meticulosa e multidisciplinar em todas as fases operatórias (Loureiro et. al., 2021)

Independentemente da manifestação específica, o tratamento de todas estas condições cardiovasculares exige uma criteriosa análise risco-benefício, considerando tanto os potenciais resultados terapêuticos quanto as possíveis complicações associadas a cada intervenção (Doenst et al., 2023).

A American Heart Association (2020), no Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease, indica que os estádios da doença em pacientes com doença cardíaca valvular devem ser classificados (estádios A, B, C e D) com base nos sintomas, anatomia da válvula, gravidade da disfunção da válvula e na resposta do ventrículo e da circulação pulmonar.

Atendendo que os estudos de caso que serão apresentados referem-se a pessoas submetidas a cirurgia de revascularização miocárdica e substituição de válvula aórtica, torna-se pertinente uma descrição mais detalhada destes procedimentos específicos.

A revascularização do miocárdio está indicada quando a aterosclerose compromete mais de 50% a 70% do diâmetro da artéria coronária, ou quando as lesões coronárias não são passíveis de correção através da angioplastia coronária transluminal percutânea. Nestas circunstâncias, o fluxo sanguíneo torna-se insuficiente para a adequada nutrição de determinada área do miocárdio, sendo necessário proceder à revascularização (Loureiro et al., 2021).

Esta intervenção é amplamente aplicada em utentes com doença arterial coronária sintomática, sendo o procedimento convencional executado através de esternotomia mediana. Esta abordagem proporciona acesso direto à superfície cardíaca e possibilita, quando necessário, a intervenção nas estruturas intracardíacas (Almeida et al., 2020).

Tecnicamente, a cirurgia de revascularização estabelece um "bypass" entre dois segmentos saudáveis da artéria coronária, utilizando para esse efeito um conduto vascular que pode ser venoso ou arterial. Estes enxertos são habitualmente autólogos, provenientes do próprio utente, sendo os materiais sintéticos raramente utilizados neste contexto (Almeida et al., 2020).

A seleção do enxerto, seja a artéria mamária interna ou a veia safena, depende de diversos fatores, nomeadamente a idade do utente, as suas características clínicas e comorbilidades

associadas. Esta abordagem terapêutica visa não apenas restabelecer a perfusão miocárdica, mas também promover comportamentos que potenciem a gestão eficaz do regime terapêutico nas suas múltiplas vertentes (Loureiro et al., 2021).

É importante salientar que este tipo de intervenção condicionará a mobilidade do utente por um período de 8 a 12 semanas, exigindo cuidados muito específicos relativamente à amplitude de movimentos durante a fase de recuperação (Almeida et al., 2020).

A substituição cirúrgica da válvula aórtica é atualmente considerada o padrão ouro de tratamento para utentes com estenose aórtica grave (Chien et al., 2020). Trata-se de um procedimento que consiste na remoção da válvula aórtica nativa danificada ou disfuncional e sua substituição por uma prótese valvular. Este procedimento é geralmente indicado para utentes com estenose aórtica grave, insuficiência aórtica significativa, endocardite da válvula aórtica ou válvula aórtica bicúspide com disfunção.

As intervenções cirúrgicas valvulares são realizadas prioritariamente em utentes com valvulopatia grave, que apresentam sintomatologia associada e/ou alterações anatómicas/hemodinâmicas significativas, e que não possuem contraindicações para o procedimento. A seleção da prótese valvular deve fundamentar-se num processo decisório partilhado que contemple o equilíbrio entre a durabilidade do dispositivo, o risco hemorrágico e o potencial tromboembolismo (Fernandes & Sampaio, 2021).

A substituição valvular cirúrgica é uma técnica eficaz e segura que modifica a história natural da doença, mas que, em determinadas circunstâncias, especialmente na idade avançada, pode apresentar um risco cirúrgico proibitivo. Recentemente, num número crescente de centros hospitalares, implementou-se a implantação da válvula aórtica transcater (TAVI) como alternativa terapêutica para estes utentes. Este procedimento evita a morbilidade associada à esternotomia e à circulação extracorporeal, podendo ser realizado por ventriculotomia apical ou por via transarterial, fundamentalmente transfemoral (Howard et al., 2019).

As próteses valvulares utilizadas podem ser mecânicas, que apresentam maior durabilidade mas requerem anticoagulação vitalícia, ou biológicas, de origem animal ou homoenxertos humanos, com menor durabilidade mas sem necessidade de anticoagulação prolongada. A substituição da válvula aórtica é considerada o tratamento definitivo para a doença valvular aórtica avançada, proporcionando melhoria significativa na qualidade de vida e sobrevida dos utentes.

É importante salientar que tanto a substituição valvular aórtica como a revascularização miocárdica, quando realizadas por cirurgia convencional, partilham a mesma via de acesso através de esternotomia mediana.

A esternotomia completa é a abordagem convencional para realizar a substituição cirúrgica da válvula aórtica. Contudo, as vantagens potenciais de uma intervenção menos traumática fomentaram o desenvolvimento dos chamados procedimentos minimamente invasivos, que

incluem a mini-esternotomia superior (Castro et al., 2018). Com uma população de utentes cada vez mais idosa e de alto risco, significativos avanços na tecnologia de válvulas e na técnica cirúrgica foram introduzidos para reduzir o risco cirúrgico e as complicações pós-operatórias associadas à abordagem convencional (Chien et al., 2020).

Esta abordagem, embora associada a maior morbilidade pós-operatória quando comparada com técnicas minimamente invasivas, continua a ser amplamente utilizada por proporcionar excelente exposição das estruturas cardíacas e permitir intervenções complexas ou combinadas. Nos estudos de caso apresentados a seguir, os utentes foram submetidos a estes procedimentos precisamente através desta via de acesso tradicional, o que influenciou diretamente as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas durante o período pós-operatório.

Importa referir que as complicações decorrentes de qualquer que seja o procedimento cirúrgico podem resultar de alterações fisiológicas, comorbilidades e fatores de risco prévios. Adicionalmente, as condições intraoperatórias, como a ventilação mecânica, a circulação extracorporeal, o tempo cirúrgico e o processo anestésico, condicionam um internamento mais prolongado com desfechos negativos para o utente (Borges et al., 2022).

As complicações decorrentes da cirurgia cardíaca podem manifestar-se através de disfunções respiratórias, renais, metabólicas e neurológicas, estando diretamente associadas a fatores tanto do período perioperatório quanto do pós-operatório (Silva Lima et al., 2024). A pessoa com patologia cardíaca apresenta tendencialmente um comprometimento na realização das AVD, resultante da redução da capacidade aeróbica e força muscular. Este quadro agrava-se significativamente durante o período pós-operatório, onde a imobilidade prolongada potencia a perda de massa muscular e intensifica o descondicionamento físico global (Cerqueira et al., 2018).

Convém salientar que, apesar dos significativos avanços tecnológicos e técnicas cirúrgicas inovadoras, o período pós-cirurgia cardíaca caracteriza-se frequentemente por uma deterioração da função respiratória. Este comprometimento respiratório, que representa a complicação mais prevalente, deve-se principalmente à combinação de fatores como a ventilação mecânica invasiva, a abordagem por esternotomia medial e a inserção de drenos torácicos, elementos que conjuntamente alteram a mecânica ventilatória e intensificam a dor (Zhang et al., 2023).

As complicações pós-operatórias podem manifestar-se por infeções respiratórias, pneumonias, derrame pleural, insuficiência respiratória, infeções do local cirúrgico, mediastinite, infeções do trato urinário, AVC, delirium, hemorragias, fibrilhação auricular, EAM e insuficiência renal. Relativamente às complicações tardias, observam-se o edema agudo do pulmão e tromboembolismo pulmonar (Neto et al., 2021; Zhang et al., 2023). Paralelamente às manifestações respiratórias, observa-se também uma incidência significativa de estados

confusionais agudos no contexto pós-operatório, sendo uma complicação frequente, principalmente em utentes idosos (Borges et al., 2022). Estas complicações conduzem à restrição da mobilidade e atividade física, desencadeando um processo de enfraquecimento muscular que, por sua vez, resulta frequentemente num internamento prolongado na UCI (Silva Lima et al., 2024).

De acordo com Souza e Bertolini (2019), as repercussões da imobilidade nos diversos sistemas orgânicos, constitui um fator significativo de alterações físicas e funcionais nos sistemas cardiovascular, respiratório, endócrino, neurológico e musculoesquelético. Estes autores, referem que, de entre todos estes sistemas, o musculoesquelético revela-se particularmente suscetível aos efeitos da imobilização prolongada, originando compromissos funcionais que afetam as transferências e a manutenção da postura corporal. Sumin et al. (2022) complementam que a imobilização desencadeia atrofia muscular e diminuição da força através de processos proteolíticos, resultando em descondicionamento físico global. Este quadro compromete significativamente a execução das AVD, com particular incidência no autocuidado (Azevedo et al., 2019). Torna-se, portanto, imperativo implementar protocolos de mobilização precoce enquanto medida preventiva, minimizando o período de restrição ao leito, pois as consequências deletérias da imobilidade prolongada podem ultrapassar em gravidade a patologia que inicialmente motivou a condição (Souza & Bertolini, 2019), estabelecendo assim a mobilização como intervenção de enfermagem prioritária.

Reabilitação Cardíaca: Enquadramento e evolução

A RC tem sido um importante recurso no cuidado à pessoa com DCV. Na década de 40, Levine e Lown introduziram a redução do repouso prolongado no leito, substituindo-o por atividades leves realizadas numa cadeira ("terapia da cadeira") após um evento cardíaco, dando origem ao que atualmente conhecemos como reabilitação cardíaca (Levine & Lown, 1951).

Em Portugal, a RC começou em 1982, em Lisboa na clínica Dr. Dídio de Aguiar e no grande Porto, em 1992, na clínica Fisimaia e segundo Abreu (2019), Portugal mostra avanços importantes na RC. O inquérito nacional mais recente sobre programas de RC, conduzido em 2019 pelo Grupo de Estudos de Fisiologia de Esforço e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, identificou 25 centros em funcionamento que cumprem os requisitos estabelecidos pelos padrões nacionais e europeus, representando um crescimento de 33% comparativamente aos dados de 2014 (Stein et al., 2022).

Face ao crescente número de utentes submetidos a cirurgia cardíaca, às alterações nos padrões das doenças e ao previsível aumento da necessidade de cuidados de saúde pós-operatórios, torna-se fundamental a implementação de programas estruturados que promovam uma recuperação precoce. Estes programas devem ajudar o utente na gestão dos problemas pós-cirúrgicos, abrangendo questões físicas, psicológicas e o desafio de retomar as atividades quotidianas (Abraham et al., 2021).

Neste contexto, a RC apresenta-se como componente essencial do tratamento, oferecendo benefícios significativos na capacidade funcional, qualidade de vida e redução das taxas de mortalidade e morbidade associadas às doenças cardiovasculares (Fontes et al., 2021), promovendo a autonomia e facilitando a adaptação à nova condição de saúde. Embora inicialmente direcionada apenas para indivíduos com EAM não complicado, a RC evoluiu para abranger uma ampla gama de patologias cardíacas (ACSM, 2019; Novo, et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Os programas de RC são atualmente reconhecidos como componentes fundamentais no cuidado global da pessoa com doença arterial coronária, tendo recebido uma recomendação de Classe I da American Heart Association (AHA), do American College of Cardiology (ACC) e da European Society of Cardiology (ESC). Com efeito, a referência para um programa de RC é considerada uma recomendação de classe I na maioria das diretrizes atuais, aplicando-se às condições previamente mencionadas (ACSM, 2019).

De acordo com o ACSM (2019), os critérios de prescrição de EF na pessoa com doença cardíaca, têm como objetivos primordiais o controlo ou reversão do processo aterosclerótico, a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, e o alívio de manifestações sintomáticas como angina de peito e outras decorrentes da disfunção ventricular esquerda. Adicionalmente, visam promover a reintegração social, minimizando ou eliminando estados de ansiedade e depressão frequentemente vivenciados após um evento cardíaco. Constituem também objetivo nuclear a educação do indivíduo relativamente à sua condição clínica, abordando potenciais complicações e enfatizando os benefícios das medidas preventivas na evolução da patologia, bem como a redução dos FRCV.

A RC constitui-se, assim, como uma abordagem multidisciplinar que integra treino físico, aconselhamento sobre atividade física, gestão dos FRCV, orientação nutricional e psicossocial, cessação tabágica e intervenções educativas (Vilela et al., 2024). De acordo com a American Heart Association (2020), para ser considerado um programa de RC é imprescindível que as intervenções conjuguem EF e controlo dos FRCV, com início precoce, ainda em fase de internamento.

Estrutura dos programas de Reabilitação Cardíaca

O esquema constante na figura seguinte (Figura 1) sintetiza a organização dos componentes da RC, evidenciando a sequência de intervenções desde a fase hospitalar até à manutenção a longo prazo.

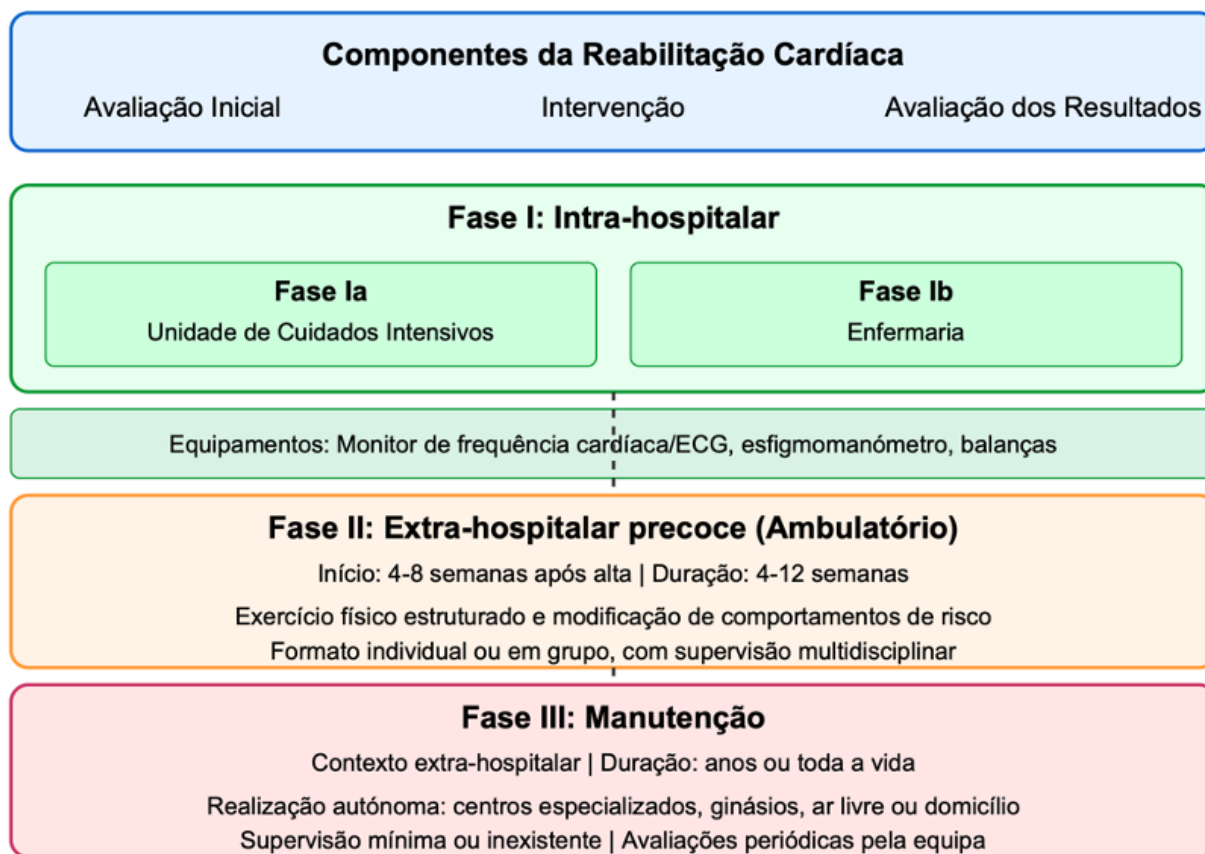


Figura 1: Fases da Reabilitação Cardíaca. Esquema representativo das fases da Reabilitação Cardíaca, evidenciando os componentes fundamentais e a progressão do processo de RC.
Fonte: Adaptado de Abreu et al. (2018), Martins et al. (2021), Novo et al. (2020) e Ordem dos Enfermeiros (2020).

Como se pode observar na representação gráfica, a RC assenta em três componentes fundamentais – avaliação inicial, intervenção e avaliação dos resultados – e desenvolve-se ao longo de três fases principais, que se articulam de forma contínua e progressiva. Cada fase apresenta particularidades relativamente ao contexto de implementação, duração, necessidade de supervisão e objetivos terapêuticos. É importante salientar que, embora representadas como entidades distintas, estas fases estão intrinsecamente interligadas, exigindo uma colaboração interprofissional permanente para garantir a continuidade e eficácia do processo de reabilitação (Novo et al., 2020).

Em todos os contextos referidos, o plano de exercício é adaptado de forma personalizada, considerando múltiplos parâmetros: intensidade, tipologia de atividade (aeróbica, contínua ou intervalada, de resistência), duração, frequência e modalidade. Adicionalmente, programas estruturados de educação do utente e de modificação do estilo de vida constituem elementos fundamentais desta etapa.

Sendo a RC um processo complexo e multidimensional, exige a intervenção de uma equipa

multiprofissional, que assegure uma abordagem completa e eficaz ao tratamento dos utentes (Agostinho et al., 2024). A equipa do programa de RC deve ser composta por diferentes profissionais de saúde. Os componentes essenciais da RC requerem a contribuição de vários profissionais e, embora a composição da equipa multidisciplinar possa variar, é necessário que ela possua os conhecimentos e as competências necessárias para os componentes principais, sendo obrigatória a inclusão dos seguintes profissionais: cardiologista, especialista em medicina física, enfermeiro de reabilitação ou fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista e psicólogo ou psiquiatra.

Fase I da Reabilitação Cardíaca

Considerando o âmbito específico do presente relatório, a análise incidirá exclusivamente sobre a fase I da RC. Esta ocorre durante o internamento, iniciando-se entre 24 a 48 horas após o evento ou assim que clinicamente viável. O objetivo principal é estabelecer um contrato terapêutico com o utente, desenvolvendo atitudes positivas que potenciem a autogestão eficaz da saúde, tanto no indivíduo como na sua rede de apoio (Vermelho & Pestana, 2021)

Esta fase inclui avaliação do risco clínico para orientação da atividade física, prevenção das consequências da imobilidade, promoção da autonomia no autocuidado e marcha, e intervenções educativas sobre a doença cardíaca, gestão de fatores de risco, programas subsequentes e preparação para a alta hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Novo et al., 2020).

A participação num programa de RC é determinada por critérios claros de indicação e contra-indicação. Antes de iniciar o programa, os utentes devem ser avaliados pela equipa de reabilitação cardíaca, considerando critérios de admissão, contra-indicações e a progressão conforme diretrizes internacionais. Os utentes elegíveis para um programa de RC na Fase I incluem pessoas com diversos quadros cardíacos, conforme documentado na literatura.

Indicações Clínicas	Contraindicações Clínicas
Doença Cardíaca Isquémica	Angina Instável
Pós-Enfarte Agudo do Miocárdio	Insuficiência Cardíaca Descompensada
Angina Estável	Miocardite ou Pericardite Ativa
Insuficiência Cardíaca	Trombose Venosa Profunda, TEP Recente (< 3 meses) ou Tromboflebite
Pós-Cirurgia Cardíaca	Disritmias Complexas Não Controladas
Pós-Cirurgia Valvular	Pressão Arterial Não Controlada em Repouso (PAS >200mmHg ou PAD >110mmHg)
Intervenção Coronária Percutânea	Hipotensão Ortostática Sintomática (Redução da PAS >20mmHg)
Pós-Implantação de Pacemaker Definitivo	Diabetes Mellitus Não Controlada (Glicemia em jejum >400mg/dl)
Pós-Implantação de CDI	Infeção Ativa / Sépsis ou Febre
Ressincronizador (CRT)	Alterações Cognitivas ou do Comportamento
Implantação de Válvula Aórtica Percutânea	Patologia Musculoesquelética ou Neurológica que impeça integração no programa

CDI: Cardiodesfibrilhador Implantável | CRT: Terapia de Ressincronização Cardíaca | TEP: Tromboembolismo Pulmonar

Figura 2: Indicações e Contraindicações para Reabilitação Cardíaca Sistematização das indicações e contraindicações clínicas para a implementação de programas de Reabilitação Cardíaca. Fonte: Adaptado de Novo et al. (2020) e Ordem dos Enfermeiros (2020).

Nesta fase, não se recomendam testes de esforço, sendo a intensidade determinada pela perceção subjetiva (escala de Borg), respeitando limites seguros.

Os sinais que obrigam à interrupção do treino de exercício físico durante a reabilitação cardíaca, fase I incluem:

- Aumento FC >30 bpm
- Aumento PA sistólica >40 mmHg
- PA diastólica $\geq$ 110 mmHg
- Decréscimo PA sistólica >10 mmHg com a realização de exercício

- Presença de disritmias auriculares ou ventriculares (com ou sem sintomas)
- BAV de 2º ou 3º grau
- Presença de sinais/sintomas de intolerância ao exercício (dor isquêmica; dispneia marcada; alterações ECG sugestivas de isquemia)

Conforme estabelecido no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2020).

Exercício Físico na Fase I da Reabilitação Cardíaca

Definição e distinção conceptual

O EF é documentado como estratégia fundamental para a melhoria do autocuidado, capacidade funcional e redução de complicações, especialmente em pessoas com doenças crónicas. A atividade física regular associa-se ao fortalecimento da autoestima e aumento da capacidade de gestão das rotinas de autocuidado (OMS, 2020).

Os termos "atividade física" e "exercício físico" possuem significados distintos. A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que eleva o gasto energético acima do repouso, enquanto o exercício físico é uma subcategoria caracterizada por ser intencional, estruturado e repetitivo, visando melhorar ou manter a aptidão física (ACSM, 2018). Esta distinção reside essencialmente na intencionalidade: o exercício físico possui objetivos específicos, enquanto a atividade física abrange movimentos sem necessariamente visar o condicionamento físico.

A CIPE 2019 define exercício como "trabalho físico e voluntário dos sistemas musculoesquelético e respiratório para a melhoria da forma física, mobilidade e força" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A atividade física e o exercício físico estão regulamentados em duas competências pela Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros: J2.1.2 - realização de treinos específicos de AVD utilizando produtos de apoio e treinos de atividade e exercício físico; e J3.1.3- ensino, instrução e treino sobre técnicas e tecnologias para maximizar o desempenho motor, cardíaco e respiratório (Martins & Sousa, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Benefícios do Exercício Físico na Reabilitação Cardíaca

A evidência atual é clara e substancialmente favorável à prática de EF como forma de melhorar os resultados clínicos, o prognóstico e a qualidade de vida (QoL) dos utentes com doença cardiovascular. A RC e o exercício físico são uma recomendação de classe 1 nas diretrizes clínicas de cardiologia (American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology e World Health Organization) (Kirkman et al., 2022a).

Os benefícios do exercício físico apresentam-se como inequívocos na literatura científica atual. A

evidência demonstra que pessoas que praticam exercício com regularidade evidenciam um perfil de risco cardiovascular significativamente mais favorável para a prevenção de doença arterial coronária, registrando uma redução de 50% no risco de enfarte do miocárdio (Sharma et al., 2015). Esta prática sistemática contribui para a promoção da longevidade e exerce um impacto considerável em múltiplos sistemas fisiológicos.

Do ponto de vista cardiovascular, o exercício de intensidade moderada potencia a função endotelial, reduz o risco de patologias cardiovasculares e otimiza a função ventricular, promovendo uma regulação mais eficaz dos volumes sistólicos e diastólicos, aspecto particularmente relevante durante o período pós-operatório (Chen et al., 2021; Collins et al., 2015). A implementação precoce de programas estruturados de EF revela-se, assim, determinante para a recuperação funcional cardíaca.

No âmbito metabólico, verifica-se que o EF regular promove a regulação do equilíbrio energético, otimiza a utilização de oxigénio pelos tecidos musculares e incrementa a sensibilidade à insulina, fatores que contribuem significativamente para a prevenção e controlo de condições como a síndrome metabólica e a diabetes mellitus tipo 2 (Lavin et al., 2022).

Os programas de exercício físico têm igualmente demonstrado eficácia na redução da fragilidade, potenciando a mobilidade e a capacidade funcional, elementos fundamentais para a prevenção de incapacidades e manutenção da autonomia. Esta dimensão assume particular relevância no contexto da reabilitação pós-operatória, onde a mobilização precoce constitui uma intervenção prioritária.

Numa perspetiva neuropsicológica, o EF contribui significativamente para a saúde mental, atuando como um agente antidepressivo natural, atenuando a sintomatologia depressiva e prevenindo o declínio neurocognitivo associado à idade ou a processos patológicos. O impacto positivo estende-se à qualidade de vida global, proporcionando benefícios que transcendem a dimensão física (Garatachea et al., 2015).

A abrangência dos efeitos benéficos do EF reflete-se ainda na redução do risco de determinadas formas de neoplasias e, conseqüentemente, na redução da mortalidade por todas as causas, o que confere a esta intervenção um estatuto privilegiado no âmbito das estratégias preventivas e terapêuticas em saúde (Lavin et al., 2022).

Implementação do Exercício Físico na Reabilitação Cardíaca Fase I

Para alcançar os objetivos nesta fase da RC, o programa inclui a mobilização precoce e exercícios de baixa intensidade, assim que estiverem assegurados os pressupostos de segurança para a sua realização.

Na implementação de exercícios de baixa intensidade durante esta fase, são privilegiados exercícios aeróbios que visam facilitar a realização das AVD, nomeadamente higiene pessoal,

sentar-se, transferências entre leito e cadeirão, levante, treino de marcha e de escadas (Novo et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Nesta fase, os objetivos incluem a prevenção de complicações respiratórias, facilitação da mobilização e eliminação de secreções, e melhoria ventilatória. Recomenda-se iniciar gradualmente o esforço físico, precedido por aquecimento com alongamentos, exercícios respiratórios e músculo-articulares, isométricos ou de mobilização, para aumentar a tolerância ao esforço. Estes podem ser realizados no leito, na posição sentada ou em pé, de forma autónoma após orientação, treino e supervisão do EEER, ou com assistência. Para conservação de energia e minimização do esforço respiratório e cardíaco, recomenda-se sincronizar os movimentos com a respiração, expirando durante a fase concêntrica e inspirando na fase excêntrica (Abreu et al., 2016).

Progressão de Exercícios na Fase I da Reabilitação Cardíaca

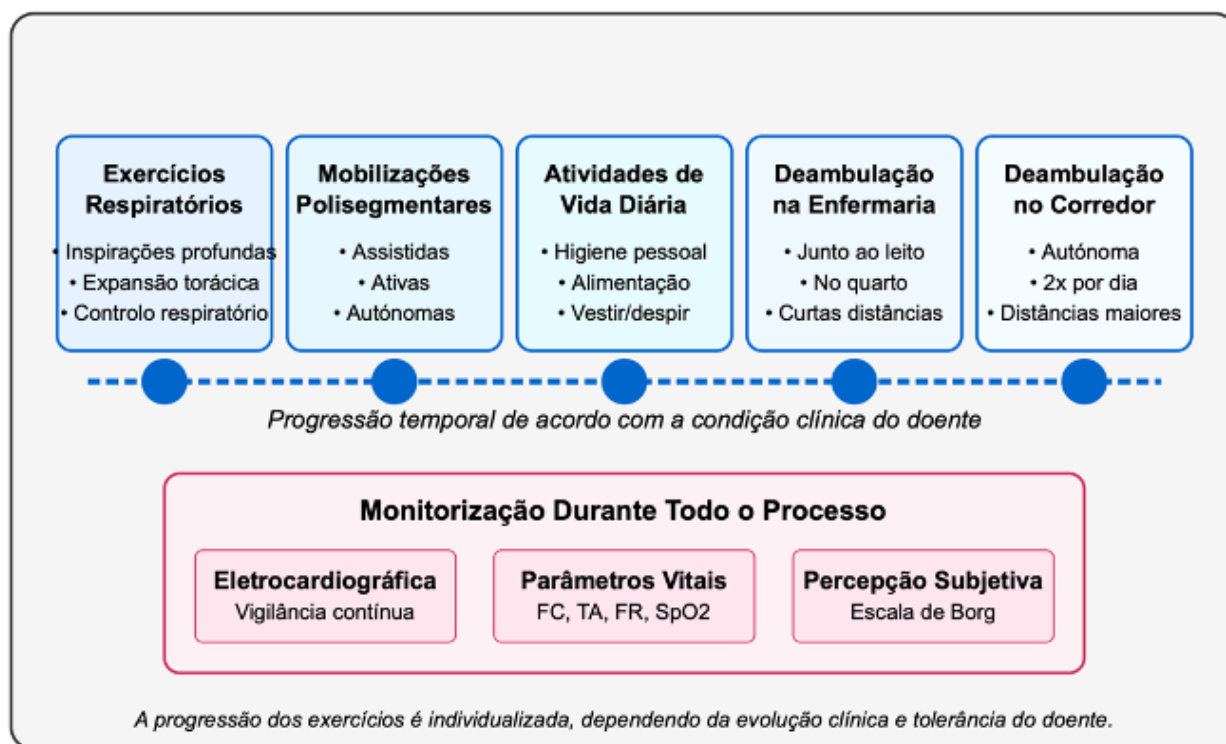


Figura 3: Progressão de Exercícios na Fase I da Reabilitação Cardíaca Representação esquemática da progressão dos exercícios na Fase I da Reabilitação Cardíaca, evidenciando a evolução desde exercícios respiratórios até à deambulação no corredor e os parâmetros de monitorização. Fonte: Adaptado de ACSM (2018) e Novo et al. (2020).

A deambulação inicia-se por curtas distâncias, progredindo posteriormente. É realizada pelo menos duas vezes diariamente, com aproximadamente 20 minutos por sessão (Novo et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020). O treino de marcha deve começar com 25 a 50 metros em superfícies planas, aumentando entre 10 a 15 metros por dia, até atingir 150-200 metros antes

da alta. Quanto ao treino em escadas, este inicia-se com cerca de 5 degraus, aumentando diariamente entre 3 a 5 degraus, até um total de 20 degraus antes da alta hospitalar (Novo et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Individualização da prescrição do Exercício Físico: Aplicação do princípio FITT-VP na Reabilitação Cardíaca

Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM, 2018), toda a prescrição de exercício deve incluir seis componentes essenciais: Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão, constituindo o princípio FITT-VP. Este princípio deve ser ajustado de acordo com o local de realização do exercício (internamento ou ambulatório), a fase da doença (aguda ou crónica) e as limitações ou motivações da pessoa (Delgado et al., 2020). O formato da sessão de exercícios deve ainda incluir um período de aquecimento, uma fase de condicionamento, e um período de relaxamento ou volta á calma. A figura seguinte apresenta uma sistematização dos componentes do princípio FITT-VP adaptados especificamente para a prescrição de exercício na Fase I da reabilitação cardíaca, considerando as particularidades e limitações inerentes a este contexto:

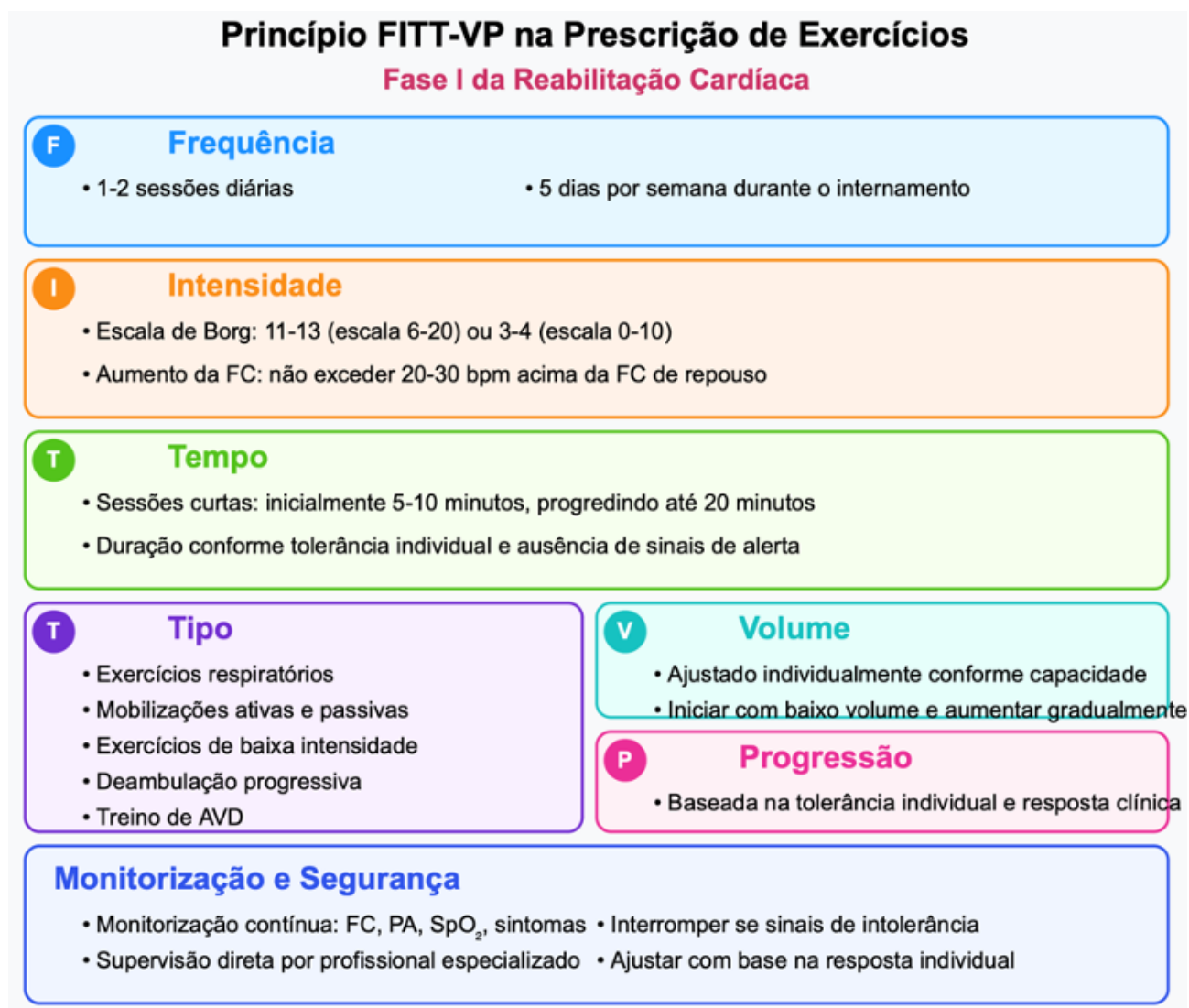


Figura 4: Princípio FITT-VP na Prescrição de Exercício Físico na Fase I da Reabilitação Cardíaca
Adaptação do princípio FITT-VP para a prescrição de exercício físico na Fase I da Reabilitação Cardíaca, considerando as especificidades do contexto pós-operatório. Fonte: Adaptado de ACSM (2018), Novo et al. (2020) e Ordem dos Enfermeiros (2020).

Esta secção apresenta a adaptação do princípio FITT-VP às particularidades dos casos clínicos apresentados, fundamentando as escolhas realizadas quanto à prescrição do EF no âmbito da Fase I da RC.

De acordo com o ACSM (2018), a frequência do EF é referente às sessões por semana e/ou períodos de exercício, sendo este um fator importante para os benefícios de saúde e aptidão física daí decorrentes. Recomenda-se a prática de exercício aeróbico com uma frequência de três a cinco dias por semana, dependendo da intensidade. Para exercícios de intensidade moderada, recomenda-se pelo menos cinco dias por semana, enquanto para exercícios de intensidade vigorosa, pelo menos três dias por semana. Refere ainda a possibilidade de combinar ambos, com três a cinco dias semanais de exercícios de intensidades moderada e

vigorosa, de forma a alcançar e manter os benefícios para a saúde e a aptidão física.

Considerando que os utentes em estudo encontram-se no pós-operatório de cirurgia cardíaca, com um período de internamento breve, a frequência das sessões foi estabelecida em cinco dias por semana, com uma a duas sessões diárias, adaptando-se às recomendações para exercícios de intensidade baixa.

Intensidade:

Durante a Fase I da reabilitação cardíaca, a determinação e monitorização da intensidade do EF apresentam especificidades fundamentais para garantir a segurança do utente. De acordo com o American College of Sports Medicine (ACSM, 2018), devido às limitações clínicas e preocupações de segurança inerentes ao período pós-evento cardíaco ou pós-cirúrgico, não é apropriado utilizar métodos complexos ou que exijam esforço máximo. Nesta fase, a avaliação da intensidade deve limitar-se a métodos não-invasivos e de baixo risco, evitando-se determinações de parâmetros como VO_2 máximo ou percentuais de capacidades máximas.

Novo et al. (2020) referem que "a frequência cardíaca, a pressão arterial e a perceção subjetiva de esforço são os parâmetros mais comumente utilizados para determinar a intensidade do exercício físico nesta fase, e como tal devem ser criteriosamente avaliados". Esta abordagem é corroborada por Ambrosetti et al. (2021) e Price et al. (2020), que salientam a importância da monitorização contínua eletrocardiográfica como base para a determinação segura da intensidade. Esta vigilância rigorosa constitui não apenas uma garantia de segurança para o utente, mas também um fator determinante para o sucesso do programa de reabilitação nesta fase inicial.

Tempo:

Na Fase I da reabilitação cardíaca, a duração das sessões de exercício deve ser cuidadosamente adaptada às condições clínicas do utente em contexto pós-operatório. As sessões iniciais devem ser breves, geralmente entre 5 a 10 minutos, progredindo gradualmente até à alta hospitalar. Esta abordagem conservadora permite a adaptação fisiológica gradual, minimizando riscos e maximizando benefícios, sempre respeitando os sinais de tolerância individual do utente (Novo et al.; 2020).

Tipo:

Os exercícios implementados durante a Fase I priorizam a mobilização precoce, prevenção de complicações e recuperação progressiva da funcionalidade. Incluem-se exercícios respiratórios, mobilizações polissegmentares, treino de transferências e deambulação progressiva. Privilegiam-se exercícios predominantemente monoarticulares, com orientação cefalocaudal, realizados inicialmente em decúbito, evoluindo para posição sentada e posteriormente ortostática, conforme a evolução clínica permite (Vermelho & Pestana, 2021).

Volume e Progressão:

O volume de exercício na Fase I deve ser individualizado e controlado rigorosamente. Geralmente inicia-se com baixo volume (1 série de 5-8 repetições) para cada exercício, progredindo gradualmente para 2 séries de 8-10 repetições. A progressão baseia-se na resposta individual à sessão anterior, ausência de sinais de intolerância. Os ajustes diários permitem uma evolução segura, respeitando o princípio fundamental da "progressão lenta e personalizada" essencial para utentes na fase I da RC.

Uma evolução significativa na padronização do relato científico de intervenções baseadas em exercício é o Consensus on Exercise Reporting Template (CERT), desenvolvido por Slade et al. (2016). Esta ferramenta validada internacionalmente estabelece diretrizes para a documentação detalhada de programas de EF em contextos clínicos, apresentando uma estrutura sistemática com 16 itens essenciais. O CERT abrange elementos como materiais utilizados, qualificações dos profissionais, métodos de entrega, dosagem, progressão e adaptações individualizadas, potencializando a replicabilidade e comparabilidade entre estudos. Estes itens devem ser documentados em todos os estudos, independentemente da tipologia de exercício, reconhecendo que informações adicionais poderão ser necessárias em investigações específicas, consoante o programa de exercício em análise. Embora o seu desenvolvimento tenha sido impulsionado por uma revisão metaepidemiológica de intervenções de exercício para condições crónicas de saúde, a sua aplicabilidade estende-se igualmente à descrição de intervenções de exercício para condições agudas, prevenção de lesões ou promoção da saúde em geral.

Embora no presente trabalho tenha sido adotada uma metodologia de documentação fundamentada no princípio FITT-VP para descrever a intervenção realizada, recomenda-se para investigações futuras no âmbito da RC a implementação do CERT, considerando o seu contributo para a transparência e rigor metodológico na documentação de intervenções baseadas em exercício.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca

O EEER desempenha um papel preponderante na avaliação funcional, identificação de limitações e elaboração de intervenções individualizadas que potenciem o autocuidado durante o processo de transição saúde/doença (Azevedo et al., 2019). Esta atuação é particularmente relevante na implementação dos programas de EF na Fase I da RC, onde a personalização da intervenção conforme as necessidades específicas de cada utente é crucial para o sucesso terapêutico.

A diferenciação do EEER na equipa multiprofissional de RC fundamenta-se nos Padrões de Qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, com particular destaque para a sua

capacidade de tomada de decisão autónoma baseada em conhecimentos especializados e evidência científica. Esta autonomia está formalmente reconhecida quando se afirma que "no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática" (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 12).

As suas competências específicas, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019), incluem a realização de treinos específicos de AVD utilizando produtos de apoio e treinos de atividade e exercício físico (J2.1.2), bem como o ensino, instrução e treino sobre técnicas e tecnologias para maximizar o desempenho motor, cardíaco e respiratório (J3.1.3). A orientação, treino e supervisão dos exercícios, assim como a monitorização contínua dos parâmetros de segurança durante sua execução, constituem responsabilidades fundamentais deste profissional.

O EEER distingue-se pela sua competência na prescrição, implementação e avaliação de cuidados especializados, particularmente no âmbito da prevenção de complicações e maximização da funcionalidade. Esta capacidade permite atuar de forma autónoma e complementar aos restantes profissionais da equipa. A abordagem do utente é fundamentada numa perspetiva holística, considerando o impacto da condição cardíaca nas diversas AVD e no autocuidado. Esta abordagem global transcende o restabelecimento fisiológico para promover a verdadeira readaptação funcional e reintegração social.

A capacidade de estabelecer continuidade nos cuidados constitui outro elemento distintivo. O EEER acompanha o utente ao longo do internamento, planeia a transição para o domicílio e estabelece ligação com as fases subsequentes da RC. Esta continuidade é crucial na preparação para a alta e na capacitação do utente e família para a gestão do regime terapêutico.

A abordagem centrada na parceria com o utente e no envolvimento da família/cuidador confere ao EEER um papel essencial na promoção da autonomia, complementando as intervenções técnicas de outros profissionais e potenciando a sua manutenção após a alta. A sua atuação na educação do utente, família/cuidador sobre a importância da continuidade dos exercícios e controle dos fatores de risco após a alta hospitalar contribui significativamente para a eficácia a longo prazo das intervenções iniciadas na Fase I.

Fundamentado nos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, o EEER assume assim um papel insubstituível na equipa multiprofissional de RC, não por sobreposição às funções de outros profissionais, mas através da sua abordagem holística, contínua e de capacitação. Ao supervisionar e coordenar as atividades educativas ao longo das diferentes fases do processo, o EEER desempenha um papel crucial como elo entre os diversos membros da equipa multidisciplinar.

A RC em fase I de cirurgia cardíaca demonstra impacto positivo na recuperação funcional e no

autocuidado após cirurgia cardíaca, promovendo segurança no regresso ao domicílio. A sua estruturação, embora em desenvolvimento, evidencia melhorias funcionais significativas quando iniciada no período pré-cirúrgico. Dados científicos recentes documentam redução de 30% a 50% na mortalidade pós-cirurgia cardíaca em utentes que participam destes programas (Shibata et al., 2023), destacando o papel crucial do enfermeiro de reabilitação na otimização da capacidade funcional e independência no autocuidado pós-cirúrgico. Apesar dos benefícios comprovados, a sua implementação permanece subótima devido a múltiplas barreiras (Vilela et al., 2023). Entre os obstáculos destacam-se fatores relacionados com os utentes como comorbilidades, questões psicológicas, socioeconómicas, idade e género; fatores profissionais como experiência e interesse insuficientes, limitado reconhecimento dos benefícios, dificuldade em desenvolver competências para intervenções atuais e fatores sistémicos como restrições financeiras, recursos inadequados, circuitos de referenciação pouco eficientes e inconsistência na avaliação entre fases do processo (Abreu, 2021; Wasilewski et al., 2023).

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia, no seu inquérito de 2019, revelou que apenas 2182 utentes participaram em programas de RC após alta hospitalar, representando um aumento de 13% face ao estudo de 2014 (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2019). O inquérito evidenciou um crescimento no número de centros e participantes em programas de fase II, mas uma redução preocupante nos inscritos em programas de fase III, sublinhando a necessidade urgente de melhorar os processos de referenciação e adesão. Fontes et al. (2021), analisando estes dados, destacaram que apenas 10,2% dos utentes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e apenas 6% dos submetidos a cirurgia valvular foram referenciados para programas de fase 2, demonstrando as baixas taxas de referenciação pós-cirúrgica cardíaca em Portugal.

Considerando o aumento de cirurgias cardíacas realizadas e o custo-efetividade favorável da fase I, seria expectável uma taxa de referenciação substancialmente superior. A ausência de diretrizes claramente definidas para esta fase contribui para este problema (Abreu, 2021). Esta reflexão abre caminho para investigações sobre o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação na fase I pós-cirurgia cardíaca em Portugal, consolidando o conhecimento nacional sobre esta temática e apoiando a prática clínica baseada em evidência, com o intuito de contribuir para melhorar as taxas de referenciação e a implementação efetiva destes programas. Abreu, (2021) sugere que deve haver um foco contínuo no desenvolvimento e na implementação de estratégias que fortaleçam esses programas e melhor atendam às necessidades da população. Considera que o próximo passo, além da implementação de um registo nacional de RC, que será muito útil, é definir um plano de ação, envolvendo advocacia e outras estratégias para melhorar a implementação da RC.

Sustentação Conceptual (Teoria do Autocuidado/Teoria das Transições)

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem constitui um referencial teórico fundamental no

domínio da enfermagem, oferecendo uma abordagem sistemática e cientificamente fundamentada para a compreensão e intervenção nas necessidades de autocuidado dos utentes. Desenvolvida por Dorothea Orem, esta teoria assenta em três constructos teóricos interrelacionados: a teoria do autocuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, tal como salientam Ribeiro et al. (2021). A Teoria dos Sistemas de Enfermagem define as formas como os enfermeiros podem intervir, desenvolvendo estratégias e orientações que visam promover a autonomia do utente e sua família, auxiliando-os a recuperar ou manter a capacidade de autocuidado. A Teoria do Déficit do Autocuidado analisa as situações em que as pessoas não conseguem realizar completamente os cuidados necessários à sua saúde. Neste ponto, destaca-se o papel fundamental da enfermagem em ajudar a superar essas limitações. A Teoria do Autocuidado identifica os mecanismos subjacentes às práticas de cuidado pessoal, conceptualizando o autocuidado como o conjunto de atividades deliberadamente executadas pela pessoa em benefício próprio, visando manter a vida, a saúde e o bem-estar. Orem (2001) alicerça esta teoria no pressuposto de que as pessoas possuem capacidades inatas para o autocuidado, embora estas possam ser temporariamente comprometidas durante episódios de doença ou lesão.

O conceito de 'self-care agency' emerge como um constructo fundamental na Teoria do Autocuidado de Orem, representando um conjunto de competências que capacitam a pessoa para uma gestão autónoma e consciente do seu processo de saúde. No contexto específico da cirurgia cardíaca, a aquisição desta capacidade pressupõe um processo multidimensional de aprendizagem e adaptação. Os utentes necessitam de desenvolver competências específicas, nomeadamente: a obtenção de conhecimento técnico sobre a sua condição, a compreensão crítica dos fatores que influenciam a sua recuperação, a avaliação sistemática das diferentes opções de intervenção e a análise da eficácia das ações possíveis (Alkuwaisi et al., 2023).

Quando estas capacidades se revelam insuficientes para satisfazer as necessidades de autocuidado, emerge um défice que requer intervenção. A teoria identifica, neste contexto, os "requisitos de autocuidado para desvios de saúde", que se configuram como necessidades específicas decorrentes de condições patológicas e que incrementam significativamente a complexidade global do autocuidado em situações de elevado stress, como a cirurgia cardíaca.

Orem (2001) destaca a importância dos fatores condicionantes básicos, elementos que explicam a variabilidade individual nas respostas de autocuidado. Esta perspetiva reconhece que cada indivíduo possui um caminho único de adaptação e recuperação.

Neste sentido, um estudo de Alkuwaisi et al. (2023), que avaliou os comportamentos de autocuidado em utentes após cirurgia cardíaca na Arábia Saudita com aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem, salienta a importância de uma abordagem individualizada, alertando que metodologias educativas padronizadas podem comprometer o interesse e a motivação do utente. Esta perspetiva é corroborada por Seid et al. (2023), que evidenciam uma correlação

direta entre práticas adequadas de autocuidado e uma melhoria substancial da qualidade de vida. No domínio específico da RC, a teoria revela-se, portanto, particularmente significativa. Os comportamentos de autocuidado assumem-se como cruciais na promoção da saúde, favorecendo a adaptação dos utentes, mitigando limitações funcionais e prevenindo rehospitalizações (Mohsenipouya et al., 2018).

A intervenção do EEER assume importância crucial no contexto pós-operatório cardíaco, exigindo uma abordagem dinâmica e personalizada que capacite o utente para gerir autonomamente a sua recuperação e saúde. Esta intervenção organiza-se em três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, cabendo ao enfermeiro selecionar o mais adequado às capacidades de autocuidado do utente (Younas & Quennell, 2019).

No caso específico do pós-operatório cardíaco, esta aplicação sistemática revela-se particularmente relevante. Na fase inicial após a cirurgia, quando o utente se encontra hemodinamicamente instável, com drenos torácicos, múltiplos cateteres e limitação funcional significativa, o sistema totalmente compensatório é implementado. Nesta fase, o EEER assume a totalidade das ações de autocuidado.

À medida que a condição clínica estabiliza, ocorre a transição para o sistema parcialmente compensatório. Nesta fase, o EEER e o utente partilham responsabilidades nas atividades de autocuidado. O utente progressivamente assume tarefas como a higiene pessoal assistida, exercícios respiratórios simples e mobilizações ativas no leito.

Na fase pré-alta e ambulatoria, implementa-se o sistema de apoio-educação, onde o EEER atua principalmente como facilitador e educador. O enfermeiro capacita o utente para a gestão do regime terapêutico, reconhecimento de sinais de alarme, técnicas de conservação de energia durante as atividades quotidianas e implementação gradual de EF adaptado. No seu estudo, Younas & Quennell (2019) evidenciam que o desenvolvimento progressivo de competências de autocuidado através de educação em saúde e treino de habilidades específicas para utentes cardíacos revela-se mais sustentável e eficaz comparativamente à mera satisfação de necessidades imediatas. Zhu et al. (2021) concluem no seu estudo que este processo de capacitação com base no modelo de autocuidado de Orem contribui para a redução de complicações pós-operatórias, melhora as emoções negativas dos utentes e potencia a eficácia da reabilitação, a cognição da doença, as competências de autocuidado, a qualidade de vida e a satisfação com os cuidados de enfermagem. Destaca-se assim a importância da capacitação do indivíduo e do desenvolvimento do 'self-care agency' no processo de cuidado.

Para além da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, este relatório fundamenta-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2019), um modelo de médio alcance que se centra nas respostas humanas às alterações resultantes de processos de saúde-doença e de vida. Esta teoria oferece um enquadramento conceptual valioso para compreender a adaptação do utente em pós-

operatório, nomeadamente na fase I de RC. Nesta perspetiva, a cirurgia cardíaca constitui um evento crítico que desencadeia uma transição de saúde-doença, exigindo à pessoa uma reorganização de papéis, capacidades e comportamentos. Meleis (2010) define transição como a passagem de um estado ou condição para outro, onde acontecimentos relacionados com a saúde atuam como catalisadores de transformações significativas na vida da pessoa. No âmbito do processo transicional, é conferida particular relevância às interações entre enfermeiro-pessoa, atribuindo-se singular atenção à experiência individual vivenciada. Uma característica primordial do processo de transição, segundo Meleis (2010), é a rotura. Para que esta ocorra, torna-se necessária a dissolução dos vínculos que sustentam e fortalecem os sentimentos de segurança no mundo conhecido pela pessoa. A rotura representa a culminação das expectativas e referências previamente construídas, exercendo influência determinante sobre os conceitos individuais de bem-estar e satisfação, reconfigurando assim a perceção do indivíduo sobre si mesmo e sobre o seu contexto envolvente.

Meleis et al. (2000) identificaram três componentes essenciais na teoria das transições. A primeira refere-se à natureza das transições, que compreende diferentes tipologias: de desenvolvimento, associadas às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital; situacional, relacionadas com alterações nos papéis previamente desempenhados; saúde/doença, caracterizadas pela passagem de um estado de saúde para um estado de doença; e organizacional, referentes a mudanças nos contextos ambientais, sociais, políticos e económicos. Quanto à sua complexidade, as transições podem apresentar diversos padrões: simples (quando a pessoa vive uma única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrendo em intervalos temporais distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas entre si. Estes padrões são entendidos como configurações de complexidade e multiplicidade por não serem autónomos, nem mutuamente exclusivos, sendo que a pessoa e família/familiar cuidador podem vivenciar mais do que uma transição simultaneamente (Meleis et al., 2000). Adicionalmente, Meleis (2000) identifica propriedades determinantes que influenciam significativamente o processo transicional: a consciencialização, o envolvimento, a perceção de mudança e diferença, a dimensão temporal da experiência e a presença de eventos e pontos críticos que funcionam como catalisadores do processo.

Acrescem as condicionantes de transição, categorizadas como pessoais, comunitárias e da sociedade, podendo cada uma atuar como facilitadora ou inibidora do processo transicional. É imperativo que o EEER conheça os condicionantes pessoais (significado de pessoa, crenças, atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (existência de apoio familiar e social, recursos instrumentais, representação social), os quais podem facilitar ou dificultar o processo, de forma a que a pessoa e família/familiar cuidador alcancem uma transição saudável, ou seja, reestruturação de uma nova identidade, domínio de novas competências e alteração dos próprios comportamentos (Silva et al., 2019).

Uma transição saudável pode ser avaliada mediante a análise dos padrões de resposta que

emergem ao longo do processo, observáveis através de indicadores de processo e de resultado (Silva et al., 2019).

Os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado a redes sociais de apoio (família, amigos e profissionais de saúde); o interagir com pessoas em situação similar e cuidadores, clarificando e ajustando comportamentos de resposta; o estar situado no tempo, espaço e relações, permitindo que a pessoa se desprenda do passado e enfrente novos desafios; e o desenvolver confiança e coping, manifestado pela compreensão dos processos de mudança e utilização eficaz de recursos. Complementarmente, os indicadores de resultado evidenciam-se pela mestria (domínio de novas competências necessárias à nova condição) e pela integração fluida da identidade (reformulação identitária mais dinâmica e adaptativa). Ambos são determinantes para o sucesso do processo transicional, revelando a capacidade da pessoa para incorporar novas competências e redefinir-se face às transformações experienciadas (Guimarães & Silva, 2016).

Visando a satisfação da pessoa e a otimização da sua funcionalidade, o EEER desempenha um papel determinante no acompanhamento dos utentes e família que experienciam a transição de um estado de autonomia para uma situação de dependência. O paradigma teórico de Meleis fornece parâmetros essenciais para identificar elementos interconectados nestas experiências, fundamentando intervenções congruentes com as vivências individuais durante o processo saúde-doença e constituindo-se como um recurso facilitador dos processos de adaptação (Muñoz et al., 2024).

No contexto da RC fase I, observam-se múltiplas transições simultâneas: saúde-doença (adaptação à nova condição cardíaca), situacional (alteração dos papéis familiares e sociais) e de desenvolvimento (readaptações impostas pela condição cardíaca no ciclo vital). A passagem da intervenção cirúrgica aguda para a gestão de uma doença crónica constitui um processo complexo e desafiante (McMahon, Ades & Thompson, 2017). É fundamental que EEER identifique as propriedades das transições: consciencialização sobre a nova condição, empenho no processo de reabilitação, perceção das mudanças, tempo necessário para adaptação e eventos que marcam cada fase da recuperação. As condicionantes pessoais assumem particular relevância nesta fase: o significado atribuído à condição cardíaca, as crenças sobre exercício e recuperação, as atitudes face à adesão terapêutica, o estatuto socioeconómico e o conhecimento prévio sobre gestão da saúde. O EEER deve implementar intervenções dirigidas a estas condicionantes, como programas educacionais adaptados ao nível de literacia e desmistificação de falsas crenças.

Oliveira et al. (2022) destacam que a complexidade da cirurgia cardiovascular resulta em elevadas taxas de readmissão hospitalar, tornando essenciais os cuidados de transição.

Importa salientar que, no meio deste processo, o EEER deve considerar que também a família vivencia a sua própria transição. Loureiro et al. (2024), no estudo sobre o processo de transição

e capacitação da pessoa transplantada ao coração, enfatizam que os cuidadores familiares experienciam a sua própria transição situacional, necessitando de recursos adequados para gerir a condição do familiar. Os autores concluem que "a capacitação da pessoa transplantada ao coração e seu cuidador/família é um fenómeno complexo, sobre o qual não seria possível refletir sem ter como base a teorização de enfermagem."

Ao integrar os princípios da teoria de Meleis nos programas de RC, os profissionais podem potenciar resultados clínicos significativos, promover maior adesão terapêutica e facilitar um processo transacional harmonioso. Esta abordagem permite uma compreensão profunda das experiências dos utentes cardíacos, possibilitando intervenções individualizadas que respondem às necessidades específicas em cada fase do processo, contribuindo para um cuidado holístico e cientificamente fundamentado (Bracewell et al., 2022).

Após a exposição do enquadramento conceptual assente na Teoria das Transições de Meleis e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, impõe-se estabelecer a ponte para a prática especializada. Neste contexto, apresentam-se dois estudos de caso desenvolvidos no âmbito da RC fase I, que materializam a aplicação destes constructos teóricos na intervenção à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, durante o período pós-operatório imediato.

A operacionalização do processo de enfermagem foi sistematizado através da plataforma e4nursing®, ferramenta que possibilitou documentar as etapas, desde a avaliação inicial e diagnóstica até à implementação e monitorização das intervenções especializadas. Esta abordagem metodológica permitiu identificar não apenas as propriedades das transições, mas também os défices de autocuidado, fundamentando as intervenções específicas do EEER implementadas.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-05 15:00:00	Paracetamol 1000mg EV	
2024-11-05 15:00:00	insulina humana 100U.I./ml acção curta 1UI SC	
2024-11-05 15:00:00	Morfina 10mg/1ml - 5mg SC	
2024-11-05 15:00:00	Brometo de Ipatrópio 20 µg inalação - 60MCG	
2024-11-05 15:00:00	Furosemida 40mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Cloreto de Potássio 750mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Rosuvastatina 20mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Bisoprolol 5mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Bupropion 150mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Acetilcisteína 600mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Nicotina 21mg Tópica	
2024-11-05 15:00:00	AAS 100mg PO	
2024-11-05 15:00:00	Enoxaparina 40mg SC	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para a segurança do programa de RC, é essencial uma abordagem estruturada e individualizada da terapêutica, considerando os mecanismos de ação dos fármacos e seus efeitos hemodinâmicos, ventilatórios e metabólicos durante a reabilitação.

Morfina

A morfina é um opioide, amplamente indicada para o tratamento de dor severa, dispneia e diarreia refratária (Neto, 2016). Este potente analgésico exerce efeitos sedativos e ansiolíticos, mediados pelos recetores MOP, podendo também causar euforia, disforia e alucinações, além de depressão respiratória e supressão do reflexo da tosse. Embora os efeitos cardiovasculares sejam mínimos, a morfina pode induzir bradicardia e hipotensão (Mongin et al., s.d.). O uso da morfina implica monitorização rigorosa da função respiratória e do nível de consciência durante a prática de exercício, de modo a evitar efeitos depressivos excessivos no sistema nervoso central. A eficácia do controlo da dor deve ser avaliada, e as sessões de exercício devem ser programadas em momentos de analgesia adequada, sem sedação excessiva, considerando que a morfina pode mascarar sinais de esforço excessivo.

Bisoprolol

O bisoprolol, um beta-bloqueador cardioseletivo do tipo beta-1, desempenha um papel relevante na intervenção do EEER, nomeadamente na prescrição de EF em RC. A sua seletividade pelos recetores beta-1 adrenérgicos confere-lhe uma vantagem terapêutica significativa no

tratamento de diversas patologias cardíacas (Bazroon & Alrashidi, 2023).

Este fármaco atua reduzindo a atividade simpática, o que resulta numa melhoria da função ventricular e tem impacto positivo no prognóstico dos utentes. Do ponto de vista fisiopatológico, o bisoprolol exerce um efeito protetor, limitando a hiperativação simpática induzida pelo exercício e prevenindo que o sistema cardiovascular atinja níveis prejudiciais (Issa et al., 2007; Bazroon & Alrashidi, 2023).

Os efeitos inotrópicos e cronotrópicos negativos do bisoprolol reduzem a contratilidade e a frequência cardíaca (FC), diminuindo assim o consumo de oxigénio pelo miocárdio. Além disso, ao inibir os recetores beta-1 nas células justaglomerulares, o bisoprolol reduz a liberação de renina, bloqueando a ativação do sistema renina-angiotensina (Bazroon & Alrashidi, 2023). A bradicardia é um efeito adverso frequente, resultante dos efeitos cronotrópicos negativos, e o bloqueio no nó sinusal e auriculoventricular aumenta o risco de bloqueios cardíacos. A redução do débito cardíaco pode também comprometer a capacidade de exercício (Bazroon & Alrashidi, 2023).

A avaliação da capacidade funcional em pacientes sob bisoprolol é desafiadora devido à alteração na resposta cronotrópica. Nesse contexto, o índice cronotrópico, proposto por Wilkoff, permite avaliar a relação entre a reserva cronotrópica e a reserva metabólica durante o esforço submáximo, ajustando-se à idade e à capacidade funcional de cada paciente (Mendes, 2021). Em virtude da alteração cronotrópica induzida pelo bisoprolol, a prescrição de EF deve ser ajustada, estabelecendo metas individuais de FC, com um intervalo de 20-30 batimentos por minuto acima da frequência de repouso. No entanto, é importante destacar que, em contexto de RC na fase I pós-cirúrgica, a monitorização clínica deve abranger múltiplos parâmetros. A avaliação sistemática da pressão arterial, da FC e da atividade elétrica cardíaca visa a deteção precoce de bradicardia, hipotensão e possíveis bloqueios cardíacos (Bazroon & Alrashidi, 2023). A monitorização rigorosa deve focar especialmente na hipotensão nas transições posturais, dado que o efeito vasodilatador periférico associado ao bloqueio beta-adrenérgico aumenta o risco de manifestações ortostáticas (Bazroon & Alrashidi, 2023).

Em utentes diabéticos, é crucial monitorizar a glicemia capilar, pois o bisoprolol pode mascarar os sinais típicos de hipoglicemia, como a taquicardia, retardando a resposta fisiológica normal e aumentando o risco de complicações (Bazroon & Alrashidi, 2023).

A compreensão das características farmacológicas e das implicações clínicas do bisoprolol permite ao EEEER implementar estratégias adaptativas na prescrição de exercício, assegurando a segurança e a eficácia do programa de RC.

Furosemida

A terapêutica com furosemida aumenta o risco de distúrbios hidroeletrólíticos, incluindo hipocalcemia, desidratação e hipovolemia, podendo levar à hipotensão (Redação Sanar, n.d). No

contexto da reabilitação, o EEER deve programar as sessões de exercício evitando o pico de ação do diurético, monitorizar sinais de hipotensão ortostática durante os levantes e garantir uma hidratação adequada.

Brometo de Ipratrópio

O brometo de ipratrópio é um medicamento anticolinérgico frequentemente prescrito para melhorar a função respiratória em diversos contextos clínicos. No caso do pós-operatório, mesmo em doentes sem patologia respiratória de base, é normal existir alguma congestão pulmonar transitória. O brometo de ipratrópio atua como antagonista dos receptores muscarínicos nas vias aéreas, promovendo broncodilatação através do bloqueio da broncoconstrição mediada pela acetilcolina (Infarmed, 2021). Este medicamento facilita a ventilação pulmonar, melhora as trocas gasosas, reduz a resistência das vias aéreas e diminui a produção de secreções, prevenindo o broncospasmo que pode ocorrer durante a mobilização precoce. Em relação ao EF, o brometo de ipratrópio pode melhorar significativamente a tolerância ao esforço por proporcionar uma respiração mais eficiente, reduzindo a sensação de dispneia durante o EF. Facilita também a realização de exercícios respiratórios, fundamentais para prevenir complicações pulmonares pós-operatórias. Uma vantagem importante é que não causa os efeitos cardiovasculares como taquicardia e palpitações frequentemente associados aos broncodilatadores beta-agonistas, tornando-o mais seguro durante a prática de exercícios. A administração deste fármaco 30-45 minutos antes das sessões de exercício pode otimizar os seus benefícios, proporcionando broncodilatação adequada nesse período.

Acetilcisteína

A acetilcisteína contribui para a fluidificação das secreções (Infarmed, 2021), podendo facilitar a sua eliminação durante os exercícios respiratórios. O EEER deve aproveitar este efeito, implementando técnicas de limpeza das vias aéreas após a administração do fármaco.

Insulina humana de ação rápida

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM, s.d.), é aconselhado monitorizar os níveis de glicose no sangue antes, durante (caso a atividade seja prolongada ou intensa) e após a prática de EF, a fim de prevenir episódios de hipoglicemia. É fundamental conhecer os sinais de hipoglicemia, que podem ser mascarados pela medicação cardiovascular, e ajustar a terapêutica insulínica ou providenciar reforço alimentar conforme necessário.

Nicotina / Bupropion

Bupropion é um dos dois únicos antidepressivos com evidência científica suportando a sua recomendação na cessação tabágica. A terapêutica de substituição nicotínica e o bupropion podem provocar efeitos secundários como insónia, agitação e taquicardia, que potencialmente

interferem com a tolerância ao exercício. Dado que o risco de convulsões (efeito adverso mais grave) é superior ao de outros antidepressivos, recomenda-se precaução, evitando-se a sua utilização em doentes de risco, como estão incluídos os diabéticos (Mota, 2015). O bupropion diminui o limiar convulsivo, o que requer vigilância acrescida, especialmente em situações de hipoglicemia.

AAS / Enoxaparina

O ácido acetilsalicílico (AAS) atua como antiagregante plaquetário, inibindo irreversivelmente a ciclo-oxigenase e reduzindo a formação de tromboxano A₂. Já a Enoxaparina é uma heparina de baixo peso molecular (HBPM) com ação anticoagulante, que inibe primariamente o fator Xa da cascata de coagulação. Como refere Moraes (2012), 'a combinação de antiplaquetares e anticoagulantes, apesar de justificada em muitas situações clínicas, é uma decisão que envolve riscos hemorrágicos acrescidos e como tal deve ser sempre ponderada'.

Por isso, no caso em particular, o EEER deve monitorizar os sinais de hemorragia durante as intervenções, observando a ferida cirúrgica, locais de inserção de drenos e possíveis hematomas.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Procedimento invasivo

05-11-2024 15:00 - Tipo de procedimento invasivo: Substituição de válvula aórtica.

05-11-2024 15:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, identificação do doente.

05-11-2024 15:00 - Localização do Pulso

05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o)

05-11-2024 15:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

05-11-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

05-11-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-11-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

05-11-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

05-11-2024 15:00 - Ouvido: 36.00 °C.

05-11-2024 15:00 - Oxigenoterapia

05-11-2024 15:00 - FiO₂: 35 %.

05-11-2024 15:00 - Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

05-11-2024 15:00 - Assegurar oxigenoterapia

05-11-2024 15:00 - Manter oxigenoterapia [Sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Dreno

05-11-2024 15:00 - Localização do dreno

05-11-2024 15:00 - Tórax Direita(o)

05-11-2024 15:00 - Tipo de dreno: torácico com selo de água .

05-11-2024 15:00 - Características do dispositivo: Dreno pericárdio.

05-11-2024 15:00 - Substância drenada: hemática.

05-11-2024 15:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

05-11-2024 15:00 - Tórax Mediana

05-11-2024 15:00 - Tipo de dreno: torácico com selo de água .

05-11-2024 15:00 - Características do dispositivo: Dreno mediastínico.

05-11-2024 15:00 - Substância drenada: hemática.

05-11-2024 15:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

05-11-2024 15:00 - Tórax Esquerda(o)

05-11-2024 15:00 - Tipo de dreno: torácico com selo de água .

05-11-2024 15:00 - Características do dispositivo: Dreno Pleural.

05-11-2024 15:00 - Substância drenada: hemática.

05-11-2024 15:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da drenagem [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do dreno

05-11-2024 15:00 - Otimizar dreno [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Sonda de oxigénio

05-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda

05-11-2024 15:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Cateter urinário

05-11-2024 15:00 - Cor da urina: alaranjada.

05-11-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

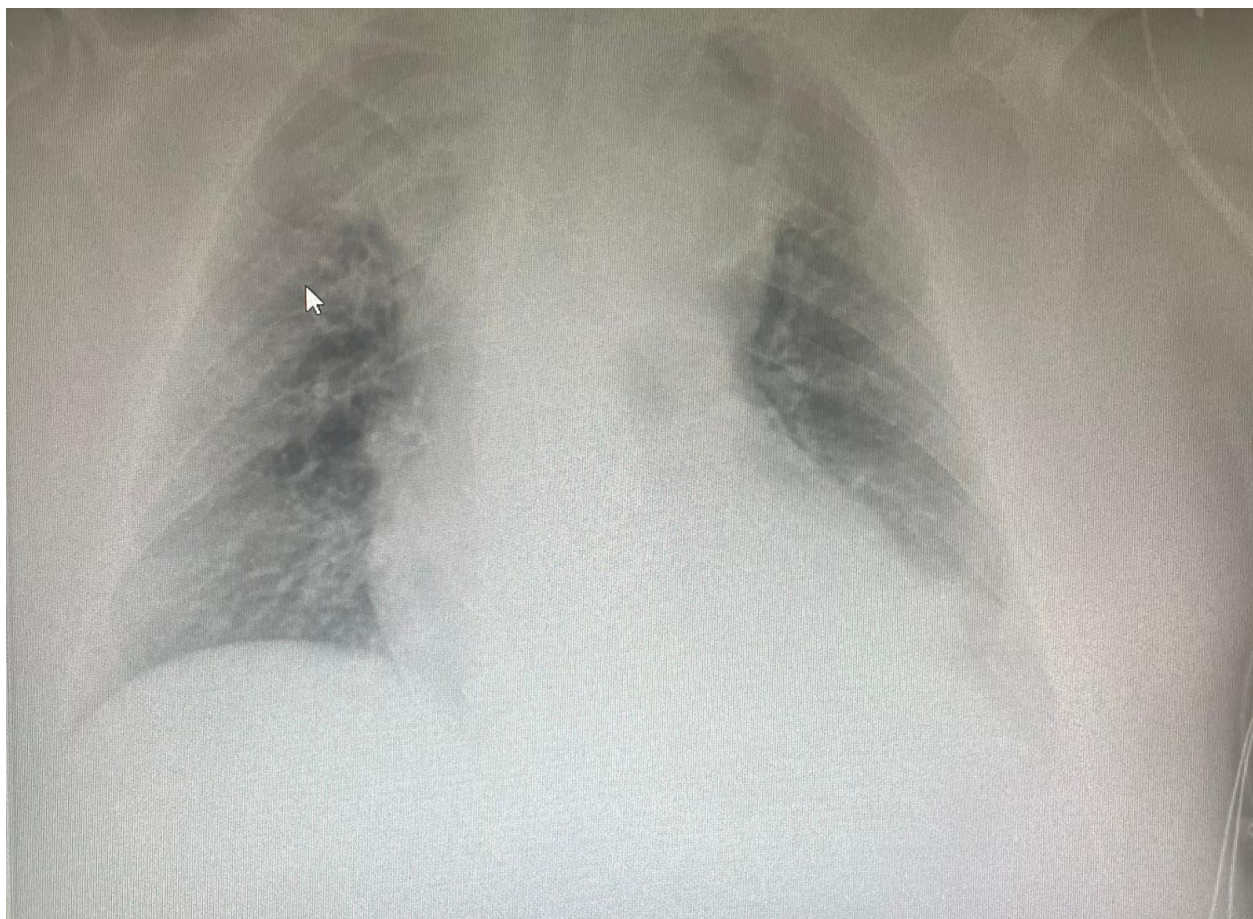


Figura 5: Rx antes da sessão de RC.

Dados gasométricos:

pH: 7,37

PaO₂: 75 mmHg

PaCO₂: 40 mmHg

HCO₃⁻: 22 mEq/L

SatO₂: 92%

Lactato: 1,8 mmol/L

Dados Analíticos:

Hemoglobina (Hb): 11,6 g/dL

Leucócitos: 9,48 x10⁹/L

Plaquetas: 172 x10⁹/L

Creatinina: 1,12 mg/dL

Ureia: 37 mg/dL

Magnésio: Baixo (Hipomagnesemia)

Proteína C Reativa (PCR): 90,2 mg/L

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-11-2024 15:00	Força muscular	
05-11-2024 15:00	Padrão de exercício	
05-11-2024 15:00	Padrão alimentar	
05-11-2024 15:00	Deglutição	
05-11-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
05-11-2024 15:00	Sono	
05-11-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
05-11-2024 15:00	Sensações somáticas	
05-11-2024 15:00	Emoção	
05-11-2024 15:00	Memória	
05-11-2024 15:00	Movimento articular	
05-11-2024 15:00	Cuidar da higiene pessoal	
05-11-2024 15:00	Virar-se	
05-11-2024 15:00	Alimentar-se	
05-11-2024 15:00	Vestir-se ou despir-se	
05-11-2024 15:00	Conservação de energia	
05-11-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
05-11-2024 15:00	Sistema respiratório	
05-11-2024 15:00	Consciência	
09-11-2024 11:00	Equilíbrio estático	
09-11-2024 11:00	Equilíbrio dinâmico	
09-11-2024 11:00	Erguer-se	
09-11-2024 11:00	Transferir-se	
09-11-2024 11:00	Sentar-se	
09-11-2024 11:00	Andar	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A tomada de decisão representa uma competência essencial no âmbito da prática profissional de enfermagem, sendo que a sua natureza complexa requer aptidão para responder às necessidades dos utentes através de resoluções céleres e efetivas (Lourenço et al., 2021).

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as

necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A identificação correta de um foco de enfermagem é um passo essencial para o reconhecimento de um problema ou de uma necessidade específica e para a elaboração de um diagnóstico, que permita planear uma resposta adequada (Cruz et al., 2017).

Assim, compete ao Enfermeiro proceder a uma análise reflexiva acerca da relevância das suas ações e da implementação de uma assistência personalizada, direcionada á pessoa e às suas necessidades de cuidados (Prazeres, 2020).

Neste âmbito, após análise dos elementos descritos nos estudos de caso, foram identificados e justificados diversos domínios e focos de atenção que sustentam a abordagem assistencial desenvolvida para o Sr. x e para o Sr. y, estabelecendo assim as bases para a intervenção individualizada.

Consciência

É fundamental que o EEER priorize o domínio "Consciência", pois este atua como elemento determinante na aquisição de conhecimentos, capacidades e instruções, podendo facilitar ou dificultar este processo.

Um estado de consciência preservado possibilita a participação ativa do utente no seu processo de reabilitação, garantindo assim a correta implementação dos protocolos de segurança durante o período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

As alterações do nível de consciência manifestam-se em consequência de comprometimento da função cerebral, podendo este ser induzido por agentes farmacológicos, substâncias psicoativas, distúrbios fisiopatológicos ou processos patológicos. Este continuum de alterações neurológicas estabelece-se num espectro que varia desde o estado de plena lucidez até ao coma profundo, contemplando estádios intermediários progressivamente mais graves, nomeadamente a obnubilação, o torpor e o coma superficial (Alterações da consciência - Sinais, Sintomas e Doenças > AbcMed, s.d.).

Em virtude de ambos os utentes em estudo terem sido submetidos a intervenção cirúrgica, associada a período de sedação e ventilação mecânica invasiva, revela-se pertinente considerar o foco "Consciência" como domínio premente, possibilitando assim a adequação das intervenções terapêuticas consoante o nível de vigilância do utente. Tratando-se da

implementação de um programa RC em fase I com enfoque no EF individualizado, o qual exige participação ativa e colaboração por parte do utente, torna-se imperativo assegurar a correspondência entre as estratégias de intervenção propostas e o estado de consciência manifestado pelo mesmo, garantindo desta forma a exequibilidade e eficácia do programa.

Para avaliação objetiva do nível de consciência, a Escala de Coma de Glasgow apresenta-se como um dos instrumentos mais utilizados mundialmente, integrando indicadores-chave de gravidade (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora) de forma prática e fidedigna, com a vantagem adicional de ser facilmente aplicável e reproduzível (Wells & Reilly, 2025).

Força muscular

O domínio "força muscular" assume-se como um dos focos primordiais para o EEER no contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca. A complexidade deste procedimento determina impacto significativo na função neuromuscular do utente, resultante da abordagem cirúrgica invasiva, ventilação mecânica, circulação extracorporeal, terapêutica farmacológica e imobilidade pós-operatória. Este conjunto de fatores concorre para a redução da capacidade funcional do indivíduo submetido a cirurgia cardíaca.

A força muscular define-se como a potência máxima produzida por um músculo ou conjunto muscular no seu ponto de inserção esquelética (Knutzen et al., 2022). Segundo Ramsey et al. (2021), esta desempenha função essencial na execução de EF, possibilitando a realização de movimento corporal mediante a utilização da musculatura esquelética.

Complementarmente, Oliveira (2023) caracteriza a força muscular como a capacidade de um músculo gerar tensão mediante contração, sendo a força máxima definida pela magnitude superior de tensão que determinado grupo muscular consegue produzir num padrão cinético específico a uma velocidade definida. O autor destaca ainda a relevância fundamental da força muscular como determinante da qualidade de vida, tornando imperativa a conceção e implementação de programas de treino direcionados especificamente para o seu desenvolvimento e otimização.

Neste âmbito, as escalas de avaliação funcional constituem ferramentas fundamentais para a mensuração, (...) além de fornecerem bases para o desenvolvimento de programas de reabilitação mais consonantes com as necessidades dos utentes, visando uma abordagem assistencial personalizada (Alves et al., 2022).

A implementação de intervenções como o levante, o treino de marcha ou o treino de AVD requer uma avaliação prévia da força muscular. A avaliação mediante a utilização da Escala Medical Research Council (MRC) permite avaliar de forma bilateral os membros superiores e inferiores, minimizando as influências decorrentes do domínio de grupos musculares e eventuais assimetrias no seu envolvimento (Cordeiro et al., 2022). Esta escala atribui valores de força muscular periférica numa pontuação de 0 a 5, onde: 0 indica ausência de contração muscular; 1

corresponde a uma contração muscular discreta; 2 refere-se ao movimento ativo no plano horizontal, eliminando a ação da gravidade; 3 identifica o movimento ativo contra a gravidade; 4 indica o movimento ativo contra a gravidade e uma resistência adicional; 5 representa força muscular considerada normal (Costa et al., 2019). É reconhecida como uma ferramenta de avaliação amplamente usada na prática clínica por profissionais de saúde em todo o mundo. Trata-se de um instrumento bem consolidado, cuja utilização é recomendada pela OE, estando incluída no documento intitulado "Recomendações para a Utilização de Escalas de Avaliação em Enfermagem de Reabilitação". A utilização deste instrumento demonstra-se vantajosa e rigorosa, caracterizando-se pela simplicidade metodológica e facilidade de aplicação na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2016), o que é crucial no pós-operatório imediato, em ambientes como unidades de cuidados intensivos ou nas primeiras fases de internamento, onde a mobilização do utente é limitada.

Esta avaliação baseia-se na quantificação da força muscular exercida contra a resistência manual aplicada pelo avaliador, o que exige a participação ativa do paciente. Por essa razão, a aplicação da MRC deve ocorrer após a suspensão da sedação. (Libuy et al., 2017)

Equilíbrio estático/ equilíbrio dinâmico

O declínio da função muscular periférica no período pós-operatório compromete potencialmente a estabilidade postural do utente. Hulzebos e van Meeteren (2016) estabelecem que diminuições na força muscular aumentam o risco de quedas. A integração de exercícios específicos de equilíbrio constitui elemento fundamental do protocolo de reabilitação (Sherrington et al., 2019), visando aperfeiçoar a estabilidade postural e desenvolver a coordenação psicomotora, minimizando assim o risco de queda (Direção-Geral da Saúde, 2019).

O equilíbrio corporal manifesta-se pela capacidade de manutenção da postura com oscilação mínima ou pela preservação da estabilidade durante atividades motoras que perturbam a orientação corporal (Antunes et al., 2016).

A isotonomia nas AVD requer o desempenho eficaz de movimentos funcionais, como erguer-se ou deambular. O controlo postural, incluindo orientação, manutenção da posição segmentar e equilíbrio, é automaticamente recrutado durante estas atividades (Rocha et al., 2020). Novo et al. (2021) destacam que o treino de equilíbrio combina exercícios estáticos e dinâmicos implementados progressivamente, melhorando a resposta neuromuscular face a desequilíbrios e contribuindo para maior segurança e prevenção de quedas nas atividades diárias.

Sistema Respiratório

A pessoa submetida a cirurgia cardíaca encontra-se em risco de desenvolver diversas complicações pulmonares, incluindo atelectasias, alterações ventilatórias de padrão restritivo e hipoxemia (Vermelho & Pestana, 2021). Adicionalmente, destacam-se pneumonia, broncospasmo, falência respiratória e infeções (García-Delgado et al., 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), as complicações pulmonares pós-operatórias emergem frequentemente associadas a disfunção da musculatura respiratória, processo iniciado durante a indução anestésica e que persiste ao longo do período pós-operatório. A esternotomia mediana promove alterações significativas da função pulmonar devido à imobilidade do tórax superior, comprometendo a mecânica ventilatória e a eficácia da tosse (Almeida et al., 2020). Adicionalmente, o tipo de incisão cirúrgica e a presença de dor podem conduzir a alterações ventilatórias devido aos posicionamentos antiálgicos e consequente diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios.

A atuação do EEER foca-se na redução das complicações pulmonares pós-operatórias, nomeadamente na adoção de técnicas respiratórias com o objetivo de evitar a estase de secreções e aumentar a eficácia da ventilação (Moreno et al., 2011; Cavalheri et al., 2013, como referido em Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sistema cardiovascular

O compromisso cardiorrespiratório exerce impacto significativo na saúde da pessoa, com evidentes repercussões na sua autonomia e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No contexto da avaliação do sistema cardiorrespiratório, são obtidos dados objetivos mediante o exame físico torácico sistematizado (inspeção, palpação, percussão e auscultação) e monitorização de parâmetros vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e temperatura), conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018). Complementarmente, revela-se fundamental a análise criteriosa dos resultados de exames complementares de diagnóstico, incluindo avaliações analíticas, gasometria arterial e estudos imagiológicos (radiografia torácica, tomografia axial computadorizada e ressonância magnética nuclear), permitindo assim uma caracterização abrangente do estado funcional do sistema cardiorrespiratório.

Atendendo ao perfil clínico do primeiro utente em estudo, que apresenta um histórico de comorbilidades significativas como hipertensão arterial, obesidade, Diabetes Mellitus tipo II e tabagismo ativo, torna-se manifestamente pertinente priorizar o domínio cardiovascular como área fulcral de intervenção especializada. Este conjunto de antecedentes patológicos configura um cenário de elevado risco cardiovascular, potenciando complicações no período pós-operatório e exigindo uma abordagem diferenciada por parte do EEER.

Autocuidado (Virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar, alimentar-se)

O autocuidado constitui um domínio de intervenção específico do EEER, permitindo a mobilização das suas competências diferenciadas no processo de recuperação do utente (Pereira, 2018). Enquanto foco de elevada sensibilidade aos cuidados de enfermagem, exige dos EEER competências científicas, técnicas e relacionais especializadas (Petronilho et al., 2021).

Compete ao EEER realizar uma avaliação centrada nas necessidades do momento que determine a capacidade da pessoa para executar as atividades específicas de cada domínio do autocuidado, assegurando um continuum de cuidados. Esta avaliação deve focar-se no potencial da pessoa para melhorar, considerando as suas dimensões física, cognitiva, psicológica, social e os recursos disponíveis.

No âmbito da intervenção em enfermagem de reabilitação, apesar de a atuação do EE se centrar em domínios específicos definidos no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, considerou-se pertinente integrar na avaliação e intervenção áreas não exclusivas do EEER. Esta decisão fundamenta-se na necessidade de uma abordagem holística, especialmente em situações onde a conservação de energia se encontra comprometida e se verifica intolerância à atividade, uma vez que esta condição interfere diretamente com a autonomia e capacidade da pessoa para realizar as AVD, tornando essencial a compreensão do seu estado funcional ao nível dos autocuidados. A avaliação destes domínios permitiu identificar limitações concretas, delinear intervenções personalizadas e capacitar o utente para estratégias de conservação de energia, promovendo sua autonomia no processo de reabilitação. A escolha destes domínios, ainda que não exclusivos da prática do EEER, revelou-se coerente com os princípios da enfermagem de reabilitação e com a necessidade de garantir uma resposta integrada às necessidades da pessoa, contribuindo para a maximização da sua funcionalidade.

Nos casos em estudo, ambos os utentes estiveram sujeitos a um evento crítico gerador de dependência no autocuidado, pelo que se revela crucial a consideração deste domínio nas intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação.

Autogestão o regime terapêutico: (autogestão do regime medicamentoso; padrão alimentar; padrão de exercício)

A RC constitui uma abordagem terapêutica multidimensional que, segundo a American Heart Association, deve conjugar necessariamente um programa estruturado de EF e estratégias de gestão dos FRCV. Este processo integra o tratamento farmacológico, a monitorização e controlo dos FRCV, tendo como pressuposto a avaliação célere do doente cardíaco e a implementação da prática de EF com a maior precocidade clinicamente viável. A metodologia inclui a identificação metódica dos FRCV existentes e subsequente intervenção educativa, visando potenciar uma recuperação eficaz e sustentada. A finalidade primordial do programa é a consciencialização do utente quanto à cronicidade da patologia cardíaca e a subsequente adoção de comportamentos salutogénicos e de um estilo de vida promotor de saúde (Delgado et al., 2020).

Considerando que os utentes em estudo apresentam múltiplos FRCV, no primeiro caso, tabagismo ativo, obesidade e hipertensão arterial, revela-se manifestamente pertinente integrar no plano de RC uma abordagem estruturada e individualizada destes domínios, promovendo estratégias de modificação comportamental que potenciem os resultados terapêuticos e contribuam para a prevenção secundária de eventos cardiovasculares.

Quanto ao padrão de exercício, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) argumenta que para potenciar os benefícios do treino de exercício deve-se obedecer a quatro princípios gerais de fisiologia do exercício, sendo eles:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece diretrizes para a prática de atividade física conforme as diferentes faixas etárias. Para adultos entre 18 e 64 anos, recomenda-se a realização de 150 a 300 minutos semanais de atividade aeróbica moderada ou 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, complementados por atividades de fortalecimento muscular, pelo menos duas vezes por semana. Para idosos, além destas recomendações, acrescentam-se atividades de equilíbrio e fortalecimento três vezes por semana. Crianças e adolescentes devem acumular 60 minutos diários de atividade moderada a vigorosa, incluindo atividades de fortalecimento muscular e ósseo três vezes por semana. Gestantes e puérperas devem manter 150 minutos semanais de atividade moderada, evitando atividades de alto impacto. A OMS enfatiza que qualquer volume de atividade física é benéfico, recomendando o início gradual e adaptações adequadas para pessoas com condições crônicas ou limitações específicas. Estas recomendações são intencionalmente abrangentes para incluir diversas formas de movimento, não apenas exercícios estruturados, tornando-as mais acessíveis para diferentes populações e contextos (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Memória

A memória, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), é conceptualizada como um processo psicológico que engloba 'atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos'.

"A cognição e o controlo motor estão intimamente relacionados, o movimento corporal na generalidade não é realizado na ausência de intenção, por isso os processos cognitivos são essenciais para o controle motor, desempenham um papel vital nas atividades de vida diárias e nas atividades instrumentais de vida diária" (Pires, 2019, p. 92).

De acordo com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2020), a avaliação da função cognitiva mediante instrumentos validados constitui elemento imprescindível na admissão ao programa. O comprometimento cognitivo severo, com repercussões na capacidade de adesão terapêutica, representa uma comorbidade que limita substancialmente a participação em programas de exercício estruturado e a incorporação de comportamentos de autocuidado. O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca estabelece a contra-indicação da mesma em utentes com alterações psicológicas severas.

O compromisso cognitivo constitui um obstáculo à aprendizagem, dado que a capacidade de receber, interpretar e reter informações exige uma função cognitiva preservada (Bidwell et al., 2015). A cognição inclui processos como consciência, orientação, perceção sensorial, memória,

pensamento, raciocínio e conhecimento.

Na fase I do programa de Reabilitação Cardíaca, em que atualmente se encontram os casos clínicos em estudo, a integridade das funções cognitivas, incluindo a memória, configura-se como condição basilar para o desenvolvimento e continuidade do processo de reabilitação.

Sensações somáticas

Segundo a CIPE (2019), dor é "Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite."

O pós-operatório de cirurgia cardíaca é tipicamente marcado por quadros algícos agudos, constituindo uma vivência quase incontornável e que suscita apreensão nos doentes (Assunção et al., 2024). Esta experiência dolorosa transcende a mera consequência da agressão tecidual, sendo substancialmente influenciada por condicionantes psicológicos, incluindo estados de exaustão, quadros depressivos, manifestações de hostilidade, apreensão, estados ansiosos e sentimentos de vulnerabilidade. A dor no pós-operatório aumenta o risco de complicações adicionais, nomeadamente, prolongamento do período de hospitalização e recuperação, podendo inclusive evoluir para um quadro de dor crónica (Miranda et al., 2024). Entre as complicações mais frequentes, destacam-se a inibição da tosse e a diminuição dos volumes pulmonares provocadas pela dor e pela incisão cirúrgica, contribuindo para o desenvolvimento de atelectasia e infeção pulmonar (Custódio, Costa, & Cavalcanti, 2024).

Face a estas evidências, torna-se crucial realizar uma avaliação sistemática e individualizada da dor, identificando parâmetros como intensidade, localização e natureza, bem como compreendendo o seu impacto funcional e emocional. Esta monitorização contínua permite avaliar a evolução do quadro algíco e a resposta às intervenções implementadas, fundamentando o ajuste e personalização dos planos de cuidados. Para operacionalizar esta gestão eficaz da dor, a Ordem dos Enfermeiros, no Guia Orientador de Boa Prática sobre "Dor"(2008) e em conformidade com a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde (DGS) Nº 09/DGCG de 14/06/2003 intitulada "A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor", preconiza a aplicação de instrumentos validados como a Escala Numérica da Dor, que quantifica a experiência algica numa graduação de 0 a 10 pontos. Este instrumento permite aos profissionais objetivar e classificar a dor em níveis leve, moderado e intenso, facilitando a implementação de estratégias personalizadas baseadas na evidência.

Conservação da energia

Atendendo ao facto de que após uma cirurgia cardíaca há uma diminuição significativa da capacidade funcional e da tolerância ao esforço, torna-se importante implementar técnicas que

permitam conservar a energia permitindo realizar atividades essenciais com menor sobrecarga cardiovascular, ajudando os utentes a adaptar-se às limitações temporárias impostas pela cirurgia. Assim, durante a implementação do plano de exercício físico, preconiza-se a sincronização do padrão respiratório com as fases do movimento, realizando a expiração durante a fase concêntrica dos exercícios e a inspiração durante a fase excêntrica (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Esta estratégia visa otimizar a conservação de energia e reduzir o esforço cardiorrespiratório, contribuindo para uma melhor tolerância à atividade física.

O exercício deve ser individualizado e sujeito a adaptações específicas, em consonância com as necessidades particulares de cada utente, visando a prevenção de complicações e a maximização dos benefícios terapêuticos.

ACSM (2018) e a Ordem dos Enfermeiros (2020) recomendam uma avaliação sistemática durante as sessões de treino de exercício que permita avaliar a tolerância ao esforço e prevenir complicações. Esta deve ser feita em repouso, durante o exercício, imediatamente no final e no retorno à calma através da avaliação da perceção subjetiva de esforço pela Escala de Borg Modificada. "Trata-se de uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de esforço é graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo, que vai desde 0 "muito, muito leve" até 10 "muito, muito forte". À pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de esforço percebido num determinado momento ou tarefa." (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 44)

A Escala de Borg Modificada foi utilizada com dupla finalidade: primeiramente, para medir o nível de cansaço durante a realização de movimentos ou atividades simples como, por exemplo, mudança de posição na cama e elevação de membros, o que permitiu identificar o nível de tolerância à atividade física num estágio inicial da recuperação. Adicionalmente, a mesma escala foi adaptada para avaliar a dispneia, fornecendo uma medida subjetiva da dificuldade respiratória do utente, sendo descrita como "uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de dispneia é graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade da mesma, que vai desde 0 'nenhuma falta de ar' até 10 'falta de ar máxima'" (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 44).

Vários estudos, incluindo o de Shariat et al. (2018), demonstraram que a Escala de Borg serve como um método eficaz para quantificar diferentes tipos de treino físico. Estes autores evidenciaram uma forte correlação entre os scores da escala e parâmetros fisiológicos objetivos, conferindo validade a este instrumento como indicador da intensidade do exercício e da resposta individual ao esforço. Esta avaliação foi útil para estabelecer uma linha de base para a progressão da mobilidade e da tolerância ao exercício ao longo das intervenções, sendo um indicador importante para o ajuste individualizado do programa de exercício.

Emoção

No contexto da cirurgia cardíaca, a percepção do trauma operatório conjugada com a consciência do risco representa um catalisador para respostas emocionais intensificadas. Assunção et al. (2024) evidenciam que este procedimento é percecionado culturalmente como uma intervenção de elevado risco, gerando manifestações emocionais negativas significativas. Estas respostas psicológicas manifestam-se tanto no período pré-operatório, através da ansiedade e medo, quanto no pós-operatório, caracterizado pela experiência de dor frequentemente intensificada por componentes emocionais. A personalidade do utente, modelada por fatores genéticos e ambientais, influencia determinantemente a forma como este enfrenta os agentes stressores inerentes a todo o processo. O apoio psicológico estruturado e uma comunicação eficaz são elementos essenciais para a gestão da ansiedade e otimização da recuperação pós-operatória (Assunção et al., 2024).

Sono

O sono caracteriza-se por uma significativa atividade cerebral que desempenha funções vitais no organismo. Durante este estado, ocorrem processos fundamentais como a manutenção da vitalidade, conservação energética, regulação térmica e otimização do desempenho psicomotor. A influência do sono na saúde cardiovascular representa uma área de crescente interesse na RC. Diversos estudos têm destacado os mecanismos através dos quais um sono inadequado pode interferir com o risco cardiovascular, particularmente através de alterações biológicas induzidas por modificações no ritmo circadiano, o que se revela de importante consideração na RC (Fernandes et al., 2020).

Watson et al. (2015) destacam que a duração do sono está intimamente relacionada com a mortalidade e com um amplo espectro de doenças, incluindo depressão, diabetes, cancro, obesidade, doença cerebrovascular e doença cardiovascular, sugerindo que intervenções direcionadas ao sono poderão influenciar positivamente o curso destas patologias.

A RC, sendo um programa de intervenção multidisciplinar assente num EF estruturado, visa melhorar a capacidade funcional dos seus participantes (Abreu et al., 2018). Neste contexto, a inclusão do domínio "Sono" na abordagem da reabilitação cardíaca justifica-se pela forte evidência que demonstra que a prática regular de moderada intensidade melhora a qualidade do sono auto reportada em doentes com queixas de distúrbios do sono (Wang & Boros, 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Consciente.

05-11-2024 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem Horário]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Consciente.

Força muscular

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Força - contração muscular

05-11-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

05-11-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

05-11-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

05-11-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

05-11-2024 15:00 - Paresia

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da força muscular

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [1x/turno]

05-11-2024 15:00 - Melhorar força muscular

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o)) [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares:

necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [Sem horário] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [Sem horário]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Força - contração muscular

09-11-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

Movimento articular

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Articulação

05-11-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.

05-11-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.

05-11-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.

05-11-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.

05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.

05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 15:00 - mobilidade articular total.
05-11-2024 15:00 - Na avaliação do movimento articular, a amplitude de movimento da articulação do ombro em flexão e extensão foi limitada intencionalmente a 90º, em conformidade com as precauções quanto á esternotomia recomendadas.

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular [1x/turno]

Equilíbrio estático

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

09-11-2024 11:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

Equilíbrio dinâmico

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento.

Sensações somáticas

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Manifesta dor.

05-11-2024 15:00 - Dor [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Localização da dor

05-11-2024 15:00 - Tórax

05-11-2024 15:00 - Intensidade da dor - 5.

05-11-2024 15:00 - frequência da dor - intermitente.

05-11-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

05-11-2024 15:00 - dor de tipo - profunda.

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da dor [1x/turno] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Diminuir dor [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Gerir analgesia [SOS] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Promover autocontrolo: dor [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Sem horário]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Determinar sinais de dor

09-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem horário]

Sistema respiratório

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

05-11-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.

05-11-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

05-11-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

05-11-2024 15:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

05-11-2024 15:00 - Sem adejo nasal.

05-11-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

05-11-2024 15:00 - Periférico(a): 91 %.

05-11-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

05-11-2024 15:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

05-11-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente.

05-11-2024 15:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

05-11-2024 15:00 - Sons respiratórios: crepitações.

05-11-2024 15:00 - Secreções em pequena quantidade.

05-11-2024 15:00 - Secreções normais.

05-11-2024 15:00 - Secreções esbranquiçadas.

05-11-2024 15:00 - Avaliação da dispneia através da Escala de Borg modificada: percepção subjetiva da dispneia com valor 4-5 atribuído

05-11-2024 15:00 - Percussão do tórax: Ressonância normal, com submacicez discreta nas bases pulmonares.

05-11-2024 15:00 - Auscultação: Murmúrio vesicular presente, ligeiramente diminuído bilateralmente Crepitações finas nas bases pulmonares.

05-11-2024 15:00 - Inspeção: Incisão esternal mediana com penso cirúrgico Drenos torácicos (mediastínicos, pericárdio e pleural) in situ Ausência de tiragem intercostal

05-11-2024 15:00 - Palpação: Expansibilidade torácica ligeiramente diminuída bilateralmente Ausência de crepitação subcutânea

05-11-2024 15:00 - Raio X: Incidência Pósterio-anterior: Esternotomia mediana com fios de cerclagem visíveis Silhueta cardíaca discretamente aumentada Leves sinais de congestão pulmonar com vascularização aumentada nas zonas inferiores Pequenos derrames pleurais bilaterais Atelectasias laminares nas bases Tubos de drenagem torácica in situ Sem

evidência de pneumotórax ou consolidações

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Melhorar limpeza da via aérea [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica da tosse assistida [Manhã/ Tarde] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Promover autogestão: limpeza da via aérea [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Capacidade para limpar secreções da via aérea

05-11-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Autoeficácia para tossir

05-11-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção da infeção [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre tosse e limpeza da

via aérea [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para limpar secreções da via aérea [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para limpar secreções da via aérea (Dispositivos: Nenhum) [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Instruir técnica da tosse [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Treinar técnica da tosse [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tossir [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tossir [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Treinar técnica da tosse [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da limpeza da via aérea [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Melhorar ventilação

05-11-2024 15:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de reexpansão torácica [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

05-11-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - Capacidade para

executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios respiratórios

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Instruir exercícios respiratórios [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Instruir exercícios respiratórios pela atividade física [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Treinar exercícios respiratórios [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Treinar exercícios respiratórios pela atividade física [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar exercícios respiratórios [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Treinar exercícios respiratórios [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Treinar exercícios respiratórios pela atividade física [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios respiratórios [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Melhorar ventilação [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de reexpansão torácica [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática [Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório

[Manhã/ Tarde] [FIM] 09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00

- 09-11-2024 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 09-11-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 09-11-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 09-11-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
- 09-11-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].
- 09-11-2024 11:00 - Sem adejo nasal.
- 09-11-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 09-11-2024 11:00 - Periférico(a): 96 %.
- 09-11-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 09-11-2024 11:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [MELHOROU].
- 09-11-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
- 09-11-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].
- 09-11-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.
- 09-11-2024 11:00 - Secreções em pequena quantidade.
- 09-11-2024 11:00 - Secreções normais [MANTEVE].
- 09-11-2024 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

05-11-2024 15:00

- 05-11-2024 15:00 - Localização do Pulso
 - 05-11-2024 15:00 - Punho Direita(o)
 - 05-11-2024 15:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
 - 05-11-2024 15:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.
 - 05-11-2024 15:00 - Pulso rítmico.
 - 05-11-2024 15:00 - Pulso simétrico.
- 05-11-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 05-11-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 05-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.
 - 05-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.
- 05-11-2024 15:00 - Temperatura das extremidades
 - 05-11-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
- 05-11-2024 15:00 - Coloração das extremidades
 - 05-11-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 - 05-11-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
- 05-11-2024 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
- 05-11-2024 15:00 - Perda sanguínea

05-11-2024 15:00 - Cavidade torácica Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

05-11-2024 15:00 - Cavidade torácica Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

05-11-2024 15:00 - Cavidade torácica Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

05-11-2024 15:00 - Localização da dor

05-11-2024 15:00 - Tórax

05-11-2024 15:00 - Intensidade da dor - 5.

05-11-2024 15:00 - frequência da dor - intermitente.

05-11-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

05-11-2024 15:00 - dor de tipo - profunda.

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Referenciar arritmia ao médico [SOS]

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Referenciar hipertensão ao médico [Manhã/ Tarde]

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Localização do Pulso

09-11-2024 11:00 - Punho Direita(o)

09-11-2024 11:00 - Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

09-11-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

09-11-2024 11:00 - Pulso rítmico.

09-11-2024 11:00 - Pulso simétrico.

09-11-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

09-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

09-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

Deglutição

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Sono

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Dormiu por períodos curtos.

05-11-2024 15:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

05-11-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

05-11-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

05-11-2024 15:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução do sono [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do sono [1x/dia] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Melhorar sono [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Tarde] [FIM]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Dormiu por períodos curtos.

09-11-2024 11:00 - Sono reparador [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

09-11-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

Conservação de energia

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

05-11-2024 15:00 - Monitorizado o nível de cansaço durante atividades básicas como mudanças de posição na cama e elevação de membros através da Escala de Borg modificada., permitindo determinar a tolerância inicial à atividade física. Esta avaliação estabeleceu uma referência para monitorizar a progressão da mobilidade e ajustar adequadamente o programa de exercício.

05-11-2024 15:00 - Intolerância à atividade

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

05-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Sem horário] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Promover autogestão: regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre regime de exercício [Manhã/ Tarde]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Instruir a executar regime de exercício [Manhã/ Tarde]

09-11-2024 11:00 - Treinar a executar regime de exercício [Manhã/ Tarde]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

Emoção

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Sem indícios de humor depressivo.

05-11-2024 15:00 - Sem indícios de euforia.

05-11-2024 15:00 - Verbaliza ansiedade.

05-11-2024 15:00 - Manifestação de inquietação.

05-11-2024 15:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

05-11-2024 15:00 - Sem manifestação de pânico .

05-11-2024 15:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: perda de capacidade funcional.

05-11-2024 15:00 - Não manifesta negação da perda.

05-11-2024 15:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

05-11-2024 15:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Executar técnica de relaxamento [Manhã/Tarde] [FIM]
09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 15:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [Sem horário] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Instruir estratégias de relaxamento [Manhã/ Tarde] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Treinar estratégias de relaxamento [Manhã/ Tarde] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Memória

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

05-11-2024 15:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

05-11-2024 15:00 - Sem desorientação face às pessoas.

05-11-2024 15:00 - Sem desorientação no espaço.

05-11-2024 15:00 - Sem desorientação no tempo.

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da memória

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da memória [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução da orientação

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da orientação [Sem horário]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

09-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

09-11-2024 11:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

Virar-se

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Capaz de mudar de posição na cama

05-11-2024 15:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

05-11-2024 15:00 - Virar-se comprometido [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Assegurar atividades de virar-se [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - *Assistir no virar-se [Sem horário]* [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Promover autonomia para virar-se [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: facilitadora.

05-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se

05-11-2024 15:00 - Dispositivo: Grades da cama - facilitadora.

05-11-2024 15:00 - Capacidade para virar-se

05-11-2024 15:00 - Dispositivo: Grades da cama - facilitadora.

05-11-2024 15:00 - Autoeficácia para virar-se

05-11-2024 15:00 - Dispositivo: Grades da cama - facilitadora.

05-11-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autonomia para virar-se [Sem horário]*
[FIM] 09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama

09-11-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

09-11-2024 11:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

09-11-2024 11:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

09-11-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

09-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

09-11-2024 11:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Não obtém objetos para o banho.

05-11-2024 15:00 - Abre a torneira.

05-11-2024 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

05-11-2024 15:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Não lava nem seca o corpo.

05-11-2024 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

05-11-2024 15:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Não lava nem seca parte do corpo.

05-11-2024 15:00 - Lava a cavidade oral.
05-11-2024 15:00 - Aplica produtos de higiene.
05-11-2024 15:00 - Capaz de pentear-se
05-11-2024 15:00 - Penteia-se.
05-11-2024 15:00 - Não se limpa após usar o sanitário.
05-11-2024 15:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

05-11-2024 15:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

09-11-2024 11:00 - Assistir no tomar banho [Manhã / SOS]

05-11-2024 15:00 - Dar banho na cama [Manhã / SOS] [FIM] 09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

09-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Capacidade no uso do sanitário

09-11-2024 11:00 - facilitadora.

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

09-11-2024 11:00 - Instruir a tomar banho [Manhã/ SOS]

09-11-2024 11:00 - Treinar a tomar banho [Manhã/ SOS]

09-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Obtém objetos para o banho [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

09-11-2024 11:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Capaz de pentear-se

09-11-2024 11:00 - Penteia-se [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

Vestir-se ou despir-se

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Escolhe as roupas.

05-11-2024 15:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

05-11-2024 15:00 - Capaz de vestir-se

05-11-2024 15:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

05-11-2024 15:00 - Capaz de abotoar-se

05-11-2024 15:00 - Abotoa.

05-11-2024 15:00 - Capaz de atar cordões

05-11-2024 15:00 - Não ata cordões.

05-11-2024 15:00 - Capaz de calçar meias

05-11-2024 15:00 - Não calça as meias.

05-11-2024 15:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Sem horário]

05-11-2024 15:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

05-11-2024 15:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Manhã / SOS]

09-11-2024 11:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

09-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

09-11-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

09-11-2024 11:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Manhã/ SOS]

09-11-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/ SOS]

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

09-11-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

09-11-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

09-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Não ata cordões.

09-11-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

09-11-2024 11:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

Andar

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

09-11-2024 11:00 - marcha sem limitações.

Alimentar-se

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

05-11-2024 15:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

05-11-2024 15:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

05-11-2024 15:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

05-11-2024 15:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

05-11-2024 15:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

05-11-2024 15:00 - Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Determinar evolução do alimentar-se [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Sem horário] [FIM]

09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Assegurar atividades do alimentar-se [FIM] 09-11-2024 11:00

05-11-2024 15:00 - Assistir no alimentar-se [SOS] [FIM] 09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

09-11-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MELHOROU].

09-11-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

09-11-2024 11:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

09-11-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

09-11-2024 11:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Padrão alimentar

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Número de refeições diárias: 3.

05-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

05-11-2024 15:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

05-11-2024 15:00

05-11-2024 15:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

05-11-2024 15:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

05-11-2024 15:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

05-11-2024 15:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

09-11-2024 11:00

09-11-2024 11:00 - Autogestão do regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

09-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Promover autogestão: regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre regime de exercício [Manhã/ Tarde]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico desaconselhado [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia

09-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da glicemia [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

09-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre exercício físico e tolerância à atividade

09-11-2024 11:00 - Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade [Sem horário]

09-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

09-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal [Sem horário]

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Ensinar sobre sincronização do padrão respiratório com as fases do movimento, enfatizando que durante exercícios de fortalecimento muscular, a fase de carga/força deve ser coordenada com a fase de expiração no ciclo respiratório (Couto et al., 2021)
- Ensinar que as estratégias de conservação de energia ajudam a realizar as AVD com menor esforço respiratório e físico, reduzindo o cansaço durante as tarefas (OE, 2018)
- Ensinar que, para reduzir a sensação de falta de ar, recomenda-se realizar uma inalação prévia ao momento de esforço, seguida de exalação durante a execução do movimento, privilegiando sempre que possível a posição sentada para a realização das tarefas (Hoeman, 2011).

Avaliar evolução da ventilação

- Realização de inspeção torácica estática e dinâmica (identificação do ritmo e padrão respiratório, avaliação da expansibilidade e verificação da simetria torácica) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Palpação metódica da região traqueal e da estrutura torácica (contemplando faces anterior e posterior do tórax) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Aplicação da técnica percussiva digito-digital nas diferentes regiões do tórax (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Execução de auscultação pulmonar comparativa e sequencial nas faces anterior e posterior da caixa torácica (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Monitorização progressiva da função respiratória em momentos pré-determinados: antes do início do EF, durante a sua execução e após a conclusão do mesmo. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Interpretação dos resultados obtidos através de exames complementares de diagnóstico (análise de imagens de TAC torácica, avaliação de radiografia torácica, interpretação de gasometria arterial) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir exercícios de isometria no leito, respeitando os limites impostos pela esternotomia
- Instruir exercícios calisténicos (mobilizações polissegmentares ativas assistidas)

Instruir exercícios respiratórios

- Instruir dissociação dos tempos respiratórios: promover a consciencialização do padrão ventilatório, orientando o cliente a realizar inspiração por via nasal e expiração por via oral, identificando as diferenças entre ambas as fases do ciclo respiratório (Couto et. al., 2021)
- Instruir exercícios de respiração abdomino-diafragmática profunda: inspiração nasal lenta e uniforme, seguida de expiração com lábios franzidos (Vermelho & Pestana, 2021)
- Instruir técnica do Ciclo Ativo da respiração: o utente deve assumir preferencialmente a posição sentada com os membros inferiores devidamente apoiados e ligeiramente afastados. O EEER instrui o utente a executar inicialmente respiração diafragmática, seguida de ventilação profunda (inspiração ampla por via nasal com pausa inspiratória de aproximadamente 3 segundos, procedendo posteriormente a uma expiração passiva e relaxada). Reitera estes dois procedimentos iniciais e culmina com uma expiração forçada combinada com manobra de tosse (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Instruir técnica de expiração com lábios semicerrados: instruir o cliente para executar inspiração nasal lenta e controlada, "como se inalasse o aroma de uma flor", durante uma contagem mental de três segundos, seguida de expiração através dos lábios parcialmente fechados, "como se soprasse suavemente uma vela sem a extinguir", durante uma contagem mental de quatro segundos; Expirar lentamente pela boca para libertar o ar (contar até 4) (Couto et. al., 2021).
- Instruir exercícios de reeducação costal inferior, orientando a pessoa a dirigir a respiração profunda para essa região com apoio manual (do próprio utente ou do EEER), acompanhando os movimentos respiratórios de forma a facilitar a expansão torácica durante a inspiração e auxiliar na expiração, contribuindo assim para a mobilização eficaz do tórax e prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias (Vermelho & Pestana, 2021)
- Instruir quanto ao uso do inspirómetro de incentivo: O utente deve estar posicionado em posição sentada ou em posição de Fowler; o equipamento de inspirometria deve ser colocado ao nível ocular do indivíduo para otimizar o retorno visual. O procedimento inicia-se com uma expiração completa, seguida da colocação do bocal com selamento labial adequado para prevenir escape aéreo. Subsequentemente, realiza-se uma manobra inspiratória lenta, profunda e sustentada, culminando numa pausa inspiratória mantida durante aproximadamente 3 segundos (Couto et. al., 2021)

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Suspende EF se sinais/sintomas de intolerância ao exercício, incluindo angina e/ou dispneia acentuada (ACSM, 2022)

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Ensinar sobre alternar de forma equilibrada períodos de atividade e descanso, estratégias de conservação de energia, reconhecimento de sinais de fadiga e planeamento das atividades conforme o nível de tolerância individual

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Ensinar a monitorizar a sua FC e perceção subjetiva de esforço recorrendo ao uso da

Escala de Borg Modificada

Avaliar evolução da dispneia

- Avaliar evolução da dispneia com recurso à Escala de Borg Modificada antes, durante e após EF;

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- para as mãos e punho

Instruir estratégias de relaxamento

- Instruir que as estratégias de relaxamento devem ser realizadas numa posição confortável, num ambiente calmo e relaxado (Couto et al., 2021);
- Instruir técnica de respiração diafragmática (Couto et al., 2021).
- Instruir técnica de relaxamento muscular progressivo: Adotar posição confortável sentada ou deitada, preferencialmente com os olhos fechados. Realizar contração isométrica de grupos musculares específicos durante 10 a 15 segundos. Relaxar os músculos e concentrar-se na sensação diferencial entre o estado de contração e relaxamento. Repetir o exercício em diferentes grupos musculares sequencialmente (Couto et al., 2021).

Treinar exercícios respiratórios

- com inspirómetro: O utente deve estar posicionado em posição sentada ou em posição de Fowler; o equipamento de spirometria deve ser colocado ao nível ocular do indivíduo para otimizar o retorno visual. O procedimento inicia-se com uma expiração completa, seguida da colocação do bocal com selamento labial adequado para prevenir escape aéreo. Subsequentemente, realiza-se uma manobra inspiratória lenta, profunda e sustentada, culminando numa pausa inspiratória mantida durante aproximadamente 3 segundos (Couto et al., 2021)

Avaliar evolução da dor

- Avaliar a Dor com recurso à escala numérica da dor

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre a contenção torácica durante a tosse: Instruir sobre o uso de colete/cinta de contenção torácica ou almofada pressionada contra o tórax durante a tosse
- Ensinar técnica de "abraçar o tórax" cruzando os braços sobre o peito ao tossir □ Entrada e saída da cama em "movimento em tubo", mantendo o alinhamento corporal e evitando qualquer rotação do tronco (Adams et al., 2016; Park et al., 2021).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar que as técnicas de controlo respiratório constituem um conjunto de procedimentos passíveis de aplicação durante episódios de ansiedade, dado que promovem o relaxamento, reduzem o dispêndio energético, incrementam a funcionalidade e potenciam a qualidade de vida (Couto et al., 2021);
- Ensinar que o relaxamento muscular progressivo constitui uma técnica eficaz para auxiliar a pessoa a gerir a ansiedade. Consiste na alternância entre contração isométrica e relaxamento de grupos musculares específicos, mantendo os restantes segmentos

corporais em estado de relaxamento (Couto et al., 2021);

- Ensinar que a Reabilitação Respiratória contribui significativamente para a redução da sintomatologia ansiosa (GOLD, 2024).
- Ensinar que a técnica de respiração diafragmática visa o aperfeiçoamento da eficiência ventilatória, fomentando a consciencialização da inspiração direcionada para as bases pulmonares, com incremento do movimento da parede abdominal e redução do movimento da parede torácica proporcionando uma maior amplitude diafragmática através de inspirações profundas e expirações controladas e lentas (Borge et al., 2014)

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Avaliar de modo sistemático e rigoroso os parâmetros cardiovasculares durante o processo de reabilitação, garantindo que a variabilidade da FC se mantém dentro do intervalo terapêutico preconizado (20-30 bpm acima dos valores de repouso) em utentes com ritmo sinusal preservado (Novo et al., 2020)
- Avaliar presença de arritmias ventriculares ou auriculares significativas com ou sem sinais/sintomas associados, durante o EF (ACSM, 2022)

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar pressão arterial sistólica - se diminuição de 10mmHg com incremento da carga de trabalho, suspende EF (ACSM, 2022)

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- No momento em que o doente tosse, procede-se à contenção do esterno para otimização do conforto

Instruir técnica da tosse

- Instruir técnica da tosse assistida ou manualmente assistida com aplicação da pressão ecxterna a nível da região epigástrica, coordenando com expiração forçada da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a evolução da força muscular em todos os segmentos corporais com recurso à Escala de Avaliação de Força Muscular - Medical Research Council

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar evolução da consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular / resposta verbal / resposta motora)

Ensinar sobre regime de exercício

- Ensinar sobre a importância e os benefícios da mobilização precoce e do exercício físico no pós-operatório em fase I de Reabilitação Cardíaca, destacando seu papel na prevenção de complicações respiratórias, cardiovasculares e musculoesqueléticas, além de potenciar a capacidade funcional, reduzir o tempo de internamento e facilitar a transição para as fases subsequentes de reabilitação cardíaca (Vermelho & Pestana 2021)
- Ensinar sobre a importância de definir objetivos claros e realistas para o programa de exercício, assegurando que estes sejam personalizados de acordo com o projeto de saúde

individual do utente e considerando diversos fatores: capacidade funcional atual, condição clínica, disponibilidade temporal, contexto social e ambiental, e recursos materiais disponíveis (ACSM, 2022)

- Ensinar sobre a estrutura tripartida do treino: aquecimento, condicionamento e arrefecimento/relaxamento (ACSM, 2022)
- Ensinar que deve fazer o aquecimento e arrefecimento adequados para preparar e relaxar os músculos, evitando desta forma lesões (ACSM, 2022)
- Ensinar que a prescrição de exercício segue os princípios do FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão) como elementos fundamentais na estruturação de um programa de exercício adequado (ACSM, 2022)
- Ensinar sobre a abordagem multicomponente no treino, integrando exercícios aeróbios e resistidos, complementados por atividades de equilíbrio, flexibilidade, alongamento e fortalecimento da musculatura respiratória, associados a técnicas de controlo respiratório e conservação energética para reduzir a dispneia (ERS, 2021)

Instruir a tomar banho

- Instruir a usar banco de apoio durante o banho, para reduzir a sobrecarga física e favorecer a conservação de energia

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir que deve priorizar a proteção do esterno, evitando movimentos de abdução excessiva dos ombros, elevação dos braços acima de 90º
- Instruir quanto ao uso de roupas largas, preferencialmente com botões ou zíper frontal;
- Instruir que se recomenda sentar-se para vestir as calças, vestir uma perna de cada vez e só depois levantar-se;
- Instruir a usar calçado sem atacadores

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

- Explicar que a obesidade constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos FRCV(Novo et al., 2020)

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Ensinar que deve adequar a intensidade do exercício em função da frequência cardíaca e da perceção subjetiva de esforço (António et al., 2010);
- Ensinar que, no domicílio e na ausência de dispositivos para monitorização da frequência cardíaca, deve orientar-se pela perceção subjetiva de esforço (ACSM, 2022)
- Ensinar que, perante dificuldade na articulação da fala durante o exercício, deverá reduzir imediatamente a sua intensidade (Living well with COPD, 2022)

Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

- Ensinar que o EF deve iniciar com um período de aquecimento de cerca de cinco minutos, seguindo-se o período de EF propriamente dito e terminar com alongamentos (Novo et al., 2021)
- Explicar que serão monitorizados criteriosamente dados como FC, PA e perceção subjetiva de esforço (Novo et al., 2021)

- Explicar que o seu feedback através da escala de borg é dado muito importante Ensinar sobre critérios de segurança durante o exercício, destacando a importância de automonitorizar continuamente os sintomas, com particular atenção a sinais de alarme como dor no peito, tonturas ou vertigens, palpitações, cefaleia, dificuldade respiratória acentuada e prolongada, náuseas, vômitos, sudorese, palidez e fraqueza, enfatizando que na presença de qualquer destes sinais ou sintomas deve comunicar e será interrompido o exercício imediatamente (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).

Ensinar sobre exercício físico

- Ensinar que o treino de exercício no pós-operatório de cirurgia cardíaca é uma componente importante na Reabilitação Cardíaca, para melhorar a capacidade funcional, reduzir a morbilidade, promover a recuperação da força muscular, otimizar a função cardiorrespiratória, facilitar o retorno às atividades de vida diárias, prevenir complicações respiratórias associadas à imobilidade, contribuir para o controlo dos fatores de risco cardiovascular, melhorar a qualidade de vida e reduzir a ansiedade relacionada com a recuperação pós-cirúrgica (Almeida et. al., 2020)
- Ensinar que o exercício físico contribui para a prevenção de um conjunto de doenças crónicas não transmissíveis, entre as quais as doenças cérebro-cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Tem ainda impacto positivo a nível cognitivo e de saúde mental (WHO, 2020; WHO, 2022).
- Ensinar sobre treino aeróbio Ensinar exercícios musculoesqueléticos através de dispositivo (cicloergómetro) Couto et. al. 2021; Cordeiro et al., 2024). Explicar que o cicloergómetro é uma modalidade terapêutica aplicada após cirurgia cardíaca que tem um impacto positivo na redução da perda de capacidade funcional (Cordeiro et al., 2024).
- Ensinar marcha estacionária lenta, progredindo para marcha no corredor
- Ensinar sobre treino anaeróbio ; Ensinar que o treino de força muscular admitindo o "princípio da especificidade" tem como objetivo terapêutico ajustar gradualmente as cargas para induzir adaptações funcionais nos músculos, visando a melhoria da capacidade aeróbia e da força muscular periférica (Couto et al., 2021)
- Ensinar que este treino promove o aumento e fortalecimento das massas muscular e óssea, prevenindo a síndrome de desuso muscular associado ao repouso (Novo et al. 2021)
- Ensinar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores (Couto et al., 2021)
Fortalecimento muscular dos bíceps: Flexão/extensão do antebraço - sentado com o braço em supinação (Couto et al., 2021) até 90º, respeitando as limitações impostas pela esternotomia mediana e orientando sobre as precauções para proteção da incisão cirúrgica durante o movimento; Fortalecimento muscular dos tríceps: Flexão/extensão do ombro com mãos entrelaçadas (Vermelho & Pestana, 2021) até 90º, respeitando as limitações impostas pela esternotomia mediana e orientando sobre as precauções para proteção da incisão cirúrgica durante o movimento;
- Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores (Couto et al., 2021)
Fortalecimento muscular dos quadríceps: Flexão/extensão dos joelhos; levantar da cadeira (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular dos bíceps femoral: Flexão do joelho em pé (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular do gastrocnémio. Extensão da

- tibiotársica, com movimento de elevação dos calcanhares mantendo o tronco reto e os joelhos em extensão (Couto et. al., 2021) Abdução/adução alternadamente
- Ensinar sobre o princípio da sobrecarga, que sustenta que a capacidade muscular pode ser incrementada quando exposta a estímulos superiores àqueles habitualmente experienciados, sublinhando que qualquer forma de exercício é preferível à ausência total de atividade física (OE, 2018)
 - Ensinar sobre o princípio da especificidade, que estabelece que cada tipologia de exercício produz efeitos específicos em determinados grupos musculares, enfatizando a importância da implementação de programas metodicamente estruturados (OE, 2018)
 - Ensinar sobre o princípio da reversibilidade, que evidencia que as vantagens obtidas através do treino só se conservam mediante a sua continuidade, adaptando-se às particularidades de cada pessoa, visando a sua manutenção de modo adequadamente supervisionado e reajustado conforme a evolução individual, tendo em consideração possíveis exacerbações (OE, 2018)
 - Ensinar sobre o princípio da individualidade, que advoga que o treino deve ser individualizado, respeitando as competências e limitações próprias de cada pessoa, e que a prescrição de exercício mais apropriada é aquela direcionada para a transformação comportamental, defendendo que a arte da prescrição reside na eficaz conjugação do conhecimento científico com técnicas comportamentais, resultando numa adesão prolongada ao programa e consequentes melhorias na saúde (OE, 2018)

Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

- Ensinar que exercícios de membros superiores que causem tensão no esterno devem ser evitados, devido à esternotomia recente (Almeida, Carneiro e Novo (2020).
- Ensinar que se recomenda uma amplitude de movimento que não passe os 90º quer seja em flexão do braço ou em abdução. (Almeida et al., 2020)
- Ensinar sobre a necessidade de evitar rotações do tronco que causem torção esternal
- Ensinar sobre os perigos dos exercícios que produzam pressão direta sobre o esterno
- Ensinar sobre os riscos de movimentos bruscos dos membros superiores
- Ensinar sobre a restrição de levantamento de pesos superiores a 2-4 kg com os membros superiores (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).
- Ensinar sobre a contra-indicação de atividades que envolvam tração ou empurrar com os braços sob resistência (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Ensinar sobre a interpretação e aplicação da escala de Borg modificada como instrumento de automonitorização durante a prática de exercício físico, explicando que a intensidade será regulada através da perceção subjetiva de esforço (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Ensinar que a avaliação será sistemática durante as sessões de treino com recurso à monitorização de parâmetros objetivos (FC, TA, SpO2, traçado ECG), enfatizando a importância do feedback subjetivo do utente através da escala de Borg como componente complementar e essencial para a adequação individualizada do exercício (Almeida et. al., 2020)
- Ensinar sobre a utilização do Teste da Fala (Talk Test) como método complementar para

monitorizar a intensidade do exercício, explicando que durante a atividade física deve conseguir manter uma conversa; caso sinta dificuldade pronunciada em falar, deve reduzir imediatamente a intensidade do esforço(Reed & Pipe, 2014; Menezes et al., 2023)

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da glicemia

- Explicar que a diabetes mellitus constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos FRCV(Novo et al., 2020)

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

- Explicar que a hipertensão constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos FRCV(Novo et al., 2020)

Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

- Explicar ao doente que um dos maiores benefícios do exercício é a melhoria da capacidade funcional (Delgado et al., 2020) e consequentemente da tolerância á atividade

Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício

- Avaliar a percepção subjetiva de esforço, com Utilização da Escala de Borg Modificada e o aumento gradual na intensidade tolerada e facilidade na execução técnica dos exercícios prescritos, com base na determinação personalizada dos parâmetros FITT-VP adaptados ao utente (Novo et.al.,2020)

Treinar a executar regime de exercício

- Para operacionalizar esta intervenção, foi desenvolvido um plano progressivo de exercícios, estruturado em 5 dias e organizado segundo os princípios do FITT-VP, respeitando as limitações impostas pela esternotomia e adaptando-se à evolução clínica do utente (O esquema encontra-se detalhado na síntese do caso)

3.8. Síntese relativa ao caso

O programa de RC fase I centrou-se na recuperação funcional do utente em estudo no período pós-cirúrgico. Este apresentava, previamente à intervenção, um histórico de autonomia funcional, porém associado a comportamentos sedentários e hábitos de vida não saudáveis. Nas primeiras 24 horas após a cirurgia, evidenciou-se compromisso da função respiratória e limitações funcionais decorrentes da esternotomia, com impacto direto na realização das AVD. O programa de RC iniciou-se com a reeducação funcional respiratória, associada à assistência nas AVD, respeitando as limitações impostas pelo procedimento cirúrgico. A progressão ocorreu de forma gradual, avançando da mobilização no leito para a implementação de um programa de EF estruturado segundo o modelo FITT-VP (Figura 6), que se revelou uma ferramenta fundamental na personalização do plano, considerando as características e capacidades individuais do

utente.

Componente	Especificação
F - Frequência	1-2 vezes por dia
I - Intensidade	Borg modificada <5, monitorização da variação da FC em relação ao repouso
T - Tempo	20-30 minutos por sessão
T - Tipo	Exercícios respiratórios, exercícios aeróbios, anaeróbios, exercícios de equilíbrio estático/dinâmico
V - Volume	Iniciar com mobilizações ativas assistidas (3-5 repetições), progredindo gradualmente para exercícios de fortalecimento com 8-12 repetições, treino funcional adaptado e marcha progressiva
P - Progressão	Diária, respeitando as limitações impostas pela esternotomia e adaptando-se à evolução clínica do utente

Figura 6: Parâmetros FITT-VP definidos para o utente em estudo;

O programa evoluiu desde exercícios respiratórios básicos e mobilizações no leito, para exercícios de fortalecimento de intensidade leve na primeira semana, até à marcha. O período de internamento foi aproveitado como oportunidade para reeducação em saúde, constituindo um dos pilares fundamentais da RC. Ao longo da intervenção, foram identificados ganhos progressivos na função respiratória, capacidade funcional e dimensão comportamental, com aquisição de conhecimentos sobre gestão da saúde cardiovascular e demonstração de intenção de mudança. Na conclusão do programa, o utente apresentava condições favoráveis para a transição para o contexto domiciliário, demonstrando potencial para a continuidade do processo de reabilitação e disposição para manter as mudanças comportamentais iniciadas durante o internamento.

A Figura 7 ilustra a evolução diária das intervenções realizadas ao longo do internamento, evidenciando o aumento gradual da complexidade e intensidade dos exercícios, bem como a progressão desde intervenções predominantemente respiratórias até um programa de exercício físico multicomponente, culminando com a preparação para a alta e continuidade do processo

de reabilitação. Cada sessão foi estruturada de acordo com os princípios fundamentais do exercício, contemplando fase de aquecimento, fase de condicionamento e fase de relaxamento, garantindo assim segurança e eficácia na intervenção.

EVOLUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	
Período	Intervenções
Dia 1	• Reeducação funcional respiratória • Exercícios de isometria no leito • Exercícios calisténicos (mobilizações polissegmentares ativas assistidas) <i>N.º de séries: 2 N.º de repetições: 8</i>
Dia 2	• Reeducação funcional respiratória • Treino de inspirometria de incentivo (pós retirada de drenos) • Exercícios calisténicos (mobilizações polissegmentares ativas assistidas) <i>N.º de séries: 2 N.º de repetições: 8</i> • Cicloergómetro: 5-10 minutos
Dia 3	• Reeducação funcional respiratória • Treino de inspirometria de incentivo • Alongamentos • Treino de força - Exercícios de resistência M. superiores <i>N.º de séries: 2 N.º de repetições: 10</i> • Treino equilíbrio estático/dinâmico • Treino aeróbio - Cicloergómetro: 10 minutos <i>(incluindo 2-4 minutos no sentido reverso)</i> • Marcha: 5 minutos • Educação sobre identificação e gestão de complicações cardiovasculares pós-operatórias
Dia 4	• Reeducação funcional respiratória • Treino de inspirometria de incentivo <i>(se inexistência de pneumotórax ou fugas aéreas)</i> • Treino equilíbrio estático/dinâmico • Treino aeróbio: - Cicloergómetro: 15 minutos <i>(incluindo 2-4 minutos no sentido reverso)</i> - Marcha no corredor <i>(de acordo com tolerância - Borg modificada ≤5)</i> • Treino de força - Exercícios de resistência M. inferiores <i>N.º de séries: 3 N.º de repetições: 10</i> • Educação sobre sinais/sintomas de alerta • Capacitação para continuidade do programa no domicílio
Dia 5	• Reeducação funcional respiratória • Treino de inspirometria de incentivo <i>(se inexistência de pneumotórax ou fugas aéreas)</i> • Alongamentos • Treino equilíbrio estático/dinâmico • Treino aeróbio: - Marcha: a partir de 10 minutos <i>(de acordo com tolerância - Borg modificada ≤5)</i> - Cicloergómetro: 15 minutos - Step: 10 repetições, 2 séries • Treino de força - Exercícios de resistência M. superiores <i>N.º de séries: 3 N.º de repetições: 12</i> • Educação sobre sinais/sintomas de alerta • Negociação do plano de reabilitação de continuidade após a alta

Figura 7 – Progressão do plano de exercício físico do utente em estudo; **Fonte:** Inspirado no programa RE(H)ABILITY4LIFE desenvolvido no Serviço de Cirurgia Cardiorácica, ULS Coimbra.

4. PROGRAMA DE RC FASE I COM ENFOQUE NO EF PÓS REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UM ESTUDO DE CASO

Este estudo de caso descreve a implementação e avaliação de um protocolo estruturado de RC durante a fase I, num homem caucasiano de 70 anos após EAM inferoposterior com subsequente revascularização miocárdica. O utente, previamente ativo com prática regular de caminhadas (>30 minutos, 6 dias/semana), apresentava fatores de risco cardiovascular (DM tipo 2, dislipidemia, excesso de peso). A intervenção foi fundamentada num programa de RC progressivo e individualizado que contemplou exercícios respiratórios, mobilização precoce e treino gradual de resistência, com monitorização sistemática de parâmetros hemodinâmicos e capacidade funcional, que se iniciou ao terceiro dia pós-operatório. A metodologia adotada permitiu adaptar o plano conforme a tolerância do utente, demonstrando a segurança e eficácia da reabilitação cardíaca estruturada no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Evidencia-se assim a importância da intervenção especializada de enfermagem de reabilitação na recuperação funcional e na estruturação de estratégias para modificação de fatores de risco, mesmo em utentes previamente ativos que desenvolveram doença coronária significativa.

4.1. Enquadramento teórico

O presente estudo de caso debruça-se sobre um utente submetido a revascularização miocárdica off-pump após EAM. Esta técnica cirúrgica, sem circulação extracorpórea (CEC) tem sido amplamente estudada como alternativa à cirurgia convencional, especialmente em indivíduos com elevado risco de complicações neurológicas e sistêmicas. Evidências científicas sugerem que oferece morbimortalidade hospitalar similar à operação com CEC, potencialmente reduzindo a incidência de complicações como AVC (Rodrigues et al., 2013). A menor manipulação da aorta contribui para a segurança e preservação da função neurológica (Sedov & Nemkov, 2014).

Estudos recentes associam a revascularização sem CEC a uma redução significativa na mortalidade e complicações a curto prazo, embora sua efetividade dependa das características individuais e do contexto clínico específico (Benedetto et al., 2019). Apesar de resultados ainda inconsistentes na literatura, as potenciais vantagens justificaram a escolha desta técnica neste caso.

Importa referir que o utente permaneceu 12 dias no serviço de cardiologia a aguardar pela

intervenção cirúrgica. Durante este período, foi integrado num programa de RC. Não obstante o enfoque primordial deste relatório incidir sobre as intervenções no período pós-operatório, esta particularidade do percurso pré-cirúrgico afigura-se relevante pela sua potencial influência na recuperação.

De acordo com Rente (2024), a RC pré-operatória visa potenciar a capacidade funcional, preparando os utentes para suportar o stresse inerente ao procedimento cirúrgico. Um programa de pré-habilitação cardíaca deverá contemplar dimensões como educação, otimização nutricional, exercício físico, suporte social e gestão da ansiedade, embora as evidências científicas atuais ainda apresentem limitações.

A exposição que se segue documenta as intervenções implementadas no âmbito da RC fase I, no período pós-operatório e a evolução na melhoria da capacidade funcional observada ao longo do internamento.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-11 11:00:00	Furosemida 20mg EV	
2024-11-11 11:00:00	Cloreto de potássio 750mg PO	
2024-11-11 11:00:00	Atorvastatina 40mg PO	
2024-11-11 11:00:00	Brometo de Ipatrópio 20µg 60 MCG Inalação	
2024-11-11 11:00:00	Ticagrelor 90mg PO	
2024-11-11 11:00:00	Bisoprolol 2,5mg PO	
2024-11-11 11:00:00	Insulina humana 100 U.I./ml acção curta	
2024-11-11 11:00:00	Paracetamol 1000mg EV	

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Atorvastatina

A atorvastatina, inibidor da HMG-CoA redutase, reduz a síntese hepática de colesterol e apresenta fundamentação científica robusta no pós-operatório de revascularização miocárdica, sendo recomendação Classe I, nível de evidência A, pelas diretrizes AHA/ACC e ESC (Neumann et al., 2019). Além do seu efeito hipolipemiante principal, os seus efeitos pleiotrópicos incluem propriedades anti-inflamatórias e melhoria da função endotelial, contribuindo para a patência dos enxertos e redução de complicações cardiovasculares (Costa et al., 2016).

A atorvastatina, como outros inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas), interfere potencialmente com a produção de proteínas musculares e o metabolismo energético das células musculares. Este mecanismo fisiopatológico fundamenta a necessidade de vigilância de manifestações como dores musculares, fraqueza ou câibras, que podem indicar miopatia ou, em casos mais graves, rabdomiólise. Durante o programa de reabilitação, é imperativo estar atento a queixas de fadiga incomum durante os exercícios e monitorizar alterações na coloração da urina (escurecimento), esta última potencialmente indicativa de mioglobínúria resultante de lesão muscular significativa (Mancini et al., 2016).

Cloreto de Potássio

O cloreto de potássio, fundamental na estabilidade do ritmo cardíaco e na condução neuromuscular, requer monitorização rigorosa durante programas de reabilitação pós-revascularização miocárdica. Considerando a importância da manutenção de níveis séricos adequados de potássio no período pós-operatório, particularmente para prevenção de arritmias, é necessária vigilância de sinais de desequilíbrio eletrolítico: fraqueza muscular, fadiga e alterações na performance durante exercícios; manifestações de disritmias cardíacas: palpitações, bradicardia ou taquicardia durante as sessões; alterações eletrocardiográficas. Esta vigilância sistemática é particularmente crucial quando há terapêutica concomitante com diuréticos, como a furosemida, que potenciam a eliminação de potássio e aumentam o risco de hipocaliemia, condição que pode precipitar complicações graves durante o esforço físico controlado (Covalski et al., 2021; O'Brien et al., 2024).

Ticagrelor / AAS

Os fármacos antiagregantes são essenciais após revascularização miocárdica. O utente encontra-se sob dupla antiagregação plaquetária, protocolo terapêutico que combina dois mecanismos de ação complementares para prevenção eficaz de eventos trombóticos. O AAS (Ácido Acetilsalicílico) atua como inibidor da ciclooxigenase-1 (COX-1), bloqueando irreversivelmente esta enzima, responsável por catalisar a síntese do tromboxano A2 (TxA2) a partir do ácido araquidónico (Afonso et al., 2016). O TxA2, quando presente, liga-se ao recetor prostaglandina endoperóxido, provocando alterações significativas na conformação plaquetária e aumentando tanto o recrutamento quanto a agregação das plaquetas. Complementarmente, o ticagrelor, uma ciclo-pentil-triazolopirimidina, inibe direta e reversivelmente o recetor P2Y₁₂, proporcionando um efeito antiagregante sinérgico (Afonso et al., 2016). O principal efeito adverso desta associação farmacológica é o risco hemorrágico aumentado, que varia individualmente conforme a reatividade plaquetária e predisposição pessoal. Neste contexto, o EEER desempenha funções cruciais durante o processo de reabilitação cardíaca, nomeadamente: avaliar sistematicamente sinais e sintomas de hemorragia, monitorizar alterações nos SV que possam sugerir perdas hemorrágicas (taquicardia, hipotensão), observar manifestações de hemorragia relacionadas ao esforço físico durante exercícios, adequar de forma individualizada o programa de RC ao risco hemorrágico do utente e desenvolver ações educativas sobre sinais de alerta que requeiram atenção médica imediata.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-11-2024 11:00	Força muscular	
11-11-2024 11:00	Padrão de exercício	
11-11-2024 11:00	Padrão alimentar	
11-11-2024 11:00	Alimentar-se	
11-11-2024 11:00	Vestir-se ou despir-se	
11-11-2024 11:00	Cuidar da higiene pessoal	
11-11-2024 11:00	Sentar-se	
11-11-2024 11:00	Transferir-se	
11-11-2024 11:00	Virar-se	
11-11-2024 11:00	Memória	
11-11-2024 11:00	Emoção	
11-11-2024 11:00	Conservação de energia	
11-11-2024 11:00	Pele e mucosas	
11-11-2024 11:00	Sistema cardiovascular	
11-11-2024 11:00	Sistema respiratório	
11-11-2024 11:00	Sensações somáticas	

Início	Domínios	Fim
11-11-2024 11:00	Equilíbrio dinâmico	
11-11-2024 11:00	Equilíbrio estático	
11-11-2024 11:00	Movimento articular	
11-11-2024 11:00	Consciência	
13-11-2024 11:00	Erguer-se	
13-11-2024 11:00	Andar	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Para evitar redundâncias e otimizar a apresentação, os domínios identificados no Estudo de Caso 1 aplicam-se também ao Estudo de Caso 2, sendo consideradas as especificidades deste segundo caso.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Consciente.

11-11-2024 11:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Consciente.

Força muscular

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Força - contração muscular

11-11-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

11-11-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

11-11-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

11-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

11-11-2024 11:00 - Paresia [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da força muscular

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Força - contração muscular

13-11-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

13-11-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

13-11-2024 11:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

13-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

Movimento articular

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Articulação

11-11-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Extensão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.

11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
11-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
11-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular [Sem horário]

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Articulação
13-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Eversão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.

13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
13-11-2024 11:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total.
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

13-11-2024 11:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Equilíbrio estático

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

11-11-2024 11:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.

11-11-2024 11:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

[Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Assistir no treino do equilíbrio [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Prevenir queda [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Manhã/Tarde] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

Sensações somáticas

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Sem manifestação de dor.

11-11-2024 11:00 - Determinar sinais de dor

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da dor

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Localização da dor

13-11-2024 11:00 - Tórax

13-11-2024 11:00 - Intensidade da dor - sem dor.

Sistema respiratório

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

11-11-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular.

11-11-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico.

11-11-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

11-11-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

11-11-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

11-11-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

11-11-2024 11:00 - Periférico(a): 94 %.

11-11-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-11-2024 11:00 - Não comunica falta de ar.

11-11-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente.

11-11-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

11-11-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

11-11-2024 11:00 - Secreções em pequena quantidade.

11-11-2024 11:00 - Secreções normais.

11-11-2024 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

11-11-2024 11:00 - Percussão do tórax: Ressonância normal, sem submacicez

11-11-2024 11:00 - Inspeção: Incisão esternal mediana com penso cirúrgico seco e íntegro.

11-11-2024 11:00 - Palpação: Expansibilidade torácica ligeiramente diminuída bilateralmente

11-11-2024 11:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

13-11-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

13-11-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

13-11-2024 11:00 - Periférico(a): 97 %.

13-11-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-11-2024 11:00 - Melhorar ventilação [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Executar técnica de reexpansão torácica [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

11-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

13-11-2024 11:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para executar exercícios respiratórios

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios respiratórios

11-11-2024 11:00 - Instruir exercícios respiratórios [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Treinar exercícios respiratórios [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

13-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

13-11-2024 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

13-11-2024 11:00 - Secreções normais [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Secreções em pequena quantidade.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

13-11-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

13-11-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

13-11-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

13-11-2024 11:00 - Periférico(a): 97 %.

13-11-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

13-11-2024 11:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [PIOROU].

13-11-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

13-11-2024 11:00 - Secreções em pequena quantidade.

13-11-2024 11:00 - Secreções normais [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Localização do Pulso

11-11-2024 11:00 - Punho Direita(o)

11-11-2024 11:00 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

11-11-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-11-2024 11:00 - Pulso rítmico.

11-11-2024 11:00 - Pulso simétrico.

11-11-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

11-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

11-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

11-11-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 0 segundos.

11-11-2024 11:00 - Localização da dor

11-11-2024 11:00 - Tórax

11-11-2024 11:00 - Intensidade da dor - sem dor.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Localização do Pulso

13-11-2024 11:00 - Punho Direita(o)

13-11-2024 11:00 - Pulso rítmico.

13-11-2024 11:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-11-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

13-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 131 mmHg.

13-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

13-11-2024 11:00 - Pulso simétrico [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pele e mucosas

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Conservação de energia

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

11-11-2024 11:00 - Intolerância à atividade

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

13-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

11-11-2024 11:00 - Promover autogestão: regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

13-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [PIOROU].

11-11-2024 11:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2024 11:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

[MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Instruir a executar regime de exercício [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Treinar a executar regime de exercício [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar regime de exercício [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Treinar a executar regime de exercício [Manhã/Tarde] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

13-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

13-11-2024 11:00

Emoção

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo.

11-11-2024 11:00 - Sem indícios de euforia.

11-11-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade.

11-11-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação.

11-11-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

11-11-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico .

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Memória

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.
11-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.
11-11-2024 11:00 - Sem desorientação face às pessoas.
11-11-2024 11:00 - Sem desorientação no espaço.
11-11-2024 11:00 - Sem desorientação no tempo.

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução da memória

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da memória [Sem horário]
13-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.
13-11-2024 11:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].
13-11-2024 11:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

Virar-se

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama
11-11-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama
13-11-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical
13-11-2024 11:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas
11-11-2024 11:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas
13-11-2024 11:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de

sentado

11-11-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

11-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Barra de apoio - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

13-11-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

13-11-2024 11:00 - Dispositivo: Barra de apoio - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Obtém objetos para o banho.

11-11-2024 11:00 - Abre a torneira.

11-11-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

11-11-2024 11:00 - Lava a cavidade oral.

11-11-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene.

11-11-2024 11:00 - Capaz de pentear-se

11-11-2024 11:00 - Penteia-se.

11-11-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

11-11-2024 11:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

11-11-2024 11:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

13-11-2024 11:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

13-11-2024 11:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de pentear-se

13-11-2024 11:00 - Penteia-se [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

11-11-2024 11:00 - Assistir no arranjar-se [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Assistir no tomar banho [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Assistir no uso do sanitário [SOS]

11-11-2024 11:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

11-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene

peçoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Capacidade para arranjar-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Capacidade no uso do sanitário

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para arranjar-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para tomar banho

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

11-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [RESOLVIDO]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

13-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [RESOLVIDO]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

13-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no uso do sanitário [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Instruir a arranjar-se [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Treinar a arranjar-se [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho

13-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

11-11-2024 11:00 - Instruir a tomar banho [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Treinar a tomar banho [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Instruir a usar sanitário [SOS]

11-11-2024 11:00 - Treinar uso do sanitário [SOS]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para arranjar-se

[RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para arranjar-se [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Autoeficácia para arranjar-se

13-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Treinar a arranjar-se [Manhã] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Autoeficácia para tomar banho

13-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Treinar a tomar banho [Manhã]

11-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia no uso do sanitário

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia no uso do sanitário [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Treinar uso do sanitário [SOS]

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário]

Vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Escolhe as roupas.

11-11-2024 11:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

11-11-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

11-11-2024 11:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

11-11-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

11-11-2024 11:00 - Abotoa.

11-11-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

11-11-2024 11:00 - Não ata cordões.

11-11-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

11-11-2024 11:00 - Não calça as meias.

11-11-2024 11:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

13-11-2024 11:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

13-11-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

13-11-2024 11:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

13-11-2024 11:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

11-11-2024 11:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 11:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Sem horário] [FIM] 13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

13-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

11-11-2024 11:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde] [FIM]

13-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se [Sem horário]

13-11-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

13-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - facilitadora.

11-11-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem horário]

Andar

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

13-11-2024 11:00 - marcha sem limitações.

Alimentar-se

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

11-11-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

11-11-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

11-11-2024 11:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

11-11-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

11-11-2024 11:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

13-11-2024 11:00

13-11-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

13-11-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

13-11-2024 11:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

13-11-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

13-11-2024 11:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Padrão alimentar

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Número de refeições diárias: 6.

11-11-2024 11:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-11-2024 11:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-11-2024 11:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

11-11-2024 11:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

11-11-2024 11:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-11-2024 11:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

11-11-2024 11:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

11-11-2024 11:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

11-11-2024 11:00 - Autogestão do regime dietético

11-11-2024 11:00 - Promover autogestão: regime dietético

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre regime dietético [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [Sem horário]

Padrão de exercício

11-11-2024 11:00

11-11-2024 11:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

11-11-2024 11:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 3 horas.

11-11-2024 11:00 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

11-11-2024 11:00 - Tempo de exercício físico semanal: 180 Minutos .

11-11-2024 11:00 - Autogestão do regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

11-11-2024 11:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Promover autogestão: regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre regime de exercício [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre exercício físico desaconselhado [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da glicemia [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade

11-11-2024 11:00 - Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade [Sem horário]

11-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

11-11-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e

peso corporal [Sem horário]

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Explicar a importância da modificação do ambiente envolvente no sentido de eliminar obstáculos;
- Instruir que a adequada iluminação dos espaços é essencial para a prevenção de quedas (Marques-Vieira et al., 2017)
- Ensinar sobre o uso de calçado adequado (antiderrapante e fechado), bem como a seleção e adaptação de produtos de apoio apropriados.
- Instruir sobre a importância de utilizar vestuário adequado, evitando peças demasiado compridas ou largas (Marques-Vieira et al., 2017)
- Ensinar família/cuidador sobre os fatores de risco que contribuem para quedas e instruí-los sobre estratégias eficazes para reduzir esses riscos no contexto específico do utente em recuperação cardíaca (Fernandes et al., 2020).

Ensinar sobre conservação de energia

- Ensinar sobre sincronização do padrão respiratório com as fases do movimento, enfatizando que durante exercícios de fortalecimento muscular, a fase de carga/força deve ser coordenada com a fase de expiração no ciclo respiratório (Couto et al., 2021)
- Ensinar que as estratégias de conservação de energia ajudam a realizar as AVD com menor esforço respiratório e físico, reduzindo o cansaço durante as tarefas (OE, 2018)
- Ensinar que, para reduzir a sensação de falta de ar, recomenda-se realizar uma inalação prévia ao momento de esforço, seguida de exalação durante a execução do movimento, privilegiando sempre que possível a posição sentada para a realização das tarefas (Hoeman, 2011).

Avaliar evolução da ventilação

- Realização de inspeção torácica estática e dinâmica (identificação do ritmo e padrão respiratório, avaliação da expansibilidade e verificação da simetria torácica) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Palpação metódica da região traqueal e da estrutura torácica (contemplando faces anterior e posterior do tórax) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Aplicação da técnica percussiva digito-digito nas diferentes regiões do tórax (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Execução de auscultação pulmonar comparativa e sequencial nas faces anterior e posterior da caixa torácica (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Execução de auscultação pulmonar comparativa e sequencial nas faces anterior e posterior da caixa torácica (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Interpretação dos resultados obtidos através de exames complementares de diagnóstico (análise de imagens de TAC torácica, avaliação de radiografia torácica, interpretação de

gasometria arterial) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Treinar equilíbrio dinâmico

- □ Treino de equilíbrio na posição ortostática, inicialmente com apoio em superfície estável e progressão para treino sem apoio: elevação dos calcanhares com apoio sobre os dedos dos pés; elevação das pontas dos pés com apoio sobre os calcanhares; movimentos de abdução e adução dos membros inferiores até à linha média sagital; exercícios de semi-flexão e extensão dos joelhos (1 série de 10 repetições para cada exercício) (Lourenço et. al., 2021)

Instruir exercícios respiratórios

- Instruir dissociação dos tempos respiratórios: promover a consciencialização do padrão ventilatório, orientando o cliente a realizar inspiração por via nasal e expiração por via oral, identificando as diferenças entre ambas as fases do ciclo respiratório (Couto et. al., 2021)
- Instruir exercícios de respiração abdomino-diafragmática profunda: inspiração nasal lenta e uniforme, seguida de expiração com lábios franzidos (Vermelho & Pestana, 2021)
- Instruir técnica do Ciclo Ativo da respiração: o utente deve assumir preferencialmente a posição sentada com os membros inferiores devidamente apoiados e ligeiramente afastados. O EEER instrui o utente a executar inicialmente respiração diafragmática, seguida de ventilação profunda (inspiração ampla por via nasal com pausa inspiratória de aproximadamente 3 segundos, procedendo posteriormente a uma expiração passiva e relaxada). Reitera estes dois procedimentos iniciais e culmina com uma expiração forçada combinada com manobra de tosse (Ordem dos Enfermeiro, 2018)
- Instruir técnica de expiração com lábios semicerrados: instruir o cliente para inspiração nasal lenta e controlada, "como se inalasse o aroma de uma flor", durante uma contagem mental de três segundos, seguida de expiração através dos lábios parcialmente fechados, "como se soprasse suavemente uma vela sem a extinguir", durante uma contagem mental de quatro segundos; Expirar lentamente pela boca para libertar o ar (contar até 4) (Couto et. al., 2021).
- Instruir exercícios de reeducação costal inferior, orientando a pessoa a dirigir a respiração profunda para essa região com apoio manual (do próprio utente ou do EEER), acompanhando os movimentos respiratórios de forma a facilitar a expansão torácica durante a inspiração e auxiliar na expiração, contribuindo assim para a mobilização eficaz do tórax e prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias (Vermelho & Pestana, 2021)
- Instruir quanto ao uso do inspirómetro de incentivo: □ O utente deve estar posicionado em posição sentada ou em posição de Fowler; o equipamento de espirometria deve ser colocado ao nível ocular do indivíduo para otimizar o retorno visual. O procedimento inicia-se com uma expiração completa, seguida da colocação do bocal com selamento labial adequado para prevenir escape aéreo. Subsequentemente, realiza-se uma manobra inspiratória lenta, profunda e sustentada, culminando numa pausa inspiratória mantida durante aproximadamente 3 segundos (Couto et. al., 2021)

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Suspender EF se sinais/sintomas de intolerância ao exercício, incluindo angina e/ou dispneia acentuada (ACSM, 2022)

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Ensinar sobre alternar de forma equilibrada períodos de atividade e descanso, estratégias de conservação de energia, reconhecimento de sinais de fadiga e planeamento das atividades conforme o nível de tolerância individual

Ensinar sobre regime de exercício

- Ensinar sobre a importância e os benefícios da mobilização precoce e do exercício físico no pós-operatório em fase I de Reabilitação Cardíaca, destacando seu papel na prevenção de complicações respiratórias, cardiovasculares e musculoesqueléticas, além de potenciar a capacidade funcional, reduzir o tempo de internamento e facilitar a transição para as fases subsequentes de reabilitação cardíaca (Vermelho & Pestana 2021)
- Ensinar sobre a importância de definir objetivos claros e realistas para o programa de exercício, assegurando que estes sejam personalizados de acordo com o projeto de saúde individual do utente e considerando diversos fatores: capacidade funcional atual, condição clínica, disponibilidade temporal, contexto social e ambiental, e recursos materiais disponíveis (ACSM, 2022)
- Ensinar sobre a estrutura tripartida do treino: aquecimento, condicionamento e arrefecimento/relaxamento (ACSM, 2022)
- Ensinar que deve fazer o aquecimento e arrefecimento adequados para preparar e relaxar os músculos, evitando desta forma lesões (ACSM, 2022)
- Ensinar que a prescrição de exercício segue os princípios do FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão) como elementos fundamentais na estruturação de um programa de exercício adequado (ACSM, 2022)
- Ensinar sobre a abordagem multicomponente no treino, integrando exercícios aeróbios e resistidos, complementados por atividades de equilíbrio, flexibilidade, alongamento e fortalecimento da musculatura respiratória, associados a técnicas de controlo respiratório e conservação energética para reduzir a dispneia (ERS, 2021)

Instruir a tomar banho

- Instruir a usar banco de apoio durante o banho, para reduzir a sobrecarga física e favorecer a conservação de energia

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir que deve priorizar a proteção do esterno, evitando movimentos de abdução excessiva dos ombros, elevação dos braços acima de 90º
- Instruir quanto ao uso de roupas largas, preferencialmente com botões ou zíper frontal;
- Instruir que se recomenda sentar-se para vestir as calças, vestir uma perna de cada vez e só depois levantar-se;
- Instruir a usar calçado sem atacadores

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

- Explicar que a obesidade constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos

FRCV(Novo et al., 2020)

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Ensinar que deve adequar a intensidade do exercício em função da frequência cardíaca e da percepção subjetiva de esforço (António et al., 2010);
- Ensinar que, no domicílio e na ausência de dispositivos para monitorização da frequência cardíaca, deve orientar-se pela percepção subjetiva de esforço (ACSM, 2022)
- Ensinar que, perante dificuldade na articulação da fala durante o exercício, deverá reduzir imediatamente a sua intensidade (Living well with COPD, 2022)

Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

- Ensinar que o EF deve iniciar com um período de aquecimento de cerca de cinco minutos, seguindo-se o período de EF propriamente dito e terminar com alongamentos (Novo et al., 2021)
- Explicar que serão monitorizados criteriosamente dados como FC, PA e percepção subjetiva de esforço (Novo et al., 2021)
- Explicar que o seu feedback através da escala de borg é dado muito importante Ensinar sobre critérios de segurança durante o exercício, destacando a importância de automonitorizar continuamente os sintomas, com particular atenção a sinais de alarme como dor no peito, tonturas ou vertigens, palpitações, cefaleia, dificuldade respiratória acentuada e prolongada, náuseas, vômitos, sudorese, palidez e fraqueza, enfatizando que na presença de qualquer destes sinais ou sintomas deve comunicar e será interrompido o exercício imediatamente (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).

Ensinar sobre exercício físico

- Ensinar que o treino de exercício no pós-operatório de cirurgia cardíaca é uma componente importante na Reabilitação Cardíaca, para melhorar a capacidade funcional, reduzir a morbilidade, promover a recuperação da força muscular, otimizar a função cardiorrespiratória, facilitar o retorno às atividades de vida diárias, prevenir complicações respiratórias associadas à imobilidade, contribuir para o controlo dos fatores de risco cardiovascular, melhorar a qualidade de vida e reduzir a ansiedade relacionada com a recuperação pós-cirúrgica (Almeida et. al., 2020)
- Ensinar que o exercício físico contribui para a prevenção de um conjunto de doenças crónicas não transmissíveis, entre as quais as doenças cérebro-cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Tem ainda impacto positivo a nível cognitivo e de saúde mental (WHO, 2020; WHO, 2022).
- Ensinar sobre treino aeróbio Ensinar exercícios musculoesqueléticos através de dispositivo (cicloergómetro) Couto et. al. 2021; Cordeiro et al., 2024). Explicar que o cicloergómetro é uma modalidade terapêutica aplicada após cirurgia cardíaca que tem um impacto positivo na redução da perda de capacidade funcional (Cordeiro et al., 2024).
- Ensinar marcha estacionária lenta, progredindo para marcha no corredor
- Ensinar sobre treino anaeróbio ; Ensinar que o treino de força muscular admitindo o “princípio da especificidade” tem como objetivo terapêutico ajustar gradualmente as cargas para induzir adaptações funcionais nos músculos, visando a melhoria da capacidade aeróbia e da força muscular periférica (Couto et al., 2021)

- Ensinar que este treino promove o aumento e fortalecimento das massas muscular e óssea, prevenindo a síndrome de desuso muscular associado ao repouso (Novo et al. 2021)
- Ensinar exercícios musculartoarticulares dos membros superiores (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular dos bicíptes: Flexão/extensão do antebraço – sentado com o braço em supinação (Couto et al., 2021) até 90º, respeitando as limitações impostas pela esternotomia mediana e orientando sobre as precauções para proteção da incisão cirúrgica durante o movimento; Fortalecimento muscular dos tricíptes: Flexão/extensão do ombro com mãos entrelaçadas (Vermelho & Pestana, 2021) até 90º, respeitando as limitações impostas pela esternotomia mediana e orientando sobre as precauções para proteção da incisão cirúrgica durante o movimento;
- Ensinar sobre exercícios musculartoarticulares dos membros inferiores (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular dos quadricíptes: Flexão/extensão dos joelhos; levantar da cadeira (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular dos bicíptes femoral: Flexão do joelho em pé (Couto et al., 2021) Fortalecimento muscular do gastrocnémio. Extensão da tibiotársica, com movimento de elevação dos calcanhares mantendo o tronco reto e os joelhos em extensão (Couto et. al., 2021) Abdução/adução alternadamente
- Ensinar sobre o princípio da sobrecarga, que sustenta que a capacidade muscular pode ser incrementada quando exposta a estímulos superiores àqueles habitualmente experienciados, sublinhando que qualquer forma de exercício é preferível à ausência total de atividade física (OE, 2018)
- Ensinar sobre o princípio da especificidade, que estabelece que cada tipologia de exercício produz efeitos específicos em determinados grupos musculares, enfatizando a importância da implementação de programas metodicamente estruturados (OE, 2018)
- Ensinar sobre o princípio da reversibilidade, que evidencia que as vantagens obtidas através do treino só se conservam mediante a sua continuidade, adaptando-se às particularidades de cada pessoa, visando a sua manutenção de modo adequadamente supervisionado e reajustado conforme a evolução individual, tendo em consideração possíveis exacerbações (OE, 2018)
- Ensinar sobre o princípio da individualidade, que advoga que o treino deve ser individualizado, respeitando as competências e limitações próprias de cada pessoa, e que a prescrição de exercício mais apropriada é aquela direcionada para a transformação comportamental, defendendo que a arte da prescrição reside na eficaz conjugação do conhecimento científico com técnicas comportamentais, resultando numa adesão prolongada ao programa e consequentes melhorias na saúde (OE, 2018)

Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

- Ensinar que exercícios de membros superiores que causem tensão no esterno devem ser evitados, devido á esternotomia recente (Almeida, Carneiro e Novo (2020).
- Ensinar que se recomenda uma amplitude de movimento que não passe os 90º quer seja em flexão do braço ou em abdução. (Almeida et al., 2020)
- Ensinar sobre a necessidade de evitar rotações do tronco que causem torção esternal
- Ensinar sobre os perigos dos exercícios que produzam pressão direta sobre o esterno
- Ensinar sobre os riscos de movimentos bruscos dos membros superiores

- Ensinar sobre a restrição de levantamento de pesos superiores a 2-4 kg com os membros superiores (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).
- Ensinar sobre a contra-indicação de atividades que envolvam tração ou empurrar com os braços sob resistência (The Society of Thoracic Surgeons, 2019).

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Ensinar sobre a interpretação e aplicação da escala de Borg modificada como instrumento de automonitorização durante a prática de exercício físico, explicando que a intensidade será regulada através da percepção subjetiva de esforço (Ordem dos Enfermeiros, 2016)
- Ensinar que a avaliação será sistemática durante as sessões de treino com recurso à monitorização de parâmetros objetivos (FC, TA, SpO2, traçado ECG), enfatizando a importância do feedback subjetivo do utente através da escala de Borg como componente complementar e essencial para a adequação individualizada do exercício (Almeida et. al., 2020)
- Ensinar sobre a utilização do Teste da Fala (Talk Test) como método complementar para monitorizar a intensidade do exercício, explicando que durante a atividade física deve conseguir manter uma conversa; caso sinta dificuldade pronunciada em falar, deve reduzir imediatamente a intensidade do esforço (Reed & Pipe, 2014; Menezes et al., 2023)

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da glicemia

- Explicar que a diabetes mellitus constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos FRCV (Novo et al., 2020)

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

- Explicar que a hipertensão constitui um FRCV modificável e que o exercício físico representa uma das principais estratégias para a prevenção e estabilização de diversos FRCV (Novo et al., 2020)

Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

- Explicar ao doente que um dos maiores benefícios do exercício é a melhoria da capacidade funcional (Delgado et al., 2020) e consequentemente da tolerância à atividade

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Avaliar de modo sistemático e rigoroso os parâmetros cardiovasculares durante o processo de reabilitação, garantindo que a variabilidade da FC se mantém dentro do intervalo terapêutico preconizado (20-30 bpm acima dos valores de repouso) em utentes com ritmo sinusal preservado (Novo et al., 2020)
- Avaliar presença de arritmias ventriculares ou auriculares significativas com ou sem sinais/sintomas associados, durante o EF (ACSM, 2022)

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar pressão arterial sistólica - se diminuição de 10mmHg com incremento da carga de trabalho, suspende EF (ACSM, 2022)

Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício

- Avaliar a percepção subjetiva de esforço, com Utilização da Escala de Borg Modificada e o aumento gradual na intensidade tolerada e facilidade na execução técnica dos exercícios prescritos, com base na determinação personalizada dos parâmetros FITT-VP adaptados ao utente (Novo et.al.,2020)

Avaliar evolução da autoeficácia para executar regime de exercício

- Utilização da Escala de Borg Modificada como instrumento de avaliação da percepção subjetiva de esforço, mantendo os valores dentro dos parâmetros adequados (inferior a 6 pontos em repouso, e entre 4 a 5 pontos durante a realização de atividade física)
- Determinação personalizada dos parâmetros FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo) adaptados aos valores-padrão estabelecidos para cada utente (Novo et.al.,2020)

Treinar a executar regime de exercício

- Para operacionalizar esta intervenção, foi desenvolvido um plano progressivo de exercícios, estruturado em 5 dias e organizado segundo os princípios do FITT-VP, respeitando as limitações impostas pela esternotomia e adaptando-se à evolução clínica do utente (O esquema encontra-se detalhado na síntese do caso)
- Determinação personalizada dos parâmetros FITT (Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo) adaptados aos valores-padrão estabelecidos para cada utente (Novo et.al.,2020)

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a evolução da força muscular em todos os segmentos corporais com recurso à Escala de Avaliação de Força Muscular - Medical Research Council

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar evolução da consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular / resposta verbal / resposta motora)

4.8. Síntese relativa ao caso

A implementação do programa de RC fase I, com ênfase no EF progressivo, demonstrou resultados particularmente favoráveis no segundo caso clínico. O utente em estudo, apresentou uma resposta notavelmente positiva às intervenções definidas.

Ao iniciar o acompanhamento especializado no terceiro dia pós-operatório, verificou-se que o utente já havia beneficiado de intervenções iniciais por parte do EEER do serviço, tendo já realizado o primeiro levante e iniciado deambulação supervisionada. Dois fatores que potencialmente contribuíram para esta evolução inicial favorável: o seu padrão de atividade física regular pré-morbilidade, mantendo caminhadas diárias de 30 minutos, e a sua participação prévia em RC durante o período de internamento na cardiologia enquanto aguardava a cirurgia.

A familiaridade prévia com o contexto de RC revelou-se particularmente vantajosa, pois o utente demonstrou compreensão imediata dos exercícios propostos e dos seus objetivos terapêuticos. Esta experiência anterior facilitou a progressão do programa, uma vez que reconhecia a maioria dos exercícios, exigindo menor tempo de instrução e permitindo maior foco na execução técnica e na intensidade adequada.

A partir do terceiro dia, a intervenção especializada de ER centrou-se no progresso do programa de EF e na capacitação para as AVD. Foi fundamental trabalhar exercícios de equilíbrio, uma vez que o utente apresentava compromisso do equilíbrio dinâmico, manifestado por instabilidade ao rodar sobre si próprio. Esta componente tornou-se prioritária para garantir a segurança e autonomia nas transferências e deslocações. A intervenção estendeu-se também às atividades que exigiam mobilização do tronco superior, como a higiene dos membros inferiores e o vestir calças e meias, áreas que apresentavam maior dificuldade devido às restrições impostas pela esternotomia. Foram implementados ensinamentos específicos sobre técnicas de adaptação para minimizar a tensão na região esternal, observando-se uma rápida assimilação e implementação das estratégias propostas.

O programa de EF foi implementado com progressão metódica e individualizada. O utente apresentou boa tolerância aos exercícios respiratórios e de mobilidade ativa, possibilitando uma intensificação gradual do programa com incrementos diários na intensidade e complexidade dos exercícios. A sua condição física basal, mantida pelas caminhadas diárias, contribuiu para esta resposta favorável ao esforço progressivo. A progressão foi monitorizada através da percepção subjetiva de esforço, sinais vitais e observação clínica, permitindo ajustes contínuos para otimização dos resultados. A figura seguinte ilustra a prescrição do plano de EF para este utente:

Componente	Especificação
F - Frequência	1-2 vezes por dia
I - Intensidade	Borg modificada <5, monitorização da variação da FC em relação ao repouso
T - Tempo	25-35 minutos por sessão
T - Tipo	Exercícios respiratórios, exercícios aeróbios, anaeróbios, exercícios de equilíbrio estático/dinâmico
V - Volume	Aumento no nº de séries e de repetições (de acordo com tolerância - Borg modificada <5)
P - Progressão	Diária, respeitando as limitações impostas pela esternotomia e adaptando-se à evolução clínica do utente

Figura 8: Parâmetros FITT-VP definidos para o utente em estudo;

O internamento prosseguiu com melhorias consistentes, verificando-se ganhos significativos na autonomia funcional e capacidade de exercício. O nível de independência funcional na alta hospitalar foi considerável, demonstrando a eficácia das intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação na fase I.

A progressão do utente em termos de EF ao longo do restante internamento é ilustrada pela figura seguinte:

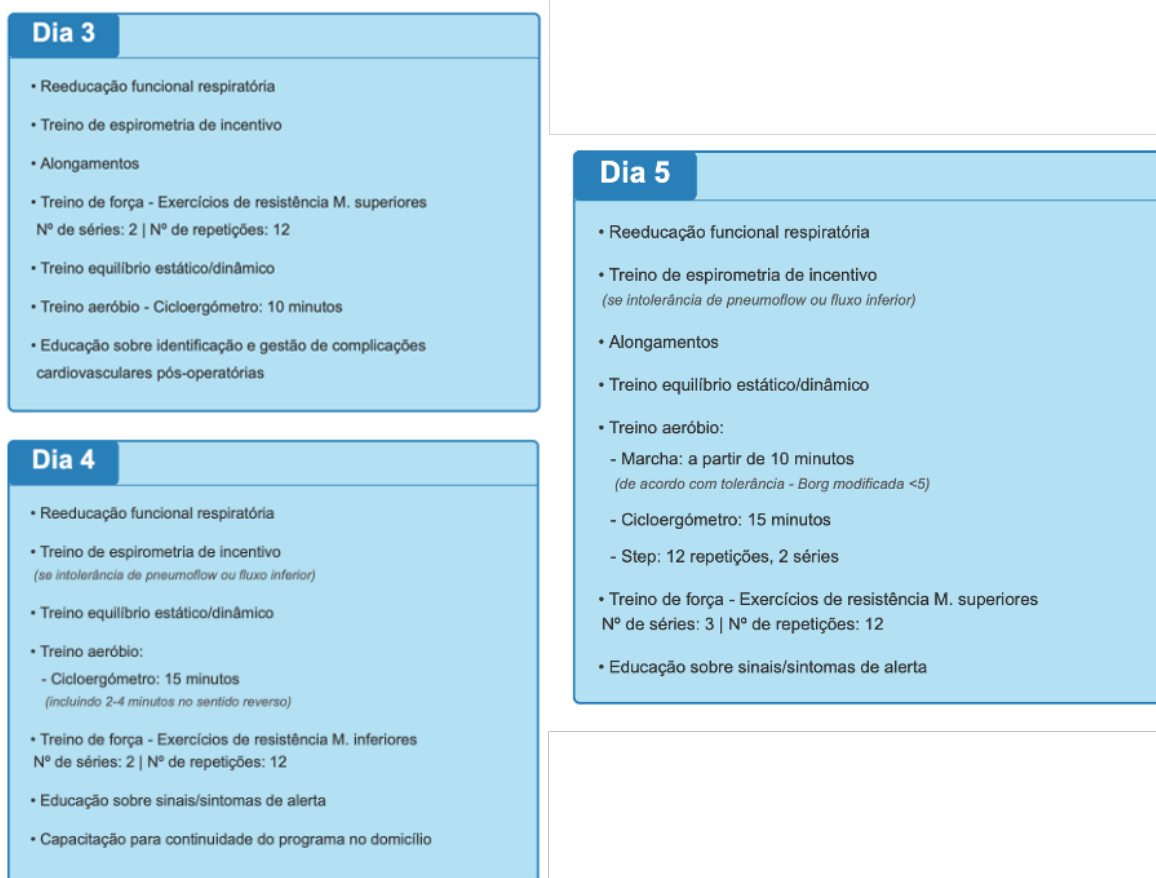


Figura 9: Progressão do plano de exercício físico do utente em estudo; **Fonte:** Inspirado no programa RE(H)ABILITY4LIFE desenvolvido no Serviço de Cirurgia Cardiorácica, ULS Coimbra.

Esta evolução favorável evidencia a importância do programa estruturado de reabilitação cardíaca fase I, com ênfase no exercício físico adaptado, como componente fundamental na recuperação pós-revascularização miocárdica. Adicionalmente, o caso ilustra como fatores como a condição física prévia e a exposição anterior a programas de reabilitação podem potenciar os resultados das intervenções especializadas, reforçando o papel determinante do EEER na implementação, monitorização e progressão individualizada do programa de EF durante esta fase crucial da recuperação.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise crítica e reflexiva das aprendizagens adquiridas e consolidadas durante o Estágio de Natureza Profissional, as quais viabilizaram o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação e das Competências de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

O termo competência é amplamente utilizado em diversas áreas do conhecimento, incluindo a Enfermagem, onde assume particular relevância na definição do exercício profissional e no desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Trata-se de um processo dinâmico, adaptativo e em constante evolução, que se manifesta na transposição dos saberes teóricos para a prática, face às exigências e adversidades do quotidiano. Não constitui um atributo estático nem se limita à aquisição de conhecimentos teóricos. O conceito de competência encerra em si a excelência da prática profissional, a validade e a profundidade dos conhecimentos, bem como a capacidade de os aplicar de forma eficaz num domínio específico (Rodrigues, A. C., 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) define o domínio de competência como uma esfera de atuação que integra um conjunto de competências essenciais ao exercício profissional. No caso do enfermeiro especialista, estas competências encontram-se organizadas em competências comuns, transversais a todas as especialidades, e competências específicas, inerentes à área de especialização.

A Ordem dos Enfermeiros (2019, p. 4744) enfatiza a crescente complexidade dos cuidados de enfermagem e a necessidade de especialização dos profissionais, afirmando que "os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde".

O Enfermeiro Especialista (EE) caracteriza-se assim pela posse de um conjunto de competências e conhecimentos aprofundados numa área específica do saber, os quais são integrados e aplicados na prática clínica. A sua atuação distingue-se pela capacidade de articular o conhecimento científico com a experiência clínica, garantindo a prestação de cuidados de excelência. Para tal, recorre ao julgamento clínico fundamentado e à tomada de decisão informada, assegurando intervenções adequadas às necessidades da pessoa e promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Deste modo, as competências anteriormente mencionadas estruturam os subcapítulos que se

seguem, nos quais se apresenta uma análise reflexiva e fundamentada das atividades significativas para o processo de aprendizagem e das competências desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio.

A reflexão tem como principais referências normativas o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (n.º 392/2019).

Assim, nos subcapítulos seguintes, descreve-se a relação entre as competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem e o objetivo geral de identificar os benefícios decorrentes da implementação de um programa de RC fase I individualizado, destinado a melhorar a capacidade funcional dos utentes submetidos a cirurgia cardíaca no pós-operatório.

O Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns como aquelas que são transversais a todos os EE, independentemente da respetiva área de especialização. Estas são caracterizadas pela "elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados" e pelo "suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Destas competências destacam-se quatro domínios fundamentais das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que estruturam a prática especializada e garantem a uniformidade na prestação de cuidados de enfermagem avançados (Regulamento nº140/2019):

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade
- Gestão dos cuidados
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Estes serão analisados separadamente, de forma a proporcionar uma compreensão mais clara e estruturada do percurso desenvolvido ao longo da prática clínica e do processo de aquisição de competências.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um fundamento essencial da enfermagem. Trata-se de uma competência nuclear, cuja aquisição se afigura imprescindível desde as fases iniciais da formação do enfermeiro, assegurando uma prática profissional em conformidade com os princípios deontológicos da profissão.

A deontologia profissional consubstancia-se num conjunto de princípios, normas e deveres éticos e legais que regulamentam o exercício da profissão. Estas normas encontram-se intrinsecamente associadas ao respeito pelos valores e princípios vigentes, constituindo o alicerce que norteia a prática profissional e assegura a qualidade, segurança e dignidade nos

cuidados prestados.

O Código Deontológico do Enfermeiro estabelece o conjunto de deveres e responsabilidades inerentes ao exercício da enfermagem. Este código fundamenta-se nos direitos dos cidadãos e comunidades que recebem cuidados, bem como nas obrigações éticas e profissionais, promovendo uma prática de excelência assente no respeito pela dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A implementação de práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais é essencial para garantir cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio, a prestação de cuidados foi orientada por princípios éticos, valores e normas deontológicas, visando salvaguardar os direitos humanos e preservar a dignidade da pessoa. As intervenções efetuadas pautaram-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro e pelas normativas do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, assegurando o cumprimento dos padrões de qualidade e das diretrizes institucionais das Unidades Locais de Saúde (ULS). A aplicação destes princípios não só garantiu o respeito pelos direitos dos utentes, como também consolidou a identidade profissional enquanto Enfermeiro Especialista, reforçando a sua importância na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados prestados.

O respeito pela autonomia do utente foi um princípio central na prática clínica, refletindo-se na elaboração dos planos de cuidados, sempre alinhados com as suas necessidades, preferências individuais e objetivos de saúde. A promoção da participação ativa no processo de reabilitação foi uma prioridade, assegurando um modelo de cuidado centrado na pessoa. Contudo, esse envolvimento nem sempre ocorreu de forma imediata, exigindo estratégias de comunicação eficazes para esclarecer dúvidas, reduzir incertezas e reforçar a adesão ao plano terapêutico. Para garantir que as decisões do utente fossem respeitadas e fundamentadas, tornou-se essencial disponibilizar informação clara, acessível e baseada na evidência, permitindo que cada utente assumisse um papel ativo e informado no seu processo de cuidados. Nesse sentido, a implementação de estratégias educativas revelou-se indispensável para capacitar os utentes quanto à sua condição clínica e aos cuidados necessários, favorecendo uma tomada de decisão consciente e fortalecendo o princípio da autonomia na reabilitação. O consentimento informado foi uma prioridade em todas as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, garantindo que o utente compreendesse e participasse ativamente no seu processo de recuperação. Considerando o princípio da não maleficência, a prevenção do dano e a gestão do risco constituíram pilares fundamentais da prática clínica durante o estágio. Revelou-se essencial identificar práticas de cuidado que pudessem comprometer a segurança, a privacidade, intimidade e a dignidade dos utentes, assegurando uma abordagem ética e centrada na pessoa. A vigilância rigorosa das condições dos utentes, a identificação de riscos e a implementação de protocolos de segurança foram essenciais para garantir a integridade física e psicológica dos utentes. Para garantir a preservação da privacidade, recorreu-se, sempre que possível, a espaços reservados ou a recursos físicos adequados. Adicionalmente, reforçou-se a importância

de estratégias comunicacionais discretas, garantindo a confidencialidade da informação durante os momentos de reabilitação, promovendo um ambiente seguro e respeitador. O princípio da justiça foi assegurado através de uma abordagem inclusiva e equitativa, garantindo que todos os utentes recebessem cuidados ajustados às suas necessidades. Durante o estágio, este princípio refletiu-se na individualização dos cuidados, considerando não apenas os fatores clínicos, mas também as condições socioeconómicas e familiares dos utentes, promovendo um cuidado mais holístico e humanizado.

O EE exerce um papel facilitador na equipa multidisciplinar, assumindo funções essenciais na articulação e coordenação dos cuidados prestados. Ademais, constitui um recurso fundamental para a equipa de enfermagem, promovendo a partilha de conhecimentos especializados e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da eficiência dos cuidados.

Tais aspetos foram evidenciados em diversos momentos dos ensinamentos clínicos, onde a perícia do EEER se revelou determinante para a tomada de decisão e para a implementação de estratégias. Nesse contexto, as intervenções foram sempre articuladas com a equipa de enfermagem e com os restantes membros da equipa multidisciplinar, permitindo uma abordagem integrada e holística.

A partilha de conhecimentos sobre cada utente a proposta de intervenções e o debate fundamentado na evidência científica permitiram assumir um carácter consultivo no processo de decisão clínica, garantindo a continuidade e a coerência dos cuidados de reabilitação. Além disso, o conhecimento da dinâmica organizacional e da estrutura física dos contextos de estágio revelou-se crucial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo um alinhamento mais eficaz com os princípios da Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, procurou-se fomentar um espírito crítico e reflexivo, promovendo a discussão e a fundamentação das decisões clínicas por meio do diálogo contínuo com os enfermeiros tutores e outros profissionais de saúde. Essa abordagem propiciou a análise conjunta das necessidades dos utentes, possibilitando a elaboração de planos de cuidados individualizados e ajustados à realidade clínica de cada utente.

A integração do raciocínio clínico com a prática especializada evidenciou a importância da avaliação contínua e da atualização teórica, garantindo uma prática profissional segura e competente. Este percurso foi sustentado por um sólido corpo de conhecimento técnico-científico e pelo compromisso com a prática baseada na evidência.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

A enfermagem enquanto profissão exige a apropriação de conhecimentos e competências, por parte dos enfermeiros. A prática profissional assenta na centralidade da pessoa, garantindo uma abordagem holística e humanizada (Vasconcelos, 2021). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, atribui ao EE, entre

outras dimensões, a responsabilidade de interpretar, disseminar e aplicar investigação relevante, promovendo o desenvolvimento da prática profissional com base na evidência científica. Neste contexto, a melhoria contínua da qualidade emerge como um pilar central da atuação do EE, garantindo que a prestação de cuidados de saúde se mantenha alinhada com os padrões de excelência. A implementação de práticas baseadas na evidência, a avaliação crítica das intervenções e a promoção de um ambiente organizacional voltado para a qualidade são componentes essenciais deste domínio. Durante o estágio, foi possível experienciar e participar em processos de tomada de decisão, fundamentais para garantir a qualidade e segurança na prestação de cuidados. Destacam-se, entre esses processos, momentos formais e informais de transmissão de informação entre a equipa, a participação nas passagens de turno e visitas médicas, onde eram discutidas as diferentes situações clínicas e possibilidades de intervenção, promovendo uma abordagem interdisciplinar e colaborativa. A realização de registos diários informatizados, integrados no processo de enfermagem, foram indispensáveis para assegurar a continuidade e coerência dos cuidados prestados. Embora a participação direta no projeto de melhoria da qualidade, implementado no serviço de ortopedia, não tenha ocorrido, foi possível reconhecer o impacto positivo desta iniciativa e a forma como os EEER se articulam para contribuir ativamente para este domínio. A colaboração destes profissionais na conceção e implementação de estratégias inovadoras demonstra o seu papel na promoção de cuidados diferenciados e orientados para uma reabilitação eficaz e sustentável, reforçando a importância da qualidade, segurança e personalização dos cuidados no percurso de reabilitação dos utentes.

Ao refletir sobre os indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos serviços, comparativamente ao regulamento dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), evidencia-se uma clara dicotomia. O projeto implementado no serviço de ortopedia por exemplo, alinha-se naturalmente com os enunciados descritivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), nomeadamente na satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados. Contudo, verifica-se que a tradução destes padrões em indicadores mensuráveis e sistematicamente monitorizados ainda constitui um desafio na prática clínica. Enquanto a OE estabelece claramente indicadores de estrutura, processo e resultado, bem como indicadores epidemiológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2001) a sua operacionalização nos contextos reais de prestação de cuidados nem sempre é evidente. Esta realidade aponta para a necessidade de desenvolver sistemas de informação em enfermagem que permitam documentar de forma sistemática os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, contribuindo assim para a visibilidade e reconhecimento do papel diferenciador destes profissionais nas equipas multidisciplinares.

Domínio da Gestão de cuidados

O EE participa na gestão dos cuidados, visando a otimização da eficácia da sua equipa e fomentando uma integração colaborativa no seio dos restantes profissionais de saúde. Gere os

cuidados de saúde, aprimorando as respostas de enfermagem e das restantes equipas, garantindo a segurança e a excelência na execução das tarefas delegadas. Ajusta os recursos conforme as necessidades, identificando o estilo de liderança mais apropriado para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. (Regulamento nº 140/2019).

O EE evidencia elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, os quais se refletem num conjunto de competências especializadas associadas a uma área de intervenção específica. Neste contexto, o desenvolvimento de competências de orientação e liderança revela-se essencial para a otimização dos cuidados prestados (Pires et al., 2023). O exercício da liderança em enfermagem exerce uma influência significativa na organização do trabalho em saúde, concretizando-se na interação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, com um foco central na prestação de cuidados à pessoa e à sua família (Moraes et al., 2021). Pires et al., 2023, refere ainda que a prática de enfermagem especializada aumenta a perceção das competências de autoliderança de um enfermeiro. Deste modo, a relação que os EEER promovem com a restante equipa multidisciplinar através da liderança é crucial para a gestão de cuidados. A liderança assume um papel determinante, uma vez que a capacidade de comunicar de forma assertiva, gerir conflitos e demonstrar iniciativa são competências essenciais para a otimização dos cuidados e para a coordenação eficaz da equipa. O domínio da gestão dos cuidados está ainda intrinsecamente associado ao cumprimento dos padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem, tanto gerais como especializados. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, definidos pela OE (2018), constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados, servindo como referencial para a reflexão sobre a prática especializada. Estes padrões funcionam como guia orientador para a definição de indicadores e para a avaliação da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados.

Em conformidade, este domínio abrange um conjunto de competências de elevada complexidade, cuja aquisição requer um percurso progressivo de aprendizagem e aperfeiçoamento, frequentemente sustentado na perícia desenvolvida através da experiência prática na área de especialidade. Durante os estágios, participou-se em momentos de discussão e reflexão multidisciplinar, o que permitiu compreender os diversos fatores que influenciam a tomada de decisão em enfermagem. Com a orientação dos enfermeiros tutores, foram analisados os dados e critérios utilizados na fundamentação das decisões clínicas e organizacionais. Dessa forma, o domínio foi aprofundado, permitindo a aplicação de princípios de planeamento, coordenação e supervisão, essenciais para otimizar a resposta às necessidades identificadas e assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Contudo, considerando a fase inicial de desenvolvimento desta competência, constata-se que ainda há muito para evoluir. A consolidação das habilidades específicas encontra-se num processo contínuo de aprimoramento, devendo ser progressivamente fortalecida ao longo da carreira profissional, de modo a permitir um exercício cada vez mais diferenciado e

especializado na gestão dos cuidados.

Importa referir que a comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem é a base para a gestão eficiente do tempo e dos recursos disponíveis. Esta concretiza-se através das passagens de turno estruturadas, registos de enfermagem detalhados e reuniões multidisciplinares, garantindo a continuidade dos cuidados e a atualização de informação relevante sobre cada utente. A articulação sistemática entre enfermeiros de cuidados gerais e EE, permite priorizar intervenções conforme necessidades identificadas, otimizar a utilização de equipamentos e evitar duplicação de procedimentos. Esta metodologia de trabalho resulta em respostas mais céleres às alterações clínicas dos utentes, maior segurança nos cuidados prestados e melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis no serviço.

Observou-se, igualmente, o papel do EE, nomeadamente o EEER, na distribuição e alocação das pessoas alvo de cuidados aos enfermeiros de cuidados gerais analisando o método utilizado e refletindo sobre a sua eficácia na organização dos cuidados. Adicionalmente, acompanhou-se a atuação do EE na gestão dos recursos materiais, garantindo a sua adequada alocação para suprir as necessidades do serviço e assegurar a continuidade da assistência.

Na cirurgia cardiotorácica, constatou-se a importância da colaboração multidisciplinar na recuperação pós-cirúrgica do utente. O serviço apresenta particularidades na gestão dos cuidados, estando distribuído por dois andares distintos, sendo o trabalho rotativo entre fisioterapeutas e a equipa da EEER, conforme referido no capítulo sobre a caracterização dos locais de estágio. Este modelo organizacional exige uma comunicação eficaz e debates interprofissionais que garantam a continuidade e a coerência dos cuidados de reabilitação. A articulação entre enfermeiros, fisioterapeutas e médicos revelou-se essencial para otimizar os cuidados prestados, promovendo uma recuperação mais eficaz e segura. O EEER constituía o elemento central na promoção dessa articulação.

No serviço de ortopedia, a elevada carga de trabalho exigiu uma gestão criteriosa dos cuidados, com 26 utentes atribuídos mais utentes em maca se existissem, para um EEER durante um turno de 12 horas. A duração prolongada do turno permitiu uma maior continuidade dos cuidados, facilitando a resposta a um maior número de situações e assegurando cuidados de reabilitação individualizados, com o envolvimento das suas famílias. No entanto, apesar desta organização de horário, foi necessário priorizar intervenções e atualizar continuamente os planos de cuidados, garantindo que as necessidades mais urgentes fossem atendidas de forma eficaz.

Os estágios demonstraram que a competência do Enfermeiro Especialista vai além do domínio técnico, abrangendo a capacidade de articulação entre diferentes áreas de especialização. Através da colaboração interprofissional, é possível assegurar cuidados de reabilitação integrados e personalizados, ajustados às necessidades individuais dos utentes, promovendo uma recuperação mais eficaz e holística.

Em suma, foi constatado, de forma transversal, que a liderança do EEER na gestão dos cuidados revela-se determinante para assegurar a eficácia das intervenções, otimizar os recursos e promover a segurança dos utentes e da equipa. A experiência acumulada nestes estágios evidenciou a necessidade de um EEER proativo e dinâmico, apto a tomar decisões fundamentadas, a fomentar a colaboração interprofissional e a ajustar as estratégias de intervenção em função das necessidades identificadas.

Os estágios contribuíram para o desenvolvimento dessas competências, evidenciando a importância de uma abordagem sistemática e reflexiva na prática do enfermeiro especialista.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que concerne ao Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 estabelece que o EE deve fomentar o autoconhecimento e a assertividade, assegurando que a sua prática clínica especializada se fundamenta na evidência científica mais recente. O referido regulamento refere e enfatiza ainda que o EE fundamenta as suas decisões e intervenções no conhecimento mais atualizado, assumindo o papel de facilitador da aprendizagem e de participante ativo na pesquisa. Neste sentido, Teixeira, (2021) reforça esta perspetiva, referindo que a ligação entre a prática de enfermagem e a qualidade dos resultados é inconfundível, mas está dependente do uso da evidência na prática.

A formação especializada em Enfermagem desempenha um papel estratégico na qualificação dos recursos humanos, permitindo a otimização dos cuidados de saúde e a adaptação dos profissionais às exigências do sistema de saúde em Portugal. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação assume particular relevância, ao potenciar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências essenciais, capacitando os enfermeiros a responder de forma eficaz aos principais desafios da saúde contemporânea (Padilha et al., 2021).

A Enfermagem constitui, simultaneamente, uma disciplina e uma prática alicerçada na investigação, o que possibilita a expansão contínua do conhecimento científico. Essa investigação promove o desenvolvimento de um pensamento crítico, analítico e reflexivo, permitindo a elaboração de teorias, a facilitação da tomada de decisão e a resolução de problemas, além de contribuir para a constante atualização e aperfeiçoamento do saber em Enfermagem (Nunes & Poeira, 2021). Na disciplina de Enfermagem, esta prática reflexiva revela-se fundamental para a aprendizagem, constituindo uma competência cognitiva que exige um esforço deliberado para analisar situações, tendo em conta as crenças, os valores e as práticas individuais. Este processo permite ao enfermeiro aprender com as experiências, integrar o conhecimento adquirido na melhoria dos resultados do atendimento aos utentes e fomentar o desenvolvimento do saber em Enfermagem (Patel & Metersky, 2022).

A reflexão sobre a prática foi constante ao longo do percurso clínico, permitindo análises críticas das experiências vivenciadas, interpretadas com base na evidência científica mais recente. Esse

processo contínuo favoreceu a identificação de melhorias e a otimização dos cuidados em contextos futuros, contribuindo para o aprimoramento das práticas profissionais e a consolidação de uma atuação com foco na excelência e qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento desta competência foi igualmente sustentado pelas aprendizagens adquiridas na componente teórica do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), as quais foram posteriormente aplicadas na prática clínica. A necessidade de aprofundamento de conhecimentos tornou-se evidente ao longo dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente no que se refere a técnicas, procedimentos e equipamentos específicos, garantindo uma prática sustentada. Ao longo de todo o ensino clínico, foi adotada uma abordagem autónoma na busca de conhecimento e na autoaprendizagem, apoiada em diferentes fontes científicas, com o objetivo de consolidar uma prática baseada na evidência e fomentar o desenvolvimento contínuo de competências especializadas. Paralelamente, manteve-se uma atitude proativa, evidenciada na solicitação de orientação aos enfermeiros de referência e na capacidade de transpor o conhecimento adquirido para os diferentes contextos clínicos.

A reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas nas componentes práticas, bem como a elaboração dos estudos de caso baseados no CARE (Case Report Guidelines) (Riley et al., 2017), evidencia um trabalho de investigação aprofundado, sustentado por uma revisão abrangente da literatura na área em estudo, respondendo assim ao desenvolvimento desta competência.

Importa destacar que a reflexão sobre o autoconhecimento e a assertividade constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento de competências essenciais. Em contexto de conciliação de um projeto de Mestrado com a prática profissional e a vida pessoal, torna-se necessário adquirir novas habilidades na gestão do tempo, das emoções e das relações interpessoais. À luz da teoria das transições de Meleis, este processo de transformação revela-se como uma etapa crucial, impulsionando um crescimento significativo tanto a nível pessoal como profissional, enquanto promove o fortalecimento da autoconsciência e da autoestima.

Essa transformação refletiu-se também na abordagem dos cuidados prestados ao utente, pois, tal como na transição para o papel de EEER, os utentes enfrentam desafios no seu processo de reabilitação. Compreender esta realidade evidenciou a importância de estabelecer objetivos realistas e alcançáveis, favorecendo intervenções mais eficazes e adaptadas às necessidades individuais. Assim, o percurso de desenvolvimento pessoal e profissional contribuiu para consolidar uma prática clínica mais empática, assertiva e centrada no utente, traduzindo-se numa prestação de cuidados mais humanizada e consciente.

Este processo de desenvolvimento profissional foi enriquecido pela integração no grupo responsável pela elaboração do trabalho intitulado "Contributo do Enfermeiro de Reabilitação na Transição de Cuidados do Utente Submetido à Artroplastia Total da Anca", apresentado no III

Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Esta participação permitiu o aprofundamento da pesquisa em áreas específicas do conhecimento, recorrendo à evidência científica. A investigação foi operacionalizada mediante a execução de revisões narrativas da literatura, fortalecendo, assim, a capacidade da estudante para desenvolver este tipo de estudo ao longo do processo.

Ademais, a diversidade dos contextos clínicos contribuiu para a consolidação e ampliação das competências técnicas, relacionais e reflexivas, fundamentais para a prestação de cuidados especializados, alicerçados na melhor evidência disponível. Neste âmbito, o papel do Enfermeiro Especialista perspetiva-se como elemento catalisador da formação em serviço, identificando necessidades formativas da equipa, planeando e implementando sessões formativas adequadas à realidade e aos recursos existentes. Este papel formativo estende-se também à orientação individualizada em contexto prático, partilha de conhecimentos científicos atualizados e promoção da prática reflexiva entre os profissionais, o que tornam o EE uma referência na equipa.

Quanto à avaliação do impacto da formação, esta traduz-se pela melhoria das práticas observadas, o aumento da segurança e qualidade dos cuidados, a diminuição de eventos adversos e o incremento da satisfação dos utentes. Esta avaliação permite ajustar estratégias formativas, garantir a transferência efetiva do conhecimento para a prática clínica e demonstrar o valor acrescentado da formação para a instituição e para a melhoria dos resultados em saúde.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Em conformidade com a análise reflexiva previamente realizada sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) define um conjunto de competências clínicas especializadas, fundamentais para o exercício diferenciado desta especialidade.

Decorrente da adaptação da resposta dos EEER às necessidades emergentes dos cuidados especializados, do desenvolvimento contínuo do conhecimento científico e da necessidade de integrar novas evidências na prática clínica, tornou-se essencial especificar essas competências, considerando tanto o alvo da intervenção como o contexto em que esta ocorre (Gaspar et al., 2021). A Enfermagem de Reabilitação na sua excelência traduz-se em benefícios significativos para a saúde, independentemente do contexto clínico, seja através da prevenção de incapacidades, da otimização das capacidades remanescentes ou da promoção da autonomia do utente (Gaspar et al., 2021). Dessa forma, torna-se evidente que o EEER tem como foco de intervenção a pessoa, independentemente da fase do ciclo vital em que se encontre, considerando as necessidades especiais que apresenta e o contexto específico em que está inserida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em conformidade, o regulamento n.º 392/2019, refere que as competências específicas do EEER consistem em: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Por forma a garantir uma abordagem mais clara e sistemática, considerou-se a organização com base nas três competências estabelecidas no documento regulador. Assim, proceder-se-á a uma análise e reflexão aprofundadas sobre o processo de aquisição dessas unidades de competência ao longo dos estágios, destacando a sua importância para a prática da Enfermagem de Reabilitação e para o desenvolvimento contínuo de competências ao longo do percurso de aprendizagem.

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

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, uma das competências específicas do EEER consiste em reconhecer as necessidades de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação para pessoas de todas as idades que, devido à sua condição de saúde, deficiência, limitações na atividade ou restrições na participação, estejam temporária ou permanentemente impedidas de realizar autonomamente as suas atividades básicas.

Padilha et al. (2021) fortalecem esta perspetiva ao destacarem que as pessoas com deficiência consideram tanto a reabilitação quanto a intervenção dos EEER fundamentais na reeducação das funções corporais e das atividades de autocuidado, elementos que possibilitam a sua integração social plena, incluindo a reinserção no mercado de trabalho e na vida em sociedade.

O processo de enfermagem, conforme descrito nas competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015), assume um papel ampliado na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que detém competências especializadas na avaliação da funcionalidade em diversos domínios – incluindo o motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentar, de eliminação e de sexualidade. Esta avaliação permite identificar alterações que impactam a atividade e a autonomia dos utentes, orientando a implementação de estratégias de reabilitação adequadas.

A avaliação da funcionalidade constitui a etapa inaugural do processo de reabilitação, conforme demonstrado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (WHO & DGS, 2004), que define funcionalidade como o conjunto das funções do corpo, das atividades e da participação, refletindo a forma como uma pessoa interage com o seu ambiente, em consonância com os fatores pessoais e ambientais. Esta competência é essencial para o EEER, sendo adquirida gradualmente ao longo dos estágios e representando um desafio contínuo face à singularidade de cada utente.

O cumprimento desta competência exige a utilização de instrumentos de recolha de dados, essenciais para a documentação e sistematização dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos como o Teste Time up and Go, o Índice de Barthel, a Escala de Borg modificada para avaliação da dispneia e da perceção subjetiva de esforço, a Medical Research Council Muscle Scale, dinamometria, e a aplicação de técnicas de goniometria contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, servindo de suporte para a tomada de decisão baseada em evidência e garantindo a articulação com os padrões normativos da prática do EEER. A experiência proporcionada por este estágio permitiu consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências práticas no uso desses instrumentos, como a avaliação objetiva da funcionalidade, a monitorização da progressão da reabilitação, a identificação de limitações específicas possibilitando uma abordagem mais direcionada e fundamentada de acordo com resultados mensuráveis. A avaliação clínica foi realizada de forma sistematizada, incluindo a entrevista ao utente e aos familiares ou cuidadores, a consulta do processo clínico através do Sistema de Informação em Enfermagem, o exame físico e a monitorização dos parâmetros vitais. Complementarmente, a análise dos exames de diagnóstico – tais como gasometria arterial, provas de função cardiorrespiratória e exames imagiológicos – aliada à aplicação de escalas validadas em Portugal, permitiu um processo de avaliação completo e fundamentado.

Além da recolha estruturada de dados objetivos, tornou-se evidente a importância de identificar os fatores que influenciam o processo de transição do utente. Estes fatores podem facilitar ou dificultar a adaptação ao longo da recuperação e incluem a capacidade cognitiva e física, a consciência das alterações no estado de saúde, a motivação, o grau de envolvimento e a adesão ao processo terapêutico. A interligação entre a avaliação clínica e a identificação destes fatores permitiu uma intervenção mais eficaz, assegurando que as estratégias de reabilitação fossem ajustadas às necessidades individuais do utente e maximizassem o seu potencial de recuperação.

Este raciocínio encontra suporte na Teoria de Transição de Afaf Meleis, fundamentando a abordagem adotada nas diretrizes da reabilitação cardíaca fase I. Loureiro et al. (2023) aprofundam esta perspetiva ao destacar que a teoria das transições orienta a intervenção do EEER através de indicadores de processo (redes de suporte e interações) e de resultado (mestria e integração fluida de identidade) que emergem durante as experiências de transição dos utentes. Neste contexto, o EEER assume papéis fundamentais como gestor de casos, educador, capacitador e facilitador de processos de transição, promovendo intervenções que salvaguardam capacidades funcionais, previnem incapacidades adicionais e defendem a qualidade de vida e dignidade dos utentes.

Com base nesta avaliação e fundamentação teórica, foram elaborados planos de intervenção individualizados com o propósito de potenciar as capacidades adaptativas e facilitar o processo de transição saúde-doença. A implementação dessas intervenções visou a otimização e/ou

reeducação das funções nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de eliminação e de sexualidade, garantindo uma abordagem holística e centrada na pessoa. Paralelamente, realizou-se uma avaliação contínua dos resultados das intervenções especializadas, abrangendo utentes em diversas fases do ciclo vital e em contextos clínicos distintos, reconhecendo que "a excelência no âmbito da enfermagem de reabilitação é alcançada por meio de intervenções baseadas em evidências, que evidenciam ganhos em saúde" (Loureiro et al., 2023, p. 180).

A experiência no serviço de cirurgia cardiotorácica constituiu uma oportunidade para aprofundar o pensamento crítico sobre a reabilitação em contexto hospitalar, particularmente quanto ao papel do EEER na prevenção de incapacidades e na adaptação funcional através do exercício físico (EF). Durante este percurso, identificou-se a ausência de uma fase estruturada no período pré-operatório, apesar da ampla evidência científica que comprova os seus benefícios. Como refere Malcato (2016), esta primeira fase do programa de reabilitação cardíaca (RC) ocorre no período pré-operatório, focando-se na avaliação de parâmetros que minimizam o risco de complicações. Para o EEER, essa avaliação abrange indicadores da função cardíaca e respiratória, motores, de dor, função cognitiva e fatores de stress psicológico, permitindo estabelecer o estado clínico do utente e delinear um plano terapêutico adequado.

Esta lacuna foi identificada não apenas na bibliografia consultada, mas também através da análise crítica das práticas adotadas e da consulta ao Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Cardíaca da Ordem dos Enfermeiros (2020), que reforça a importância desta etapa no processo global de recuperação. A implementação de intervenções pré-operatórias, como a capacitação para técnicas de higiene brônquica, posicionamento adequado e mobilização músculo-articular precoce, pode contribuir significativamente para a melhoria dos desfechos funcionais no pós-operatório, promovendo uma recuperação mais eficaz e reduzindo potenciais complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Adicionalmente, a inexistência de uma abordagem estruturada ao EF no serviço constituiu um desafio, particularmente na RC em Fase I. A elaboração de um plano baseado no modelo FIIT-VP para um utente neste período inicial representou uma experiência desafiante, considerando que a sua implementação ainda não é uma prática consolidada na unidade. Não obstante as dificuldades, esta experiência revelou-se uma oportunidade para demonstrar os benefícios do treino estruturado e contribuir para a desconstrução de receios relativos à integração do EF na RC precoce. Foi necessário um aprofundamento contínuo da discussão, envolvendo critérios de segurança, limites terapêuticos e a fundamentação científica que sustenta esta prática. A necessidade de justificar as decisões tomadas implicou elevada preparação, fomentando a consolidação de conhecimentos e a capacidade de argumentação baseada na evidência. Durante este processo, desenvolveram-se habilidades de avaliação funcional e adaptação de planos terapêuticos às necessidades específicas de cada utente, reforçando a capacidade de

intervir de forma individualizada e eficaz.

A preparação para a alta hospitalar constituiu uma das principais preocupações, com enfoque na promoção da independência nas AVD. Durante o internamento, foi realizada uma avaliação detalhada dos fatores de risco cardiovasculares, sempre que possível com a participação da família ou do cuidador.

Novo et al. (2020) destacam que o controlo dos fatores de RC constitui um dos pilares fundamentais dos programas de RC, juntamente com a intervenção educacional e a prescrição de EF. Os autores enfatizam que a correção e controlo destes fatores são essenciais para o sucesso terapêutico, sendo necessária uma coordenação eficaz entre as diversas componentes do programa. A Ordem dos Enfermeiros (2020), refere que a identificação desses fatores possibilita a elaboração de um plano preventivo abrangente.

A classificação dos fatores de risco cardiovascular em modificáveis e não modificáveis serve como base para a implementação de sessões de educação para a saúde dirigidas ao utente e à sua família. Estas sessões, componente essencial dos programas de RC visam especificamente a modificação de comportamentos inadequados e a promoção de um estilo de vida saudável (Novo et al., 2020). Foram abordados temas fundamentais como nutrição equilibrada, cessação tabágica, controlo da hipertensão arterial, gestão da diabetes e combate à obesidade. Adicionalmente, foi enfatizada a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo a prática regular de EF adaptado às capacidades individuais, a progressiva reintegração nas atividades laborais e sexuais, a adesão rigorosa à terapêutica prescrita e o desenvolvimento de estratégias eficazes para a gestão do stress.

Paralelamente, considerando o plano de EF já implementado nos últimos dias de internamento, procurou-se garantir a continuidade da prática no domicílio, respeitando os critérios de segurança e sinais de alarme previamente estabelecidos. De acordo com Vermelho et al. (2021), todos os utentes devem receber aconselhamento estruturado e ser incentivados a integrar um programa de RC com componente de EF. Foram, assim, fornecidas orientações detalhadas sobre a integração do treino na rotina diária, destacando os benefícios associados, as medidas de segurança na execução dos exercícios e os sinais de alerta que devem ser monitorizados.

A experiência adquirida no ensino clínico em contexto de ortopedia corroborou a literatura existente, que identifica a osteoartrose e os eventos traumáticos como causas predominantes de comprometimento do sistema musculoesquelético (Lourenço et al., 2021). "O sistema músculo-esquelético é, habitualmente, o mais afetado com as alterações da mobilidade, ocorrendo uma diminuição da contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose" (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 33). Este desempenha um papel fundamental na manutenção do movimento, do equilíbrio e da postura corporal. Alterações ou disfunções nesse sistema podem comprometer significativamente a capacidade funcional, limitando a realização de AVD e impactando negativamente a qualidade de vida da pessoa.

O aumento da incidência de doenças crónicas associadas a este sistema tem contribuído para um crescimento significativo do número de pessoas com lesões, resultando em maior necessidade de internamento e um aumento do grau de dependência funcional. Colibazzi et al. (2020) estimam que entre 3% e 6% da população adulta europeia apresente sintomas associados a patologias cardiovasculares, sendo esperado um aumento desses números no futuro, em consequência do envelhecimento populacional. Esses dados evidenciam a importância de os cuidados de enfermagem de reabilitação serem direcionados para as necessidades reais dos utentes, com especial enfoque na promoção da autonomia e capacitação para as atividades de vida diária. Independentemente da etiologia subjacente ao comprometimento do sistema musculoesquelético, a atuação do EEER centra-se essencialmente na promoção do bem-estar, no incentivo ao autocuidado, na readaptação funcional e na prevenção de complicações. Adicionalmente, importa destacar que as intervenções cirúrgicas orto-traumatológicas desencadeiam processos de transição saúde-doença que conduzem a alterações significativas na vida da pessoa e impactando igualmente aqueles que a rodeiam (Brito, 2012). Esta realidade reforça ainda mais a relevância da atuação do EEER, cuja intervenção visa facilitar a adaptação do utente ao novo contexto funcional, minimizando os impactos físicos, psicológicos e sociais associados ao processo de recuperação. De acordo com Lourenço et al. (2021), dado que muitas intervenções cirúrgicas são programadas, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem incluir o período pré-operatório. O treino de exercícios, bem como a orientação sobre estratégias para a realização de atividades de autocuidado antes da cirurgia, têm-se revelado fundamentais para uma transição mais segura e estruturada do utente. Além disso, o esclarecimento de dúvidas sobre o processo de recuperação e reabilitação contribui para uma melhor adesão às recomendações terapêuticas, promovendo maior autonomia e otimização dos resultados pós-operatórios. Ventura et al. (2018) referem que, no período pré-operatório, a avaliação do potencial de reabilitação do utente, bem como da sua capacidade para adquirir conhecimento e desenvolver competências, permite antecipar a necessidade de apoio por parte de cuidadores ou familiares, garantindo um planeamento mais eficaz da assistência. De igual modo, a disponibilização de informação sobre os recursos existentes, como ajudas técnicas, pode facilitar o processo de transição e adaptação à nova realidade.

A experiência adquirida durante o estágio demonstrou na prática os benefícios desta abordagem, evidenciando a consulta pré-operatória – para cirurgias de joelho e de anca – como uma mais-valia para utentes e profissionais de saúde. Constatou-se que os utentes submetidos a esta preparação apresentavam respostas significativamente mais favoráveis no pós-operatório, com maior envolvimento na recuperação e colaboração nas intervenções terapêuticas, o que contribuiu para um processo de aprendizagem integrado.

Este acompanhamento reforça, ainda, o papel do EEER que de acordo com Lourenço et al. (2021) desempenha uma função crucial nos cuidados prestados a pessoas submetidas a

processos cirúrgicos ortopédicos, abrangendo o período pré-operatório, o pós-operatório e o planeamento do regresso a casa, com envolvimento da família/cuidador promovendo assim a continuidade dos cuidados e o acompanhamento domiciliário. Refere ainda que nesta etapa, torna-se fundamental o envolvimento dos cuidadores informais, uma vez que poderá ser necessário capacitá-los para auxiliar na prestação de cuidados à pessoa no seu autocuidado ou, alternativamente, considerar a hipótese de substituí-la.

Importa referir que, em situações de entrada no serviço de urgência por trauma, a cirurgia pode não ocorrer nas primeiras 48 horas, o que potencia o surgimento de complicações decorrentes da imobilização, sobretudo em pessoas idosas (Lourenço et al., 2021). Durante esse período, o utente, estando estável e reunindo as condições necessárias, permanece preparado para o procedimento e aguarda a disponibilidade de vaga no serviço para ser encaminhado ao Bloco Operatório – situação que, por vezes, não se concretiza no mesmo dia. Em contrapartida, as cirurgias eletivas são programadas com data e hora definidas, permitem uma organização temporal mais controlada dos cuidados. Assim, as intervenções do EEER fundamentam-se na educação, assistência e treino dos utentes, com vista ao desenvolvimento e à otimização das suas capacidades, envolvendo-os e incentivando-os no processo de reabilitação e na prevenção de complicações. Assim, as intervenções do EEER fundamentam-se na educação, assistência e treino dos utentes, com vista ao desenvolvimento e à otimização das suas capacidades, envolvendo-os e incentivando-os no processo de reabilitação e na prevenção de complicações (Dias et al., 2021). É responsabilidade do EEER promover a capacidade funcional de pessoas idosas com patologias ortopédicas, minimizando incapacidades e dependência, e potenciando a autonomia e a qualidade de vida através da implementação de planos de intervenção individualizados, adaptados não apenas às necessidades específicas, mas também ao contexto global de cada utente.

Com base no exposto, o EEER, após avaliar cada utente, elabora um plano de intervenção individualizado, ajustado ao potencial, à capacidade de superar limitações funcionais e às restrições do ato cirúrgico, com foco nos objetivos específicos da recuperação. Estas intervenções têm início com atividades terapêuticas no leito, tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório imediato. Nas primeiras 24 horas do pós-operatório, procede-se à avaliação para a utilização de cadeira de rodas ou cadeirão, incluindo treino de transferências e treino para o uso do sanitário. Após a remoção de drenos e/ou ligaduras, inicia-se o primeiro treino de marcha com o auxílio de um dispositivo de apoio adequado à pessoa, seguido do treino de AVD e do treino para subir e descer escadas, visando maximizar o potencial funcional do utente através do desenvolvimento das suas capacidades.

O EEER intervém de forma ativa e contínua em todas as etapas do processo de transição da pessoa com lesão musculoesquelética, assegurando uma abordagem integrada que visa tanto a recuperação funcional quanto a promoção da autonomia. Ficou evidente a necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação mais frequentes, os quais asseguram a integralidade e

a excelência do plano terapêutico. Tais cuidados promovem melhores resultados e ganhos em saúde, contribuindo para a reintegração e recuperação do utente, enquanto reduzem a deficiência, a incapacidade e as desvantagens associadas.

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

Segundo o Regulamento nº 392/2019 (p. 13567), a segunda competência específica em Enfermagem de Reabilitação consiste na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, promovendo a sua reinserção e o exercício pleno da cidadania. Nesta perspetiva, o EEER desempenha um papel crucial, adotando abordagens individualizadas e interdisciplinares que facilitam não só a melhoria da funcionalidade, mas também a promoção da autonomia e da qualidade de vida dos utentes. São profissionais de saúde dotados de competências que lhes permitem capacitar pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação, promovendo a sua reinserção e o exercício da cidadania. Para desenvolver esta competência, é imprescindível dominar conhecimentos e técnicas que possibilitem selecionar o conteúdo a ser ensinado aos utentes, familiares ou cuidadores, bem como a metodologia adequada para o ensino.

"Capacitar, no contexto da educação para a saúde, é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação." (Sousa et al., 2020, p. 65). Este processo ultrapassa a mera transmissão de informação, constituindo-se como uma relação terapêutica de parceria que respeita a autonomia do utente e promove o desenvolvimento de competências para a autogestão eficaz da sua saúde. No âmbito da reabilitação em internamento de ortopedia, a capacitação dos utentes assume especial relevância, pois permite-lhes desenvolver competências que lhes facultem gerir de forma autónoma o seu processo de reabilitação. A capacitação contribui para a melhoria da mobilidade, para a redução das limitações funcionais e, conseqüentemente, para a elevação da qualidade de vida. Sousa et. al. (2020), referem que no âmbito da capacitação de pessoas com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação, o EEER concentra a sua intervenção em dois eixos principais: a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências. Referem ainda que o EEER utiliza o conhecimento para capacitar a pessoa na tomada de decisão, maximizando a sua autonomia, enquanto recorre à aprendizagem de competências para promover a independência na execução das atividades de vida diária.

Incontestavelmente, as transições saúde-doença que originam dependência e impedem a recuperação funcional aos níveis pré-hospitalares exigem uma adaptação integral, tanto do utente à sua nova condição quanto da família ou cuidador, de forma a assegurar a continuidade na promoção do autocuidado e a reintegração social. Neste contexto, o EEER atua como mediador da aquisição de conhecimentos e competências pela família ou cuidador por meio da instrução e treino de habilidades essenciais para a prestação de cuidados.

A promoção do autocuidado, considerada uma dimensão essencial para o cuidado especializado em Enfermagem de Reabilitação, constituiu o foco principal das estratégias implementadas para assegurar e potenciar a capacitação dos utentes. Inicialmente, organizaram-se sessões de educação individualizadas, nas quais se detalhava o processo de reabilitação, os benefícios dos exercícios e a importância da participação ativa no tratamento. Adicionalmente, procedeu-se ao acompanhamento contínuo dos progressos dos utentes por meio de monitorizações sistemáticas e da utilização de instrumentos de avaliação padronizados, permitindo ajustes oportunos nos planos de intervenção conforme as necessidades individuais. Desenvolveu-se, ainda, a capacidade de selecionar o material de apoio mais adequado, um critério crucial para promover a autonomia e a capacitação do utente. Este conjunto de estratégias reforçou a autoconfiança dos utentes, reduziu a dependência de terceiros e facilitou a sua reintegração social.

Ainda neste mesmo contexto, a referência para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é um procedimento enraizado, sobretudo para utentes sem retaguarda familiar ou sem recursos domiciliários adequados. Logo na admissão, procede-se a uma avaliação minuciosa para determinar se o utente dispõe do apoio necessário após a alta; na ausência desse suporte, a situação é imediatamente comunicada à assistente social, que assegura o encaminhamento do utente para a ECCI de curta, média ou longa duração, de acordo com as suas características. Este percurso sublinha a importância do EEER, cuja intervenção contribui indiretamente para a capacitação dos utentes e para o fortalecimento da sua reintegração enquanto cidadãos.

É importante salientar que o processo de capacitação não se restringe à pessoa enquanto entidade singular, mas abrange também o seu contexto (família, ambiente de trabalho e social) dado que os conhecimentos e aprendizagens não se limitam apenas às pessoas com deficiência (Sousa et.al., 2020). A capacitação das famílias cuidadoras na utilização e identificação da necessidade de recursos, acompanhamento do processo de transição para assunção do papel de prestador de cuidados e a maximização do potencial de reconstrução da autonomia, são áreas de intervenção especializada do EEER e que deverão ser fomentadas (Mendes et al., 2024).

No contexto de cirurgia cardiotorácica, a capacitação dos utentes foi alcançada através da implementação de um plano individualizado de exercício físico, destinado a melhorar a capacidade funcional e a promover a autogestão da condição de saúde. As sessões incluíram uma monitorização rigorosa dos parâmetros fisiológicos, em conformidade com os critérios de segurança, o que permitiu aos utentes compreender os benefícios dos exercícios e a importância de seguir o plano terapêutico. Adicionalmente, foram realizadas sessões de educação para a saúde, consolidando o conhecimento adquirido.

Num primeiro momento, evidenciou-se que uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar constituía um elemento essencial para a implementação de uma abordagem holística no processo de reabilitação. Esta integração permitiu o acompanhamento contínuo dos

cuidados, transcendendo o ambiente hospitalar e estendendo-se ao domicílio. Como resultado, verificou-se uma melhoria significativa na qualidade de vida e na restauração da autonomia funcional dos utentes. Ademais, a promoção da capacitação facilitou a adesão aos regimes de exercício e reforçou a confiança dos utentes na sua capacidade de gerir a própria saúde – fatores determinantes para uma recuperação robusta e sustentável, sobretudo quando a perda funcional se associa a desgaste mental e dependência de terceiros.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Relativamente a esta competência, verifica-se que foi desenvolvida através da implementação de práticas de qualidade. Importa sublinhar que o EEER tem como finalidade potenciar a funcionalidade do utente, recorrendo à aplicação de estratégias integradas, tais como: “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13567).

Face ao exposto, durante o estágio foi possível desenvolver e expandir competências na conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, alicerçados num corpo de conhecimento fundamentado na melhor evidência científica aplicada às funções alvo dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Destacou-se, especialmente, o treino de exercício físico em utentes em fase I de cirurgia cardíaca. As intervenções planeadas e implementadas concentraram-se em três domínios principais: a maximização do desempenho e a reeducação das funções – motoras, sensitivas, cognitivas, cardiorrespiratórias, alimentares, relativas à eliminação e à sexualidade – bem como na facilitação dos processos de transição e adaptação, tendo em conta os objetivos individuais do utente e o seu projeto de saúde. Este enfoque visou promover a saúde, prevenir lesões, facilitar a reabilitação e capacitar para a autogestão, constituindo elementos essenciais nos programas de ensino, instrução e treino de técnicas e atividades.

As práticas clínicas revelaram-se extremamente enriquecedoras, proporcionando um vasto leque de experiências na conceção, avaliação e reformulação dos programas de treino. No domínio motor, integraram-se intervenções como o treino de força muscular, promoção da amplitude articular e treino de equilíbrio; no cardiorrespiratório, foram implementados o programa de reabilitação respiratória e a prescrição de exercício físico; e, relativamente à eliminação e sexualidade, participou-se na implementação de um programa de reabilitação do pavimento pélvico com enfoque na incontinência, dirigido a utente com bexiga neurogénica. Tais intervenções permitiram expandir a capacidade na monitorização contínua dos resultados, promovendo estratégias inovadoras de prevenção de riscos e consolidando a cultura de segurança nos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, tanto nos diferentes contextos de atuação quanto nas diversas fases do ciclo vital.

Adicionalmente, atendendo ao especial interesse que constitui objeto de estudo deste relatório, os Estudos de Caso apresentados evidenciaram a conceção, implementação, reformulação e avaliação contínua de programas de RC em fase I no contexto de utentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com enfoque no EF. Esta abordagem reflete a competência desenvolvida na tomada de decisão em Enfermagem de Reabilitação, orientada para a maximização da funcionalidade da pessoa-alvo. As competências adquiridas ao longo deste percurso formativo permitiram realizar uma efetiva validação dos resultados em saúde, através da utilização rigorosa de instrumentos de avaliação padronizados, da monitorização sistemática da evolução funcional do utente e da análise crítica da eficácia das intervenções implementadas. A capacidade de reconhecer desvios face aos resultados esperados e implementar ajustes atempados ao plano de intervenção revelou-se essencial para garantir a otimização dos ganhos funcionais. Esta prática reflexiva constante, alicerçada na avaliação objetiva dos resultados, permitiu não apenas demonstrar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, mas também contribuir para a visibilidade e valorização desta área especializada, através da documentação sistemática dos ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório consubstancia o culminar de um percurso formativo profundamente transformador desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. As experiências vivenciadas durante o Estágio de Natureza Profissional, com todos os seus desafios e conquistas, permitiram o crescimento não apenas profissional, mas pessoal, refletindo um processo genuíno de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEER, bem como as competências para obtenção do grau de mestre.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016, o grau de mestre pressupõe a aquisição de conhecimentos aprofundados que permitam desenvolvimentos originais, frequentemente em contexto de investigação; a capacidade de aplicar conhecimentos na resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares; a competência para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, formulando juízos mesmo com informação limitada; a aptidão para comunicar conclusões e raciocínios de forma clara; e o desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 63/2016). Este conjunto de competências constituiu um referencial orientador durante todo o percurso formativo, materializado nas intervenções implementadas nos contextos clínicos e na elaboração do presente relatório.

O suporte teórico facultado pelas Teorias das Transições de Meleis e do Autocuidado de Orem conferiu um enquadramento conceptual essencial para a prática especializada ao longo de todo o percurso formativo. A Teoria das Transições ofereceu uma lente através da qual foi possível compreender verdadeiramente a adaptação dos utentes às diversas condições de saúde, enquanto a Teoria do Autocuidado facultou uma estrutura para organizar a progressão das intervenções terapêuticas consoante a evolução da capacidade funcional de cada utente. Esta fundamentação teórica conferiu profundidade às intervenções implementadas nos vários contextos de estágio, sustentando uma visão holística que transcendeu a execução técnica para tocar a experiência humana da doença e recuperação.

Alicerçada neste enquadramento teórico, a avaliação sistémica da pessoa e do seu contexto, com suas histórias de vida e percursos únicos, permitiu conceber planos de cuidados personalizados promotores da maximização da capacidade funcional. Esta abordagem compreensiva, que considera a individualidade de cada utente, constituiu a base para intervenções verdadeiramente centradas na pessoa, respeitando não apenas as suas necessidades clínicas, mas também as suas expectativas, valores e dignidade.

Na dimensão da gestão de cuidados, a prática desenvolveu-se no respeito pelos limites de

atuação do EEER na equipa multidisciplinar. A hierarquização de prioridades e a organização dos planos de cuidados garantiram a continuidade dos mesmos, enquanto a participação em reuniões multidisciplinares favoreceu a articulação e integração de cuidados, definindo objetivos mensuráveis que se traduziram em ganhos efetivos em saúde e em manifestações de satisfação por parte dos utentes e seus familiares.

O processo de tomada de decisão especializado decorreu num ambiente terapêutico e seguro, permitindo identificar alterações e intervir com precisão, sempre com o olhar atento às necessidades individuais de cada pessoa cuidada.

As experiências de estágio proporcionaram ainda o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, elementos decisivos na motivação dos utentes para a adesão às intervenções prescritas. A comunicação adaptada às características individuais mostrou-se determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e na promoção do envolvimento ativo no processo de reabilitação. Foram estes momentos de conexão humana que frequentemente mais marcaram a aprendizagem ao longo deste percurso.

A aquisição de competências de mestre emergiu da articulação entre as competências comuns e específicas do EEER, sustentada pela pesquisa contínua e pela fundamentação da prática em evidência científica atualizada. A elaboração deste relatório, com todos os momentos de reflexão profunda que exigiu, baseada numa metodologia rigorosa de análise e reflexão, constituiu um exercício valioso de desenvolvimento de capacidades em termos de investigação e de comunicação científica.

Este percurso transformou profundamente a compreensão da prática de enfermagem e, de modo particular, a visão sobre a pessoa com necessidades de reabilitação, revelando a complexidade e abrangência das intervenções especializadas. A evolução verificou-se não apenas nos conhecimentos técnicos adquiridos, mas sobretudo na sensibilidade e compreensão para com as necessidades humanas que se escondem por trás de cada diagnóstico. A abordagem sistémica adquirida permite agora cuidar da pessoa em todas as dimensões do seu ser, capacitando-a para a reinserção social e maximizando a sua funcionalidade. Mais que um ponto de chegada, este relatório marca o início de um desenvolvimento profissional contínuo, ancorado na prática reflexiva e no compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação, onde a ciência e a humanização caminham lado a lado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, L. N., Sibilitz, K. L., Berg, S. K., Tang, L. H., Risom, S. S., Lindschou, J., Taylor, R. S., Borregaard, B., & Zwisler, A. D. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), Article CD010876. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010876.pub3>
- Abreu, A. (2019, 20 de maio). Reabilitação cardíaca em Portugal dá «passos importantes». *Just News*. <https://justnews.pt/noticias/reabilitacao-cardiaca-em-portugal-da-passos-importantes>
- Abreu, A. (2021). Quão saudável é a reabilitação cardíaca em Portugal? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(11), 889-890. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2021.11.004>
- Abreu, A., & Araújo, C. G. S. (2016). Conceito, componentes, fases e recursos humanos e materiais da Reabilitação Cardíaca. In A. Abreu, C. G. Araújo, M. Mendes, & S. Serra (Eds.), *Prevenção e Reabilitação Cardiovascular* (1ª edição). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., [listar todos os autores até Moraes] & Moraes, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 363-373. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2018.02.006>
- Adams, J., Wright, G. B., & Hartman, J. (2016). An alternative approach to prescribing sternal precautions after median sternotomy: "Keep your move in the tube." *Baylor University Medical Center Proceedings*, 29(1), 97-100.
- Afonso, A., Marques, G., Gonçalves, A., Barroso, P., Gonzalez, A., Rodrigues, H., & Ferreira, M. J. (2016). A terapêutica antitrombótica: Atual e em desenvolvimento. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 12(3), 135-150. <https://doi.org/10.1016/j.ancv.2016.08.001>
- Agostinho, D. R., Gonzales Rodrigues, A., Krutzfeldt Antoniazzi, L. C., Vieira Meireles, J., & Alves de Oliveira, P. (2024). Reabilitação cardiovascular: A importância da abordagem multidisciplinar. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 34(2), 165-170. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20243402165-70>
- Alkuwaisi, M. J., Alsargri, S. H., Aldalaykeh, M. K., & Hamid, M. A. (2023). Self-care behaviors among patients after cardiac surgery in Saudi Arabia: Application of Orem's Theory of Self-Care. *Nursing Forum*, 2023, 6904576. <https://doi.org/10.1155/2023/6904576>
- Almeida, K., Carneiro, S., & Novo, A. (2020). Reabilitação cardíaca na pessoa com doença cardíaca após cirurgia de revascularização. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto,

& M. Loureiro (Orgs.), Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática (pp. 201-215). Lusodidacta.

Alves, K. S., Silva, B. R., Almeida, S. K. A., & Fernandes, A. T. N. S. F. (2022). Impacto da cirurgia cardíaca sobre a funcionalidade e força muscular: Uma série de casos. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 20(1), 36-41.

Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F. E., Schmid, J. P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M. F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., ... Zwisler, A. D. O. (2021). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 460–495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>

American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines, Otto, C. M., Nishimura, R. A., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin, J. P., III, Gentile, F., Jneid, H., & Toly, C. (2021). 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Circulation*, 143(5), e72-e227. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000923>

American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (10ª ed.). Wolters Kluwer.

American Heart Association. (2020). Destaques das diretrizes de 2020 da American Heart Association para RCP e ACE. https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

António, C., Gonçalves, A. P., & Tavares, A. (2010). Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(4), 649-658.

Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ramos, G., & Prudente, C. (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional*, 5(1), 36-41.

Araújo, T. E. S. de, Rodrigues, E. P. S., Files, A. R. V., Ventura-Silva, J. M. A., Mendes, J. E. F., Novo, A. F. M. P., & Ribeiro, O. M. P. L. (2025). Implementation of +PERTO® in rehabilitation for total knee arthroplasty: A pilot study. *Healthcare*, 13(6), 605. <https://doi.org/10.3390/healthcare13060605>

Assunção, I., Nava, A. C. B., Madruga, C. R. C., Maia, G. M. P. B., Araújo, A. S. C., Rizzo, L. F. F., & Carvalho, M. C. S. (2024). Cirurgia cardíaca: Manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(5), 441-452.

<https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.81>

Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A., & Macedo, J. (2019). Functional dependence at discharge from the intensive care unit: relevance for rehabilitation nursing. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(20), 37-46. <https://doi.org/10.12707/riv18084>

Bazroon, A. A., & Alrashidi, N. F. (2023, 17 de agosto). Bisoprolol. In StatPearls [Internet]. PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551623/>

Benedetto, U., Puskas, J., Kappetein, A. P., & Stone, G. W. (2019). Cirurgia de revascularização miocárdica sem versus com circulação extracorpórea para lesão de tronco de coronária esquerda. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(6), 729-740. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.05.063>

Borge, C. R., Hagen, K. B., Mengshoel, A. M., Omenaas, E., Moum, T., & Wahl, A. K. (2014). Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC Pulmonary Medicine*, 14, 184. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-184>

Borges, E., Silva Ferreira, M., & Matos Costa, P. (2022). Delirium pós-operatório numa população idosa / Postoperative delirium among elderly patients. *Portuguese Journal of Surgery*. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/971>

Bracewell, N., Plasschaert, J. M., Conti, C., Keeley, E. C., & Conti, J. B. (2022). Reabilitação cardíaca: Eficaz, mas subutilizada em pacientes com doenças cardiovasculares. *Cardiologia Clínica*. <https://doi.org/10.1002/clc.23911>

Brito, M. A. C. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado [Tese de doutoramento]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.

Cabral, S., Gavina, C., Almeida, M., Sousa, A., Francisco, A. R., Oliveira, E. I., Domingues, K., Branco, L. M., Monteiro, S., Alegria, S., Baptista, R., & Pereira, H. (2024). Strategic plan for cardiovascular health in Portugal – Portuguese Society of Cardiology (PESCP-SPC). *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 43(11), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2024.11.006>

Castro, P. M., Saraiva, F. A., Cerqueira, R. J., Moreira, S., Amorim, M. J., Leite-Moreira, A. F., & Macedo, F. (2018). Mini-esternotomia versus substituição da válvula aórtica de esternotomia completa: uma experiência de centro único. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardiorádica e Vascular*, 25(3-4), 119-126.

- Cerqueira, T. C., Cerqueira Neto, M. L., Cacau, L. A. P., Oliveira, G. U., Silva Júnior, W. M., Carvalho, V. O., Mendonça, J. T., & Santana Filho, V. J. (2018). Capacidade de deambulação e resultado funcional em pacientes submetidos a estimulação elétrica neuromuscular após cirurgia de válvula cardíaca: Um ensaio clínico randomizado. *Medicina*, 97(46), e13012. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013012>
- Chien, S., Clark, C., Maheshwari, S., Koutsogiannidis, C.-P., Zamvar, V., Giordano, V., Lim, K., & Pessotto, R. (2020). Benefícios da substituição rápida da válvula aórtica com uma mini esternotomia superior. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 15(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s13019-020-01268-y>
- Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., & Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*, 30(2_suppl), 20-29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>
- Consensus Conference Panel, Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., & Tasali, E. (2015). Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: Methodology and discussion. *Sleep*, 38(8), 1161-1183. <https://doi.org/10.5665/sleep.4886>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIE®)* (1ª ed.). Wiley-Blackwell.
- Cordeiro, A. L. L., Barbosa, H. C. M., Vaz, K. P., Souza, L. S. E., Souza, L. B., & Matos, T. O. (2024). Efeitos do cicloergômetro na função cardiopulmonar em pacientes idosos após enxerto de bypass da artéria coronariana: Ensaio clínico. *Advances in Research on Cardiovascular Diseases*, 2024, 3808437. <https://doi.org/10.1155/2024/3808437>
- Costa, S., Reina-Couto, M., Albino-Teixeira, A., & Sousa, T. (2016). Estatinas, estresse oxidativo na insuficiência cardíaca crônica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(1), 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.09.016>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas* (pp. 234-280). LIDEL.
- Covalski, D., Pauli, E., Echer, A. K., Nogueira, R. R., & Fortes, V. L. F. (2021). Pós-operatório de cirurgias cardíacas: Complicações prevalentes em 72 horas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, e83. <https://doi.org/10.5902/2179769264147>
- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). Priority nursing foci and interventions for older people in acute care settings. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(15), 73-82.

<https://doi.org/10.12707/riv17048>

Dias, P., Ferrinho Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 18-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2020). Reabilitação cardíaca -- realidade portuguesa. In *Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática* (pp. 31-37). Lusodidata.

Delgado, B. M., Lopes, I., Gomes, B., & Novo, A. (2020). Early rehabilitation in cardiology -- heart failure: The ERIC-HF protocol, a novel intervention to decompensated heart failure patients rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(7), 592-599. <https://doi.org/10.1177/1474515120913806>

DeSilva, R. A. (2024). Bernard lown (1921--2021). *Cardiology*, 1-4. <https://doi.org/10.1159/000536615>

Direção-Geral da Saúde. (2003, 14 de junho). Circular Normativa n.º 09/DGCG: A dor como 5.º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da dor. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2019, 9 de dezembro). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares(Nº 008/2019). Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt>

Doenst, T., Schneider, U., Caldonazo, T., Toshmatov, S., Diab, M., Siemeni, T., Färber, G., & Kirov, H. (2023). Cardiac Surgery 2022 Reviewed. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 71(5), 356-365. <https://doi.org/10.1055/S-0043-57228>

European Society of Cardiology; European Association for Cardio-Thoracic Surgery; Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2021). *Recomendações de Bolso de 2021 da ESC: Recomendações para o tratamento da doença valvular cardíaca*.

Farias, M. S., Silva, L. F., Brandão, M. A. G., Guedes, M. V. C., Pontes, K. M. A., & Lopes, R. O. P. (2021). Medium reach theory for nursing in cardiovascular rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20190718. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0718>

Fernandes, A., Coelho, A. S., Pereira, A. M., Vaz, J., & Novo, A. (2020). O sono como fator retemperador na reabilitação cardíaca. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto, & M. Loureiro (Orgs.), *Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática* (pp. 145-154). Lusodidacta/Saboobooks.

Fernandes, J. R. C., & Sampaio, R. O. (2021). Prótese mecânica x prótese biológica: Uma decisão individualizada e compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 117(1), 37-38. <https://doi.org/10.36660/abc.20210488>

- Fontes, J. P., Vilela, E. M., Durazzo, A., & Teixeira, M. (2021). Current state of cardiac rehabilitation in Portugal: Results of the 2019 national survey. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 40(11), 877–887. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2021.10.024>
- Garatachea, N., Pareja-Galeano, H., Sanchis-Gomar, F., Santos-Lozano, A., Fiuza-Luces, C., Morán, M., Emanuele, E., Joyner, M. J., & Lucia, A. (2015). Exercise attenuates the major hallmarks of aging. *Rejuvenation Research*, 18(1), 57–89. <https://doi.org/10.1089/rej.2014.1623>
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2019). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas* (pp. 12–18). LIDEL.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
- Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidata.
- Howard, C., Jullian, L., Joshi, M., Noshirwani, A., Bashir, M., & Harky, A. (2019). TAVI e o futuro da substituição da válvula aórtica. *Journal of Cardiac Surgery*, 34(12), 1577–1590.
- Huang, A. P. S., & Sakata, R. K. (2016). Dor após esternotomia: Revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 66(4), 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.003>
- Hulzebos, E. H. J., & van Meeteren, N. L. U. (2016). Tornando os idosos aptos para a cirurgia. *British Journal of Surgery*, 103(2), e12–e15.
- INFARMED. (2021). Resumo das características do medicamento brometo de ipratrópio. Aprovado em 12 de março de 2021. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/ebef07e-122839-brometo-de-ipratropio-atrovent-pa-20-g-dose.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Estatísticas da saúde — 2022. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Issa, V. S., Guimarães, G. V., Rezende, M. V. C., Cruz, F. D. D., Ferreira, S. M. A., Bacal, F., & Bocchi, E. A. (2007). Efeito do bisoprolol sobre a função cardíaca e o exercício em pacientes com insuficiência cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(3).
- Kirkman, D. L., Lee, D.-C., & Carbone, S. (2022). Resistance exercise for cardiac rehabilitation. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 70, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.01.004>

Knutzen, K., Hamill, J., & Derrick, T. (2022). *Biomecánica: Bases del movimiento humano*. Lippincott Williams & Wilkins.

Lavin, K. M., Coen, P. M., Baptista, L. C., Bell, M. B., Drummer, D., Harper, S. A., Lixandrão, M. E., McAdam, J. S., O'Bryan, S. M., Ramos, S., Roberts, L. M., Vega, R. B., Goodpaster, B. H., Bamman, M. M., & Buford, T. W. (2022). State of knowledge on molecular adaptations to exercise in humans: Historical perspectives and future directions. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 50(3), 147-158.

Levine, S. A., & Lown, B. (1951). The "chair" treatment of acute thrombosis. *Transactions of the Association of American Physicians*, 64, 316-327.

Libuy, M. H., Szita, C. P., Hermosilla, J. P., Arellano, D. S., Rodríguez-Núñez, I., & Báez, C. R. (2017). Validez y confiabilidad de las escalas de evaluación funcional en pacientes críticamente enfermos: Revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1137-1144. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000901137>

Living well with COPD. (2022). Integrar um programa de exercício na sua vida. https://www.livingwellwithcopd.com/DATA/DOCUMENT/202_en~v~integrar-um-programa-de-exercicio-na-sua-vida.pdf

Loureiro, M., Costa, M., Sola, E., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2021). Enfermagem de reabilitação em transplante cardíaco (ERTXC) – Apresentação de projeto de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 37-46. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.160>

Loureiro, M., Fonseca, V., Duarte, J., Delgado, B. M., & Novo, A. (2020). Gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca. In A. Novo, B. Delgado, E. Mendes, I. Lopes, L. Preto, & M. Loureiro (Orgs.), *Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática* (pp. 841-857). Lusodidacta.

Loureiro, M., Sousa, L., Duarte, J., Coutinho, G. F., Martins, M. M., & Novo, A. F. (2023). El proceso de transición y capacitación de la persona trasplantada al corazón y familia: Ensayo teórico. *Cultura de los Cuidados*, 27(66), 172-182. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.66.12>

Loureiro, M., Palavra, V., Duarte, J., Oliveira, I., Antunes, M., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2024). Reabilitação cardíaca para transplante cardíaco hospitalar: Protocolo de intervenção HRN4HTx. *Nurses Reports*, 14(3), 2084-2094.

Lourenço, M., Encarnação, P., Martins, T., Araújo, F., & Machado, P. (2021). Self-care deficit versus the potential to improve self-care: Explanation of the nurse's clinical judgments. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 7-18. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.155>

Malcato, M. E. (2016). A pessoa submetida a Cirurgia Cardiotorácica. In C. Vieira & L. Sousa

(Orgs.), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 515-321). Lusodidacta.

Mancini, G. B. J., Baker, S., Bergeron, J., Fitchett, D., Frohlich, J., Genest, J., Gupta, M., Hegele, R. A., Ng, D., Pearson, G. J., Pope, J., & Tashakkor, A. Y. (2016). Diagnosis, prevention, and management of statin adverse effects and intolerance: Canadian Consensus Working Group update (2016). *Canadian Journal of Cardiology*, 32(7 Suppl), S35-S65. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.003>

Martins, M. M. (2021). Editorial: Afinal o que nos diferencia dos outros enfermeiros e dos outros profissionais? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 4-5. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1>

Martins, R., Fernandes, J., Martins, S., Carvalho, N., & Batista, S. (2021). Eficácia da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: Revisão integrativa da literatura. *Servir*, 2(01), 83-93. <https://doi.org/10.48492/servir0201.25859>

Martins, M. M., & Sousa, L. (2019). Editorial: Atividade física e exercício físico: Fundamentos e aplicações em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1). <https://doi.org/10.34635/rper.97>

McMahon, S. R., Ades, P. A., & Thompson, P. D. (2017). The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 420-425. <https://doi.org/10.1016/j.TCM.2017.02.005>

Meleis, A. (2019). Afaf Meleis' transitions theory. In F. A. Davis Company (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 353-370). F. A. Davis.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E. O., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory* (pp. 52-65). Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, J. P., Loureiro, M., Cardoso, C., Caridade, J., Mariz, M., & Bento, M. C. (2024). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e os recursos utilizados pelas famílias e enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e35656. <https://rper.pt/article/view/35656/27141>

Mendes, M. (2021). Cronotropismo no esforço: Inconsistências metodológicas e conceptuais. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(11), 841-843. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2021.10.007>

Menezes, M. G., Fronza, V. A., & Franzoni, L. (2023). Prescrição de exercícios aeróbicos: O teste

de fala supera o teste de caminhada de 6 minutos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(9), e20230636.

Miranda, T. M., Silveira, N. M., Camargos, P. S., Andrade, L. C., Neto, J. A. C., Caruso, L. C., Guimarães, P. P. C., Tomasoni, G., Ferreira, V. F., Costa, C. V. L., Araújo, B. M. S., Araújo, M. J. G. W., Veras, L. S. M., & Labre, M. B. Q. (2024). Abordagens multimodais na gestão da dor pós-operatória. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(6), 1935-1949. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1935-1949>

Mohsenipouya, H., Majlessi, F., Rahimi Forooshani, A., & Ghafari, R. (2018). The effects of health promotion model-based educational program on self-care behaviors in patients undergoing coronary artery bypass grafting in Iran. *Electronic Physician*, 10(1), 6255-6264. <https://doi.org/10.19082/6255>

Mongin, B. O., Guimarães, M. S., Henrique, M., & Lorençoni, V. (2013). Drogas depressoras do sistema nervoso central: Uma revisão bibliográfica. <https://vest.saocamiloes.br/midias/documentos/hotsite/expociencia/submissoes/2013/5b7a9796be450a92cb09101a74f828e2ade01e9a.pdf>

Morais, J. (2012). Inibição do fator Xa: Terapêutica anticoagulante e dupla antiagregação plaquetar combinadas, um desafio à inteligência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(Supl. I), 38-44. www.revportcardiol.org

Moraes, M. C. S., Dutra, G. O., Ferreira, T. D. M., Dias, F. C. P., Balsanelli, A. P., & Gasparino, R. C. (2021). Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03779. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020042103779>

Moreira Barbosa, P. J., Ribeiro, C., Vieira, M., & Machado, P. (2024). Componentes centrais dos programas de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e385. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.385>

Mota, P. (2015). Efeitos do tabagismo na saúde e terapêutica farmacológica de primeira linha na cessação tabágica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 22(2), 99-106. https://www.spmi.pt/revista/vol22/vol22_n2_2015_099_106.pdf

Muñoz, M. P. S., Paravic Klijn, T., & Lagos Garrido, M. E. (2024). La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 46. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.53066>

Neto, I. G. (2016). Manifesto pela Morfina. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 161-163. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7663/4634>

Neumann, F. J., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A. P., Benedetto, U., Byrne, R. A., Collet, J. P., Falk, V., Head, S. J., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S. D., Niebauer, J., Richter, D. J., Seferovic, P. M., Sibbing, D., Stefanini, G. G., ... Zembala, M. O., & ESC Scientific Document Group. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40(2), 87–165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>

Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Loureiro, M. (2020). Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática. *Lusodidacta*.

Nunes, L. M., & Poeira, A. (2021, janeiro). Apostilha de investigação I: Da origem à disseminação do conhecimento. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O'Brien, B., et al. (2024, 31 de agosto). No need for common practice of routinely supplementing potassium after heart surgery. *ESC Congress 2024*.

Oliveira, E. S., Menezes, T. M. O., Gomes, N. P., & Oliveira, L. M. S. (2022). Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), e20210192. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>

Oliveira, R., & Brito, J. P. (2024). Updating exercise testing strategies and exercise prescription protocols. *Healthcare*, 12(9), 901. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090901>

Oliveira De Luna Freire, M., Leôncio Gomes, W., Fernandes Braga, J. E., & Queiroz De Macêdo, J. (2021). Compreensão de pacientes sobre a continuidade do pós-operatório, a partir do autocuidado domiciliar. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-4cpml40004>

Orem, D. E. (2001). *Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010, novembro 20). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (n.º 392/2019). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015, janeiro 24). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Diário da República, 2.ª série, n.º 124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória.

Ordem dos Enfermeiros. (2018, janeiro 26). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 -- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador da boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer n.º 03/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: A Implementação de Exercício nos Doentes de Alto Risco Cardiovascular, Realizado por Enfermeiros de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30948/parecer-da-mceer-03-2023_a-implementa%C3%A7%C3%A3o-de-exerc%C3%ADcio-nos-doentes-de-alto-risco-cardiovascular-realizado-por-er_anonimizado.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2017). World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs.

Organização Mundial da Saúde. (2020). Diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário.

Organização Mundial da Saúde. (2021, 11 de junho). Doenças cardiovasculares (DCV). Organização Mundial da Saúde (OMS), & Direção-Geral da Saúde (DGS). (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Direção-Geral da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=1

Padilha, J. M., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de reabilitação. Revista Portuguesa de

Enfermagem de Reabilitação, 4(1).

Park, L., et al. (2021). "In the tube" following sternotomy: A quasi-experimental study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 160-166.

Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *Nursing Inquiry*, 33(3), 180-187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>

Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Prazeres, V. M. P. (2020). Processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santa Maria]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48126/1/20000347_DM_VMPP.pdf

Ramsey, K., Rojer, A., Andrea, L., Otten, R., Heymans, M., Trappenburg, M., Verlaan, S., Whittaker, A., Meskers, C., & Maier, A. (2021). The association of objectively measured physical activity and sedentary behavior with skeletal muscle strength and muscle power in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 67, 101266. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101266>

Reed, J. L., & Pipe, A. L. (2014). The talk test: A useful tool for prescribing and monitoring exercise intensity. *Current Opinion in Cardiology*, 29(5), 475-480. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000097>

Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação: Concepções e práticas. Lidel.

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). Diretrizes da CARE para relatórios de casos: Documento de explicação e elaboração. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Rocha, I. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 1. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rodrigues, A. C. (2013). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Perspetiva profissional [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Rodrigues, A. J., et al. (2013). On-pump versus off-pump coronary artery bypass graft surgery:

What do the evidence show? *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(4), 531-537.
<https://doi.org/10.5935/1679-9291.20130079>

SanarMed. (2021, 31 de maio). Resumo de furosemda: Mecanismos de ação, farmacocinética, indicações e mais. SanarMed.
<https://sanarmed.com/resumo-de-furosemda-mecanismos-de-acao-farmacocinetica-indicacoes-e-mais>

Sedov, V. M., & Nemkov, A. S. (2014). Vasilii Ivanovich Kolesov: Pioneer of coronary surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 45(2), 220-224.
<https://doi.org/10.1093/ejcts/ezt605>

Seid, S. S., Amendoeira, J., & Ferreira, M. R. (2023). Self-care and quality of life among adult patients with heart failure: Scoping review. *SAGE Open Nursing*, 9.
<https://doi.org/10.1177/23779608231193719>

Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar de São João. (s.d.). Guia prático – O que fazer em casa após cirurgia cardíaca.

Sharma, S., Merghani, A., & Mont, L. (2015). Exercise and the heart: The good, the bad, and the ugly. *European Heart Journal*, 36(23), 1445-1453.

Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD012424.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>

Shibata, K., Kameshima, M., Adachi, T., Araya, K., Shimada, A., Tamaki, M., & Kitamura, H. (2023). Association between outpatient cardiac rehabilitation and all-cause mortality after cardiovascular surgery: A propensity score-matched analysis. *JTCVS Open*, 15, 313-323.
<https://doi.org/10.1016/j.xjon.2023.06.003>

Shore-Lesserson, L., Baker, R. A., Ferraris, V. A., Greilich, P. E., Fitzgerald, D., Roman, P., & Hammon, J. W. (2018). The Society of Thoracic Surgeons, The Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and The American Society of ExtraCorporeal Technology: Clinical practice guidelines—Anticoagulation during cardiopulmonary bypass. *The Annals of Thoracic Surgery*, 105(2), 650-662. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.09.061>

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

Silva Lima, R. S. S., Dantas, K. O., Lopes, A. C. B., & Carvalho, E. S. V. (2024). Cardiopulmonary rehabilitation for patients undergoing cardiac surgery after hospital discharge: Integrative review. *Research, Society and Development*, 13(5), e7113545525.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45525>

Slade, S. C., Dionne, C. E., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2016). Consensus on Exercise Reporting Template (CERT): Explanation and elaboration statement. *British Journal of Sports Medicine*, 50(23), 1428-1437.

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2020). Recomendações sobre cardiologia desportiva e exercício em doentes com doença cardiovascular. Comissão para as Recomendações Práticas. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <http://www.spc.pt>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2019, 28 de outubro). Portugueses têm baixa literacia em saúde cardiovascular. <https://spc.pt/utentes/portugueses-tem-baixa-literacia-em-saude-cardiovascular/>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2021). SPC. <https://spc.pt/profissional-de-saude>

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Souza, K. C., & Bertolini, S. M. M. G. (2019). Impactos morfofuncionais da imobilidade prolongada na terceira idade. *Revista Uningá*, 56(S4), 77-92. <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.euj2777>

SPEDM. (s.d.). Diabetes tipo 2 e atividade física. <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/diabetes-tipo-2-e-atividade-fisica>

Stein, R., Milani, M., & Abreu, A. (2022). Qual é o cenário atual da reabilitação cardíaca no Brasil e em Portugal? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 118(5), 858-860. <https://doi.org/10.36660/abc.20220210>

Sun, W.-T., Du, J.-Y., Wang, J., Wang, Y.-L., & Dong, E.-D. (2024). Potential preservative mechanisms of cardiac rehabilitation pathways on endothelial function in coronary heart disease. *Science China Life Sciences*, 68, 158-175. <https://doi.org/10.1007/s11427-024-2656-6>

Sumin, A. N., Oleinik, P. A., Bezdenezhnykh, A. V., & Bezdenezhnykh, N. A. (2022). Factors determining the functional state of cardiac surgery patients with complicated postoperative period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7).

Teixeira, A. C. (2021). Empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência: Contributos para uma otimização da prática [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. M. Ribeiro (Org.),

Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas (pp. 34-37). Lidel – Edições Técnicas.

Ventura, J., Ribeiro, O., & Nogueira, A. (2018, 23 de julho). Necessidades de informação da pessoa submetida a artroplastia da anca: O contributo do enfermeiro. Novas Edições Académicas.

Vermelho, A., & Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intra-Hospitalar. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 576-599). Lidel.

Vilela, E. M., Bento, L., Oliveira, L., Abreu, A., Dores, H., Teixeira, M., Mendes, M., Fontes, P., Fontes-Carvalho, R., Pereira, H., & Gonçalves, L. (2023). Training and attitudes concerning cardiac rehabilitation in Portugal: A national survey of physician members of the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.12.009>

Wang, C., Shi, L., Liu, H., & Inan, O. T. (2019). Wearable sensor-based digital biomarker to estimate chest expansion during sit-to-stand transitions – A practical tool to improve sternal precautions in patients undergoing median sternotomy. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 28(1), 165–173.

Wang, F., & Boros, S. (2019). The effect of physical activity on sleep quality: A systematic review. *Sleep Health*, 6(1), 11–18. <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1623314>

Wasilewski, M., Vijayakumar, A., Saporta, A., Hitzig, S. L., Szigeti, Z., Sathakaran, S., & Wang, K. W. (2023). Barriers and facilitators to delivering inpatient cardiac rehabilitation: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 2361–2376. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S418803>

World Health Federation. (2023). *World Heart Report 2023: Confronting the world's number one killer*. World Heart Federation.

World Heart Federation. (2023, 20 de maio). Deaths from cardiovascular disease surged 60% globally over the last 30 years: Report. <https://world-heart-federation.org/news/deaths-from-cardiovascular-disease-surged-60-globally-over-the-last-30-years-report/>

World Health Organization (WHO). (s.d.). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int>

Yildiz, F. T., & Kaşıkçı, M. (2020). Impact of training based on Orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *The Journal of Nursing Research*, 28(6).

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Utilidade da prática guiada pela teoria da enfermagem: Uma revisão integrativa. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540–555.

Zhang, Q. L., Ge, M., Chen, C., Fan, F. D., Jin, Y., Zhang, N., & Wang, L. (2023). Comparison of effects of Liuzijue exercise and conventional respiratory training on patients after cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 29(7), 579-589. <https://doi.org/10.1007/S11655-023-3637-9>

Zhu, T., Liu, H., Han, A., Gu, H., & Li, X. (2021). Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 2752-2762. <https://www.ajtr.org/ISSN:1943-8141/AJTR0127497>

8. ANEXOS

Anexo I



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SOFIA UMBELINA LEITE DE QUEIRÓS

membro n.º **62951** desta Ordem, participou no **III Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**, sob o tema: ***“Enfermagem de Reabilitação e o Cidadão: Novos desafios na transição de cuidados”***, realizado no Centro de Congressos do Laboratório Nacional de Engenharia Civil - (LNEC), em Lisboa, nos dias **23 e 24 de Outubro de 2024**, enquanto **Co-Autora** da **Comunicação Livre**:

**CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO
CLIENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA**

Coautores(as):

DAVID FERNANDO SILVA CUNHA | 87594 (APRESENTADOR)
LISETE MOREIRA NOGUEIRA | 40678
OLGA MARIA PIMENTA LOPES RIBEIRO | 44764
JOÃO MIGUEL ALMEIDA VENTURA SILVA | 58885

Lisboa, 24 de Outubro de 2024.

P.^r O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

23 E 24 DE OUTUBRO

III CONGRESSO DO CEER

A Enfermagem de Reabilitação e o Cidadão:
Novos desafios na transição de cuidados

Inscrições online no Balcão Único
www.ordemenfermeiros.pt



23 de outubro

09h00: Abertura de secretariado

09h30: Mesa 1 – Modelos organizacionais e Transição de Cuidados

Moderadora: Neuza Reis

Visão académica

Cristina Baixinho | Docente na ESEL

Visão clínica

Gonçalo Alves | Enfermeiro Diretor da ULS de Braga

Visão governamental

José Alexandre Abrantes | Enfermeiro Gestor, Adjunto do Gabinete da Ministra da Saúde

10h45: Sessão solene de abertura

11h15: Pausa para café

11h45: Mesa 2 – “Enfermagem de Reabilitação: transição de cuidados”

Moderador: Pedro Gouveia

A realidade de um Serviço de Medicina Intensiva

Cláudia Vale | Serviço de Medicina Intensiva – ULS Matosinhos

Projeto CUIDANDO: Cuidadores informais, o caminho para a independência

Vitória Esquível | Serviço de Medicina Física e Reabilitação da ULS São José

Realidade na transição entre diferentes níveis de cuidados

Maria de Fátima Ferreira | UCC Odivelas – ULS Loures/Odivelas

13h00: Almoço livre

14h30: Mesa 3 – “Reabilitar ao longo do ciclo vital”

Moderador: Romeu Outeiro

Reabilitar no contexto da Pediatria

Ana França | ULS Porto – CMIN

Transição para o domicílio

Patrícia Araújo | Serviço de Neurologia – ULS São João

Envelhecimento saudável

Andreia Lucas | UCC Al Baiáz / Alvaiázere - ULS Coimbra

16h30: Final do primeiro dia

23 E 24 DE OUTUBRO

III CONGRESSO DO CEER

A Enfermagem de Reabilitação e o Cidadão:
Novos desafios na transição de cuidados

Inscrições online no Balcão Único
www.ordemenfermeiros.pt



24 de outubro

08h30: Abertura de secretariado

09h00-13h00: Cursos práticos “Hands-on” (30 pessoas/banca)

Banca Disfagia Sala 2

Alexandre Soares

Banca Limpeza das vias aéreas na Pediatria Sala 3

Irene Estefânia

Banca Exercício físico no idoso Sala 5

Cátia Sebastião

Banca Electroestimulação na UCI Sala 6

Marco China

09h00-13h00: Apresentação de Pósteres Auditório

10h30-11h00: Pausa para café

13h00: Almoço livre

14h30: Apresentação de Comunicações Livres Auditório

17h00: Entrega de prémios e sessão de encerramento