



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no período
pré-operatório da pessoa submetida a Cirurgia
Cardíaca**

Rehabilitation Nurse's Intervention in the preoperative period of Cardiac
Surgery

Anexos e Apêndices

Beatriz Maria Besteiro Pinto



**Lisboa
2024**

**APÊNDICE I – Relatório do Estágio de
Enfermagem de Reabilitação em Contextos
Orto Traumatológico, Reumatológico e na
Comunidade**



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Relatório do Estágio de Enfermagem de Reabilitação
em Contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e
na Comunidade**

Beatriz Maria Besteiro Pinto

Lisboa
2023

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

**Relatório do Estágio de Enfermagem de Reabilitação
em Contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e
na Comunidade**

Beatriz Maria Besteiro Pinto, nº3313



Orientador: Cristina Baixinho



Lisboa
2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro (a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	8
Estágio em Contexto Orto Traumatológico.....	8
Estágio em Contexto de Comunidade	9
Estágio em Contextos Reumatológico e de Desporto	11
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES REALIZADAS.....	14
Competências Específicas	14
Competências Comuns	20
Atividades Desenvolvidas em Contextos Reumatológico e de Desporto	24
CONCLUSÃO	27

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DA COMA DE GLASGOW

ANEXO II - ESCALA DE FORÇA DA MEDICAL RESEARCH COUNCIL

ANEXO III - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

ANEXO IV - ÍNDICE DE BARTHEL

ANEXO V – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DE GUSS

APÊNDICES

APÊNDICE I – AÇÃO DE FORMAÇÃO “ENSINOS À PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA”

APÊNDICE II – JORNAL DE APRENDIZAGEM: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

INTRODUÇÃO

Este Relatório surge no culminar do Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, estágio este que permitiu o desenvolvimento de algumas “competências técnico científicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesões do sistema músculo-esquelético (...), e família, em contexto de internamento e comunidade, integrado no processo global de cuidados”.¹ Essas competências supra citadas referem-se às presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e às no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O ensino clínico ocupa um lugar indispensável na “apropriação de saberes e de desenvolvimentos de competências pelos contactos que proporciona com a realidade” (Pinto, 2023, pp. 118), tratando-se de um momento de acompanhamento do estudante de enfermagem, por enfermeiros supervisores e por professores, de modo a auxiliar a aprendizagem deste e facilitar o seu desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão sobre a prática e do pensamento crítico. Permite o desenvolvimento nos estudantes de “uma consciência crítica e contextualizada, promovendo o saber agir no imprevisível, e dotá-los de instrumentos que lhes permitam dar resposta a situações novas, num contexto mutável, como é o da saúde” (Pinto, 2023, pp. 127), uma vez que permite a aplicação dos conhecimentos teóricos com a prática, sendo necessário o desenvolvimento da tomada de decisão juntamente com a resolução de problemas, construindo assim um novo conhecimento que alia o conhecimento teórico com o conhecimento adquirido na prática.

Serve o presente relatório como modo de apresentar o desenvolvimento dessas competências, bem como demonstrar que os objetivos definidos para este estágio, presentes no Guia Orientador do mesmo, foram alcançados ao longo dos diferentes contextos percorridos, sendo eles o contexto Orto Traumatológico, contexto de

¹ Segundo Guia Orientador do Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade.

Comunidade e contextos Reumatológico e de Desporto. Deste modo irei descrever o meu percurso formativo ao longo deste estágio, caracterizando os locais de estágio em cada contexto percorrido, refletindo sobre as aprendizagens realizadas tendo em consideração os objetivos definidos para este estágio e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019), concluindo com algumas considerações finais sobre o estágio e sobre o que ficou por desenvolver nas próximas oportunidades de estágio.

CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Surge então a necessidade que caracterizar os locais de estágio onde o mesmo teve lugar de modo a especificar as atividades desenvolvidas em cada contexto que possibilitaram o desenvolvimento das competências. Este estágio realizou-se em quatro contextos, como referido anteriormente, num espaço temporal de nove semanas, entre 15 de maio de 2023 e 14 de julho de 2023, sendo que quatro semanas foram realizadas em Contexto Orto Traumatológico, quatro semanas em Contexto de Comunidade e uma semana em Contexto Reumatológico e Desporto.

Estágio em Contexto Orto Traumatológico

O estágio em contexto Orto Traumatológico foi realizado num serviço de internamento de um hospital pertencente a um centro hospitalar na região da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Trata-se de um serviço que recebe doentes com doenças do foro ortopédico, degenerativas ou traumáticas, provenientes do serviço de urgência, da consulta externa ou de outras instituições hospitalares, para a realização de cirurgias programadas, de urgência e em cirurgia em tempo adicional.

Apresenta 43 camas, agrupadas em quartos individuais, duplos ou de seis camas, com camas articuladas e elétricas, na sua maioria com casa de banho privativa e ampla. Os quartos possuem saída para um corredor amplo, de piso plano, que permite a realização de treino de marcha e que percorre a totalidade do serviço de internamento. Apresenta igualmente escadas num dos extremos do serviço, utilizadas para a realização de treino de escadas com auxiliar de marcha. Dispõe de uma equipa multiprofissional, que inclui cirurgiões ortopédicos, enfermeiros de cuidados gerais e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), auxiliares, nutricionista, assistente social e fisioterapeutas, sendo possível a referenciação para outros profissionais do centro hospitalar de acordo com a situação de saúde da pessoa. De momento, apresenta somente uma EEER que presta cuidados de reabilitação a todos os doentes internados no serviço, sendo necessária uma gestão e priorização dos cuidados a prestar aos doentes internados, bem como uma articulação com os fisioterapeutas do serviço, de modo a responder às necessidades de todos os doentes. Verificou-se uma grande

diversidade nas cirurgias realizadas, desde a Artroplastias Totais da Anca (ATA) ou Joelho (ATJ), hemiartroplastias do fémur, redução de fraturas e colocação de material de osteossíntese, revisão de cirurgias anteriores por infeção ou luxação, entre outras, tendo tido mais contacto com ATA e ATJ e hemiartroplastias do fémur, por terem sido mais prevalente essas cirurgias no momento do estágio.

Pelo que foi possível observar, o foco do serviço de internamento é o cuidado no pós-operatório, com enfoque na reabilitação motora funcional, nos ensinamentos sobre os cuidados no pós-operatório e na adaptação ao domicílio. São deste modo realizadas mobilizações, passivas e ativas assistidas, ao nível do membro operado, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios ativos, treino de marcha com andador e canadianas, treino de escadas com canadianas e uso de artromotor, sendo que o serviço possui dois dispositivos.

No entanto, verifica-se uma preocupação crescente com o período antes do internamento, pelo que se iniciou a implementação da Consulta Multidisciplinar Pré-Operatória. Deste modo eram convocadas entre seis a oito pessoas por consulta, que se encontram em lista de espera para serem submetidas a ATA ou ATJ e com uma data já prevista para a cirurgia, de preferência acompanhadas por uma pessoa significativa que as irá auxiliar durante o período pós-operatório. Esta consulta é realizada na parte da manhã, na sala de reuniões do serviço de internamento, começando pela intervenção da EEER, de seguida do fisioterapeuta, interrompendo a consulta para a realização de uma pausa para lanchar, de seguida a intervenção da nutricionista e terminando com a assistente social, sendo abordados temas como a preparação pré-cirúrgica, o plano de exercícios a ser realizado no internamento e pós-operatório, os cuidados a ter com a prótese e a prevenção de complicações, a importância da manutenção de um peso adequado e a necessidade de apoio formal ou informal após alta.

Estágio em Contexto de Comunidade

O estágio em contexto de Comunidade foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde na região de ARSLVT, mais concretamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), uma das tipologias de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI tem como objetivos a “prestação de cuidados de saúde e de apoio social

de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódios de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica” (Instituto da Segurança Social, 2023, pp. 4), pretendendo a recuperação global da pessoa, pela promoção da sua reabilitação e funcionalidade, com o objetivo último da sua integração sociofamiliar e na sociedade.

A ECCI pretende responder às necessidades das “pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados” (Instituto da Segurança Social, 2023, pp. 7), através da prestação de cuidados personalizados pelo Gestor de caso, que é o responsável pelo acompanhamento do processo individual da pessoa e por garantir a comunicação entre os diferentes intervenientes.

Estes utentes podem ser referenciados para esta equipa se apresentarem os critérios de referenciação para RNCCI podendo ser referenciados através das Equipas de Gestão de Altas do hospital referenciador ou da Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados referenciadora, passando depois pela Equipas Coordenadoras Regionais, que articulam com a coordenação aos níveis nacional e local, além de alocar a pessoa à tipologia da rede mais adequada, e de seguida pela Equipa Coordenadora Local, que asseguram a articulação e a coordenação dos recursos e atividades além de verificar o cumprimento de todos os critérios (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

Esta unidade tem como espaço físico um gabinete com quatro secretárias, uma mesa de reuniões e armários onde se encontram documentação de consulta e material de uso clínico, sendo que a prestação de cuidados em si ocorre no domicílio da pessoa, utilizando os recursos do domicílio da pessoa bem como da comunidade na elaboração do plano individual de intervenção. Este plano permite discriminar quais os objetivos que se pretendem atingir durante o acompanhamento da pessoa tendo em conta as necessidades que são identificadas e as intervenções planeadas, tanto do foro da saúde como social (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). A equipa é constituída por quatro

enfermeiras especialistas, sendo que uma exerce também funções de coordenação, uma médica, uma psicóloga e duas assistentes sociais, sendo que a equipa articula-se com os médicos de família dos utentes, bem como com as equipas de coordenação local e com a equipa de gestão de altas do hospital referenciador, tanto presencialmente como por via online. Esta equipa tem capacidade para prestar cuidados a um máximo de 21 utentes, sendo que cada enfermeira fica como gestora do caso dos utentes que tem à sua responsabilidade, realizando a sua avaliação, o plano individual de intervenção, a reavaliação do mesmo e alta ou encaminhamento para outra tipologia da rede, de acordo com as necessidades da pessoa.

Durante o tempo de estágio, os utentes que se encontravam a receber cuidados por parte desta equipa, tinham sido referenciados por necessidade de reabilitação após internamento hospitalar e intervenção cirúrgica, como ATA ou encavilhamento cefalomedular do fémur, ou após internamento prolongado devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC) e necessidade de reabilitação e adaptação ao domicílio decorrente do internamento, ou por doença grave que condiciona necessidade de cuidados de reabilitação, como o caso de uma criança com paralisia cerebral. Do que foi possível observar, o foco dos cuidados de reabilitação desta equipa é a readaptação e a reintegração social dos utentes, melhorar a funcionalidade dos utentes, o apoio aos cuidadores informais ou formais, e a articulação e coordenação entre aos vários intervenientes nos cuidados.

Estágio em Contextos Reumatológico e de Desporto

No contexto Reumatológico foi possível a visita a uma unidade de Reumatologia na região de ARSLVT. Esta unidade dispõe de consultas externas, unidade de internamento e Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, tendo sido só possível conhecer a unidade de internamento. Este serviço possui 16 camas de internamento, com quartos duplos e triplos, um corredor estreito com barras de apoio na parede, casas de banho partilhadas e o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

O serviço de internamento possibilita internamentos de cerca de uma semana, o que permite melhorar a dor da pessoa e a sua funcionalidade, incidir na educação para a saúde e na realização de fisioterapia, com o objetivo de a pessoa compreender a sua doença e as alterações decorrentes nas atividades de vida diárias, de modo a minimizar

os efeitos da mesma. Pelo observado e descrito durante a visita, estes internamentos estão reservados para pessoas com diagnósticos urgentes em situações graves, início ou alterações do regime terapêuticos, pessoas com grande limitação funcional, reabilitação no pós-operatório precoce de modo a diminuir o tempo de internamento e acelerar a recuperação do doente. As pessoas que se encontravam internadas no momento da visita apresentavam então patologias do foro reumatológico como artrite reumatóide, osteoartrose, fibromialgia e espondilite anquilosante.

Foi possível observar o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, que apresenta três macas para a realização de tratamentos, cadeiras dispostas ao longo da sala e uma série de aparelhos, como aparelho de parafina quente, de onda curta e eletromagnética, de ionização com corrente galvânica, de ultrassom e de laser, bem como barras paralelas, passadeira e pedaleira estática. Atualmente não possuem EEER na equipa, apresentando equipa de enfermagem, dois médicos reumatologistas e fisiatra, equipa de fisioterapeutas, assistente social, nutricionista e psicóloga, sendo possível a referência para outras especialidades tendo em conta a situação clínica da pessoa.

Em relação ao contexto de Desporto, foi realizada a visita ao departamento médico de um Clube Recreativo na área metropolitana de Lisboa que presta cuidados a atletas de várias modalidades desportivas, sendo elas *Esports*, Futsal, Judo, Karaté, Patinagem Artística, Pesca Desportiva, Taekwondo e Ténis de Mesa. O seu lema incide na formação dos homens e mulheres do amanhã e a sua intervenção tem como objetivo melhorar a performance de todos os atletas, apostando na formação dos atletas, equipas técnicas e pais, visando a diminuição de lesões e aumentar a performance dos atletas. Realizam várias atividades como colaboração com a equipa multidisciplinar, ações de formação para a comunidade, educação e promoção da saúde, primeiros socorros, prevenção de lesões, apoio e acompanhamento nos treinos e competições, tratamento de atletas lesionados, preparação do plano de viagem em competições, entre outras.

Atualmente a equipa do departamento médico não apresenta EEER, pois este saiu da equipa recentemente, apresentando um enfermeiro gestor, uma bolsa de enfermeiros chamados para as competições, dois médicos, sendo um de medicina familiar e um ortopedista, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo. O departamento apresenta um gabinete como espaço físico, com duas macas disponíveis para tratamento, duas bicicletas ergométricas, máquina de gelo e vários aparelhos de tratamento, sendo

eles de aplicação de calor, de pressoterapia quente e fria, de electroestimulação, bolas suíças, entre outros. No momento da visita, não foi possível acompanhar o tratamento de atletas lesionados pois encontravam-se em altura de férias a cumprir o plano de recuperação delineado no domicílio durante este período.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES REALIZADAS

Dado este relatório pretender demonstrar a obtenção das competências necessárias à prestação de cuidados especializados de reabilitação, é importante contextualizar as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio que permitiram o desenvolvimento dessas competências, bem como as situações de estágio que permitiram a realização de tais atividades, fazendo referência às competências do enfermeiro especialista tendo em conta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019) e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Competências Específicas

Competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4745), importando referir as competências presente no Regulamento n.º 392/2019 (2019), que define concretamente quais as competências específicas do EEER, bem como importa referir as atividades desenvolvidas que lhes deram resposta.

No que concerne à competência **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**, esta apresenta várias unidades de competência que permitem discriminar de forma mais clara a realização das atividades que permitiram desenvolver esta competência. Tendo em conta a unidade de competência J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, houve a oportunidade de a desenvolver ao longo dos contextos de Comunidade e Orto Traumatológico pela realização da avaliação da pessoa previamente à intervenção, como o caso da D. M.R.A. que tinha sido referenciada para a ECCL e foi realizada a primeira visita domiciliária a um de maio de modo a conhecer a utente, a razão para a sua referenciação, quais as suas necessidades e conhecer o seu contexto familiar e social, bem como avaliar as condições do seu domicílio e as barreiras arquitetónicas presentes no mesmo, utilizando para isso algumas escalas e instrumentos de medida. Determinou-se que a

utente tinha tido alta para o domicílio após um internamento prolongado com diagnóstico de Insuficiência respiratória parcial, necessitando de cuidados de reabilitação no domicílio por situação de fragilidade por dependência nas atividades de vida diárias, para realização de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora, e para capacitação para regime terapêutico da utente e do cuidador. Foi possível apurar-se os seguintes dados na visita: a utente residia com o marido, num apartamento de 2º piso, com elevador e escadas de acesso ao mesmo; já apresentava algum grau de dependência previamente a este internamento e frequentava o centro de dia; possui o apoio de duas filhas, que ficavam na casa do casal durante o fim-de-semana para apoio, sendo que durante a semana, das 9h às 19h tinham o apoio de uma cuidadora formal, cuidadora que já trabalhava com a família previamente ao internamento; a utente apresentava um score de 14 na Escala de Glasgow (presente no Anexo I) pois apresentava antecedentes pessoais de doença cerebrovascular e demência; tinha tido alta com indicação para Oxigenoterapia de Longa Duração a 0.5L/min por óculos nasais, com saturações de 93%, apresentando-se na data da avaliação com murmúrio vesicular diminuído anterior e posterior à direita, sem ruídos adventícios; deambulava com recurso a andarilho, havendo disponível uma cadeira de rodas, apresentando força nos membros superiores 4/5 e nos membros inferiores 3/5 segundo a Escala de Força da Medical Research Council (presente no Anexo II), e um alto risco de queda de acordo com a Escala de Morse (Norma 008/2019, 2019; presente no Anexo III); no momento da avaliação apresenta dependência moderada nas atividades de vida diária, com score de 40 no Índice de Barthel (Norma 054/2011, 2011; presente no Anexo IV); a utente expressa vontade na sua melhoria e recuperação e em conseguir voltar a frequentar o centro de dia. Também foi possível desenvolver esta competência pela avaliação da D. U.C., no contexto Orto Traumatológico, que apresentava dificuldades na deglutição de líquidos e foi utilizada a Escala de Guss, (presente no Anexo V) no dia 19 de junho, determinando-se que apresentava Disfagia Moderada, com risco de aspiração, tendo sido informada a equipa dos cuidados a adotar na alimentação desta doente, como a otimização da dieta para pastosa, uso de espessante nos líquidos, providenciar suplemento nutricional, colocação de sonda naso gástrica para suplementação nutricional e alimentação administrada pela equipa de enfermagem, garantindo um correto posicionamento da pessoa.

Em relação à unidade de competência J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, houve a oportunidade de a desenvolver pela realização de vários planos de intervenção individual em contexto de Comunidade, como foi o caso do exemplo já referido, da D. M.R.A, em que foram identificadas as suas necessidades a partir da avaliação inicial realizada na primeira visita domiciliária, tendo sido identificado como prioritário a implementação do plano de reeducação funcional respiratória, que incluía como focos o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, a expiração com lábios semicerrados, a reeducação diafragmática, a otimização do uso do inalador com câmara expansora, entre outros, sendo que a reeducação funcional motora e a gestão do regime terapêutico ficaram para segundo plano. Foi igualmente possível desenvolver esta competência em contexto Orto Traumatológico, ao delinear qual seria o plano de reeducação funcional motora a implementar no caso Sr. L.B. pois, como já tinha sido intervencionado ao membro inferior direito, apresentava alguma dificuldade no treino da marcha, uma vez que estava habituado a iniciar a marcha com canadianas com o membro inferior direito e agora, depois da ATA esquerda, necessitava de iniciar a marcha com este membro, sendo capaz de realizar marcha com canadianas com o membro operado no final do internamento.

Relativamente à unidade de competência J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, houve oportunidade de implementar os planos de intervenção individual concebidos no contexto de Comunidade, como é o caso do Sr. L.M., que realizava treino de marcha com canadianas em piso plano, inclinado e acidentado, bem como treino de escadas, após ATA direita, tal como planeado no seu plano de intervenção individual. Em contexto Orto Traumatológico, foi também desenvolvida esta competência ao realizar as intervenções que estavam planeadas, como o caso da D. T.L., que precisava realizar mobilizações passivas ao nível do membro operado bem como exercícios de fortalecimento muscular, realizar o primeiro levante após ATA esquerda e treino de marcha com andarilho, se tolerância, e iniciar ensinamentos sobre os cuidados a ter no pós-operatório, aproveitando o fato de a filha, que a iria acompanhar no domicílio, estar a realizar a visita no período da tarde. Em ambos os contextos, houve a oportunidade de reeducar as funções

principalmente ao nível motor, por serem as necessidades que as pessoas apresentavam neste estágio. Também houve a oportunidade de reeducar a função a nível respiratório, em contexto de Comunidade, pela realização de reeducação funcional respiratório ao D., uma criança de 12 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral e traqueostomizada sob ventilação mecânica invasiva, que apresentava dificuldade na limpeza das vias respiratórias, sendo necessário recorrer a manobras acessórias como a compressão, a vibração e a percussão, bem como à aspiração de secreções, aliando tudo isto ao brincar. Em relação aos outros níveis, considero que será possível o seu desenvolvimento em outras oportunidades de estágio.

No que diz respeito à unidade de competência J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas, houve possibilidade de a desenvolver ao avaliar o plano de intervenção individual do Sr. L.M., em contexto de Comunidade, por se verificar que este apresentava dificuldade na flexão do joelho esquerdo ao subir as escadas, devido à intervenção cirúrgica anterior ao joelho, sendo reformulado o plano instituído, para incluir mobilizações ativas ao nível da articulação do joelho, bem como exercícios de fortalecimento muscular, incluindo o subir e descer um degrau, sendo que previamente a esta correção, a 19 de maio, apresentava força 3/5 no membro inferior esquerdo segundo a Escala de Força da Medical Research Council, apresentando a 22 de maio força 4/5, segundo a mesma escala. Não foi possível o desenvolvimento desta competência no contexto Orto Traumatológico, pelo curto tempo de internamento das pessoas neste serviço e pela dificuldade em conciliar os turnos deste estágio com a minha atividade profissional, o que não possibilitou um acompanhamento da pessoa ao longo de todo o seu processo de reabilitação e recuperação.

No tocante à competência **J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, esta apresenta igualmente algumas unidades de competência que permitem justificar a realização das atividades que permitiram desenvolver esta competência. Tendo em consideração a unidade de competência J2.1 — Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, esta foi desenvolvida em contexto de Comunidade, como foi o caso do Sr, L.R., que devido ao AVC que apresentou e que motivou o encaminhamento para a ECCL, apresentava hemiparésia à esquerda, apresentando

dificuldade em sentar-se e levantar-se da sanita, necessitando de apoio de dois cuidadores, sendo recomendado o uso de um alteador de sanita, com diminuição desta dificuldade e com necessidade de apoio de apenas um cuidador, bem como o uso de cadeira giratória na banheira por apresentar dificuldade em entrar e sair da mesma para a realização dos cuidados de higiene, conseguindo realizar esse movimento autonomamente com recurso à cadeira giratória, necessitando de apoio de um cuidador para os cuidados de higiene. Em contexto Orto Traumatológico, foi possível desenvolver esta competência ao abordar os cuidados a ter no pós-operatório da D. M.B., com ela e o seu companheiro, que iria ser o cuidador informal no domicílio, após ATA à direita, de modo a evitar movimentos luxantes, como a evitando a flexão da coxofemural superior a 90°, a adução da coxofemural para lá da linha média sagital e a rotação externa da mesma articulação, nomeadamente da necessidade de uso de triângulo abductor ou uma almofada grande no posicionamento no leito, dos cuidados a ter nas transferências e no posicionamento no cadeirão, da importância do uso de alteador de sanita e de uma tábua na banheira e a importância de remover tapetes e fios ou cabos do chão de modo a prevenir a ocorrência de quedas e garantir uma marcha segura com canadianas no domicílio.

Relativamente à unidade de competência J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, houve possibilidade de a desenvolver em contexto de Comunidade, na situação do Sr. L.M., que se apresentava bastante motivado no seu processo de reabilitação após ATA direita, pois desejava voltar a ir ao café com os amigos e voltar a conduzir, desejo este expresso a 19 de maio, no primeiro contacto com o Sr., sendo que a 2 de junho já conseguia percorrer todo o caminho entre a sua casa e o café em segurança, com o auxílio de canadianas, caminho este que apresentava dois lances de escadas, pois vivia no segundo andar de um prédio, piso acidentado e inclinado no exterior, bem como uma passadeira com semáforo com temporizador, aguardando resposta do seu ortopedista de quando seria possível retomar a condução. Já no contexto Orto Traumatológico foi possível discutir com a D. M.B. e o seu companheiro a importância de colocar um duche na casa de banho, após ATA direita, pois a casa de banho do seu domicílio iria apresentar obras brevemente, sendo então recomendado a instalação do duche para reduzir a probabilidade da realização de movimentos luxantes na realização dos cuidados de higiene.

Em relação à competência **J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, as unidades de competências integradas nesta competência permitem explicitar as atividades realizadas que permitiram o desenvolvimento da mesma. Quanto à unidade de competência J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório, esta foi desenvolvida pela realização de várias atividades ao longo dos vários contextos. Primeiramente, houve a necessidade de aprofundar o estudo sobre algumas temáticas, nomeadamente sobre a intervenção do EEER na pediatria, uma vez que me deparei com o caso do D., em contexto de Comunidade, uma criança de 12 anos que necessitava da intervenção do EEER, contexto com o qual não me sentia tão confortável, por não ter tanto contacto com esta realidade na minha prática profissional, o que condicionou também alguns momentos de reflexão pessoal sobre a importância da ação do EEER ao longo do ciclo da vida, pois esta população também necessita da intervenção do EEER pois este atua em da vida todas as fases da vida, tal como nos diz a competência J1, razão pela qual não podemos negligenciar esta população. Também houve a possibilidade de desenvolver esta competência ao conceber os planos de intervenção individual, em contexto de Comunidade, e ser necessário a sua reformulação como foi o caso da Sra. A.F., submetida a ATA direita, que no dia 23 de maio verbaliza que no fim de semana teve a festa de aniversário do neto e esforçou-se mais do que devia (sic) pois andou bastante, verbalizando encontrar-se mais cansada e com queixas álgicas 3/10, segundo a Escala Numérica da Dor (Circular Normativo 09/DGCG, 2003) na perna operada, não sendo possível a realização do treino de marcha com andarilho no exterior, em piso acidentado e inclinado, como planeado, sendo então reforçada a necessidade de analgesia nestas situações e sendo realizadas mobilizações ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas no leito, bem como exercícios de fortalecimento muscular. Também considero que a situação do Sr. L.M., em contexto de Comunidade, auxiliou o desenvolvimento desta competência, pois através do plano de reeducação motora funcional implementado, o Sr. conseguiu voltar a sair de casa e ir ao café com os amigos, desejo manifestado pelo mesmo, pois verbalizava ter que sair de casa porque lhe fazia mal estar lá fechado (sic).

A respeito da unidade de competência J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados, esta foi desenvolvida, em contexto de Comunidade, pela reavaliação dos planos de intervenção

individuais e reajuste dos mesmos, através da reavaliação dos utentes como foi o caso do Sr. L.M., que a 22 de maio já conseguia realizar treino de marcha com canadianas em piso plano e treino de escadas com canadianas, sendo programado para a semana seguinte, passar o treino de marcha para o exterior para incluir piso acidentado e inclinado, bem como reforçar o treino de escadas, utilizando as escadas do prédio e o espaço ao redor do mesmo. Em contexto Orto Traumatológico, foi possível a reavaliação da pessoa ao longo do seu internamento, avaliando por exemplo, a mobilização passiva em tala dinâmica e a evolução dos graus tolerados pela pessoa, como foi o caso da Sra. M.B.M., que tinha sido submetida a ATJ direito a 27 de junho, sendo que a 29 de junho conseguia realizar uma flexão passiva do joelho a 50°, a 3 de julho conseguia tolerar a flexão a 70°, tendo tido alta a 5 de julho a realizar a flexão a 90°.

Competências Comuns

Competências Comuns são aquelas “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...), demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4745), sendo necessário enunciar as competências presentes no Regulamento n.º 140/2019 (2019), regulamento este que elucida quais os domínios das competências comuns, possibilitando enumerar as atividades realizadas que permitiram o desenvolvimento destas competências.

No domínio da competência **A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** são enumeradas algumas competências que permitem a explicitação concreta das atividades executadas que permitiram o seu desenvolvimento. A competência A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional foi desenvolvida ao longo dos vários contextos, na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, em conjunto com os enfermeiros orientadores, tendo em conta as normas deontológicas regentes e as preferências da pessoa. Por exemplo, utilizando o caso da Sra. M.H.B., em contexto Orto Traumatológico, que tinha sido submetida a encavilhamento do fémur esquerdo a 28 de junho e apresentava consecutivamente o penso da ferida cirúrgica repassado com líquido hemático e hemoglobinas com valores baixos a necessitar de realizar

hemoderivados, não sendo possível realizar o levante e treino de marcha por instabilidade hemodinâmica, respeitando assim o princípio da não maleficência nesta tomada de decisão. No que refere à competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, esta foi igualmente desenvolvida em ambos os contextos nas várias interações com as pessoas, pelo respeito pelos vários direitos da pessoa, como o acesso à informação sobre a sua situação de saúde, sobre o seu plano de reabilitação e a sua evolução, pela confidencialidade mantida em relação às informações da pessoa, não havendo partilha da mesma com outras pessoas ou somente com as pessoas apontadas pela mesma, pelo respeito pela privacidade, havendo o cuidado de garantir um ambiente seguro e confortável onde a pessoa se possa expressar livremente, bem como pelo respeito pelas escolhas da pessoa, havendo o cuidado de informar a pessoa sobre os diferentes caminhos a adotar e os benefícios e consequências de cada caminho. Em todos os contactos, tinha o cuidado de me apresentar enquanto estudante de enfermagem de reabilitação, de qual seria o plano de reabilitação e quais as intervenções a realizar naquele contacto e seus benefícios, de obter o consentimento informado para a implementação do plano, de garantir a privacidade da pessoa, ao fechar as cortinas em contexto hospitalar, de agradecer a participação da pessoa no final da intervenção e questionar se poderia voltar ao seu domicílio para a continuidade do plano e combinar qual o dia da próxima intervenção, em contexto de Comunidade.

Relativamente ao domínio da competência **B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, as suas competências permitem elucidar as atividades realizadas que possibilitaram o desenvolvimento desta competência. Em relação à competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, considero que ter realizado uma ação de formação em contexto Orto Traumatológico, englobada no plano de formação do serviço, ajudou-me a desenvolver esta competência. Foi identificada a necessidade de sensibilizar a equipa para a importância da realização dos ensinamentos à pessoa submetida a ATA, pois foi constatado que os colegas esperavam pela EEER para a entrega do folheto informativo sobre este assunto, desperdiçando algumas oportunidades de ensino com a pessoa. Necessidade esta confirmada com a enfermeira orientadora e com a enfermeira coordenadora, acrescentando a falta de evidência dos ensinamentos realizados nos registos em

sistema informático. Deste modo, foi planeada uma ação de formação para ser realizada no serviço, sendo realizada a sua divulgação pela equipa, através um folheto enviado para o email da equipa, e sendo concretizada a 7 de julho pelas 15 horas, embora com pouca adesão da equipa. No entanto, os elementos que participaram nesta ação de formação, avaliaram a mesma como positiva e pertinente para os cuidados. Já em relação a competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, considero que a mesma ação de formação igualmente permitiu o desenvolvimento desta competência, pois possibilitou que identificasse uma necessidade de formação da equipa, culminando no planeamento e realização da ação de formação intitulada “Ensinos à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca”, presente no Apêndice I. Infelizmente, só houve a oportunidade de realizar uma ação de formação pelo curto período de tempo de estágio neste contexto, o que pode ter influenciado a fraca adesão da equipa à mesma. Suponho que a realização de mais sessões de formação iriam permitir uma maior adesão a esta ação, bem como obter mais dados sobre a satisfação da equipa em relação à formação e à pertinência para os cuidados. No que diz respeito à competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro, esta foi desenvolvida nos vários estágios ao garantir um ambiente de cuidados seguro, tanto para os profissionais como para os doentes. Por exemplo, em contexto de Comunidade, era avaliada a existência de barreias arquitetónicas que pudessem dificultar a realização do plano de reabilitação e que pudessem aumentar o risco de queda, negociando com o utente a necessidade de remover alguns móveis de espaços apertados que impossibilitassem a passagem com auxiliares de marcha, de remover tapetes e fios, explicando o risco aumentado de queda pela presença de animais de estimação, entre outros. Já no contexto Orto Traumatológico e de modo a garantir um ambiente seguro eram utilizadas meias antiderrapantes no levante, eram travados os cadeirões e cadeiras de rodas, a cama era colocada no nível mais baixo e travada, a campainha era colocada à disposição da pessoa, entre outros. De modo a respeitar a ergonomia dos profissionais, os exercícios de mobilização no leito eram realizados com a cama à uma altura correta para o profissional, o levante da pessoa e a realização do posicionamento no leito era realizado de modo a respeitar a ergonomia, lembrando a equipa de respeitar estes princípios na sua prática.

Quanto ao domínio da competência **C — Domínio da gestão dos cuidados**, as suas competências permitem a explicação de como as atividades desenvolvidas possibilitaram o seu desenvolvimento. Relativamente à competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, esta foi desenvolvida pela participação nas reuniões de equipa multidisciplinar, em contexto de Comunidade, tanto com a restante equipa da ECCI bem como com os elementos da Equipa Coordenadora Local, reuniões estas sobre o plano instituído e a evolução dos utentes, bem como sobre o plano para as próximas semanas, havendo participação de todos os intervenientes do processo da pessoa, enfermeira especialista, médica e assistente social e discussão sobre qual o caminho a adotar a partir de então, alta da ECCI ou referenciação para outra tipologia da RNCCI. A participação nestas reuniões possibilitou a partilha entre pares, sobre o plano de intervenção individual delineado por cada um para os utentes à sua responsabilidade, o esclarecimento de dúvidas sobre o plano instituído e qual o plano futuro, auxiliando deste modo a tomada de decisão e otimizar todo o processo de cuidados. Considero que a ação de formação em contexto Orto Traumatológico também possibilitou o desenvolvimento desta competência, pois ao sensibilizar a equipa para a importância da realização dos ensinamentos à pessoa submetida a ATA, esta também foi sensibilizada que pode e deve realizar estes ensinamentos e entregar o folheto informativo à pessoa quando for oportuno, deste modo lembrando os elementos da equipa que possuem a preparação necessária para realizar esta tarefa e garantindo a formação adequada para a realização destes ensinamentos. Em relação à competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, esta foi desenvolvida pela observação de como as enfermeiras orientadoras otimizavam o trabalho da equipa e favoreciam um ambiente positivo para a prática de enfermagem e na reflexão pessoal de como realizarei essa gestão quando for EEER tendo em conta o observado em estágio. Haverá oportunidades de desenvolver esta competência efetivamente em outros momentos de estágio.

No que concerne ao domínio da competência **D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, as competências que a constituem possibilitam a explicitação de como as atividades realizadas em estágio permitiram o seu desenvolvimento. Relativamente à competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e

a assertividade, houve oportunidade de desenvolver pelas reflexões pessoais que foram realizadas ao longo de vários momentos decorridos dos estágios, em que me questionava de como deveria agir caso me deparasse com aquela situação enquanto EEER ou se tinha agido corretamente naquela situação, sendo que o tema que mais gerou estes momentos de reflexão foi a realização de cuidados no domicílio da pessoa, talvez por ser algo diferente da minha prática profissional em meio hospitalar, tendo sido realizado um Jornal de Aprendizagem sobre esse mesmo tema, presente no Apêndice II, de modo a encontrar estratégias sobre como agir no domicílio da pessoa enquanto profissional de saúde. Já a competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica foi desenvolvida pela realização da ação de formação em contexto Orto Traumatológico, o que permitiu adotar o papel de facilitadora de aprendizagem em contexto de trabalho, e também pela discussão e partilha de conhecimento com os enfermeiros orientadores sobre temas pertinentes aos cuidados, como exercícios a implementar no plano de intervenção individual ou sobre os ensinamentos realizados à pessoa submetida a ATA, bem como sobre o tema do projeto que está a ser desenvolvido.

Atividades Desenvolvidas em Contextos Reumatológico e de Desporto

Importa ressaltar as atividades desenvolvidas em contexto Reumatológico e de Desporto que permitiram dar resposta aos objetivos explanados no Guia Orientador desta Unidade Curricular. Em relação ao contexto Reumatológico, pretendia-se com a visita compreender as principais alterações da pessoa decorrente da patologia reumatológica e identificar os programas de reabilitação que permitam maximizar, restaurar ou preservar a funcionalidade e prevenir as complicações decorrentes da patologia reumatológica. Na visita realizada foi possível observar as alterações decorrentes desta patologia em algumas pessoas, como a deformidade nas mãos presente na artrite reumatóide, nomeadamente desvio cubital dos dedos em “rajada de vento”, o edema e as queixas álgicas associadas, bem como a dificuldade na realização das atividades de vida diárias pela diminuição da força muscular, pela restrição de movimentos e amplitudes articulares, pelas deformações articulares e pelas próprias queixas álgicas. A maioria das pessoas que se encontravam a realizar tratamento no dia da visita relatavam isso mesmo, dificuldades em atividades como o andar, o vestir, em alimentar-se, na sua higiene pessoal, bem como, as suas atividades profissionais, além de

referirem os benefícios dos tratamentos que se encontravam no seu plano prescrito pelo fisiatra, principalmente a diminuição da dor.

O tratamento destas doenças tem como objetivo o alívio da dor, a prevenção das deformidades e melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas, aliando o tratamento farmacológico ao tratamento não farmacológico, sendo possível atingir estes objetivos através da educação para a saúde, a prevenção de complicações e a promoção da atividade física, que possibilita a recuperação da função motora, promove a autonomia, restaura a mobilidade, a força e a flexibilidade e melhora a saúde mental, possibilitando uma readaptação e reinserção social (Marques & Ferreira, 2021). Foi possível comprovar os benefícios da educação para a saúde nestas pessoas, pois relatavam ter adquirido muitos conhecimentos no internamento sobre a sua doença e sobre como viver com ela, sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, sobre a importância da adesão ao regime terapêutico, sobre os benefícios da realização de exercício físico e sobre os benefícios dos tratamentos do seu plano, como a aplicação de calor, a massagem relaxante e o uso de aparelhos específicos, o que permite reduzir os efeitos das doenças reumáticas no dia-a-dia da pessoa.

Relativamente ao contexto de Desporto, era pretendido com a realização da visita compreender a intervenção do EEER nas alterações músculo-esqueléticas da pessoa neste contexto, bem como identificar os programas de reabilitação que permitam maximizar, restaurar ou preservar a funcionalidade e prevenir as complicações em contexto desportivo. Na visita realizada infelizmente não houve a oportunidade de entrar em contato com atletas que estivessem a receber algum tipo de tratamento, pois encontravam-se em férias a cumprir o plano de reabilitação delineado, no entanto foi possível retirar bastantes informações da apresentação realizada pelo enfermeiro gestor do departamento médico. A apresentação permitiu entender quais as lesões mais comuns a cada modalidade desportiva presente no clube e que tratamentos são mais apropriados a cada lesão, bem como conhecer e realizar determinados tratamentos, como a realização de ligaduras funcionais, de massagem desportiva e aplicação de eletroterapia. Também foi perceptível o peso de uma lesão num atleta, tanto para o próprio, como para a equipa e para o clube, sendo necessária uma gestão e uma avaliação cuidadosa do atleta lesionado de modo a que o retorno à atividade desportiva se possa fazer de forma segura e tão cedo quanto possível. Com esta apresentação, ficou

igualmente claro que o atleta deve ser tratado de modo diferente por apresentar algumas especificações, pois trata-se de uma pessoa que exerce uma atividade física desportiva, por vezes em competição, estando sujeita a cargas físicas com grandes forças de impacto, de aceleração, desaceleração, compressão, de torções, movimentos de alta velocidade e de repetição contínua (Ribeiro, 2021).

No contexto de Desporto, o EEER presta cuidados em todos os domínios, iniciando-se na avaliação do atleta, passando pela prevenção de lesões, pelo seu tratamento imediato e pela implementação de um programa de reabilitação, ao longo do pré-treino, treino e pós-treino (Ribeiro, 2021). A avaliação do atleta concretiza-se pela realização da avaliação inicial do mesmo, sendo realizadas avaliações subsequentes, pretendendo-se deste modo detetar sinais e sintomas que possam limitar a atividade desportiva, detetar alterações que possam afetar a saúde do atleta e identificar problemas que não estão resolvidos e que predisõem o atleta a novas lesões, podendo ser auxiliada pelo uso de formulários pré-definidos (Ribeiro, 2021). A prevenção de lesões implica o conhecimento dos fatores de risco que predisõem o atleta à lesão, tendo em conta aqueles que estão relacionados com o próprio atleta, como antecedentes pessoais de saúde, ou os que estão relacionados com a modalidade desportiva, como a posição do atleta, a intensidade do treino, entre outros (Ribeiro, 2021). A reabilitação do atleta pretende que o mesmo consiga exercer a atividade desportiva o mais rapidamente possível, de forma segura e com a melhor performance física e técnica, minimizando assim a ocorrência de novas lesões (Ribeiro, 2021).

CONCLUSÃO

Este relatório relata o início do desenvolvimento das competências necessárias à prestação de cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação, presentes no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 392/2019, tratando-se do primeiro contato com esta realidade e a primeira oportunidade em desenvolver estas competências, pelo que será necessário consolidar a aquisição destas competências nas próximas oportunidades de estágio. De modo a demonstrar o desenvolvimento das competências presentes no Regulamentos supracitados, recorro às múltiplas experiências de estágio que considero terem contribuído, de algum modo, para a aquisição destas competências, sentindo a necessidade de explicitar as situações e as ações realizadas para demonstrar o desenvolvimento das competências.

A par do desenvolvimento de competências, este estágio permitiu igualmente o meu desenvolvimento profissional, pelo contato com realidades diferentes daquela da minha prática profissional e pelo contato com o que é ser um EEER, do trabalho que este profissional realiza em diferentes contextos e do impacto da sua intervenção, tanto na pessoa sujeita aos cuidados, capacitando-a para viver com as suas limitações, incapacidades ou deficiências, com maior qualidade de vida e bem-estar, bem como nos serviços de saúde onde exerce funções, permitindo uma otimização dos serviços de saúde e um ambiente positivo para a prática de enfermagem.

Este estágio possibilitou também vários momentos de reflexão pessoal sobre a necessidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade apesar das condições atuais presentes nos serviços de saúde, da importância de olhar para a pessoa na sua globalidade, de perceber a transição que ela está a vivenciar, da importância de refletir sobre a nossa intervenção e de qual é o propósito da nossa ação junto da pessoa, de modo a então prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Circular Normativa 09/DGCG (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, *Diário da República*, Série I (n.º 19/2006 de 2006-06-06), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Instituto da Segurança Social (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social.

Marques, A. & Ferreira, R. (2021). *Enfermagem em Doenças Reumáticas e Músculo-esqueléticas: Um guia prático*. Associação Portuguesa de Profissionais de Saúde em Reumatologia.

Norma 054/2011 (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção-Geral da Saúde.

Norma 008/2019 (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Direção-Geral da Saúde.

Pinto, M.J.B. (2023). Supervisão Clínica e a Minha Prática Profissional: Reflexão. *Estudos Avançados Sobre Saúde E Natureza*, 15. <https://doi.org/10.51249/easn15.2023.1358>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República, *Diário da República*, Série II (n.º 26/2019 de 2019-02-06), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

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

Ribeiro, V. (2021). Enfermagem de reabilitação no desporto. In G. Ribeiro (Ed). *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*, (pp. 681 – 694). Lidel.

ANEXOS

**ANEXO I – ESCALA DA COMA DE
GLASGOW**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos

Pinçamento do trapézio

Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt 2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Graphic design by Margaret Frey based on layout and illustrations from Medical Illustration M1 - 268093
© St George's Healthcare 2015

**ANEXO II - ESCALA DE FORÇA DA MEDICAL
RESEARCH COUNCIL**

Medical Research Council (MRC) Scale for Muscle Strength

The Medical Research Council (MRC) Scale for Muscle Strength is a commonly used scale for assessing muscle strength from Grade 5 (normal) to Grade 0 (no visible contraction). It was originally described by the [Medical Research Council](#) in 1943. The MRC sum score was first described by Kleyweg et al (1988) for use in the Dutch Guillain-Barré trial. This score was defined as the sum of MRC scores from six muscles in the upper and lower limbs on both sides so that the score ranged from 60 (normal) to 0 (quadriplegic).

The *Criteria* requires that each of the six muscle groups listed in the table are examined bilaterally, each with a score from 0 to 5 according to the scale in the right hand column.

MRC Sum score

Muscle		Score 0 - 5	MRC scale for muscle strength (0-5)
Shoulder abductors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 5: Normal
	Right		
Elbow flexors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 4: Movement against gravity and resistance
	Right		
Wrist extensors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 3: Movement against gravity over (almost) the full range
	Right		
Hip flexors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 2: Movement of the limb but not against gravity
	Right		
Knee extensors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 1: Visible contraction without movement of the limb (not existent for hip flexion)
	Right		
Foot dorsiflexors	Left	<input type="checkbox"/>	Grade 0: No visible contraction
	Right		
Total (out of 60)			MRC grade for each muscle given in full numbers: (4+/4.5 =4) (4- =3) (5- = 4)

Reproduced from Muscle Nerve 1991, Vol.14 (11), Kleyweg RP, van der Meche FGA, Schmitz PIM., Interobserver agreement in the assessment of muscle strength and functional abilities in Guillain-Barré syndrome, pp. 1103-1109, Copyright © 2004, John Wiley and Sons.

Special credit - Medical Research Council. Medical Research Council. 1976. *Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System (Memorandum No. 45)*. The MRC Muscle scale is licensed by the Medical Research Council under the Open Government License.

ANEXO III - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

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

Fonte: Costa-Dias, Mj. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

ANEXO IV - ÍNDICE DE BARTHEL

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

**ANEXO V – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
DEGLUTIÇÃO DE GUSS**

ESCALA GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Instrumento de Triagem da Disfagia

1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
Tosse voluntária e/ou clearance Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
Deglutição de Saliva		
<ul style="list-style-type: none"> • Deglute com êxito • Sialorreia • Mudança vocal 	1	0
	0	1
	0	1

TOTAL

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

2ªFASE - Teste direto da deglutição

	*Pastoso→	**líquidos→	***sólidos
DEGLUTIÇÃO			
<ul style="list-style-type: none"> • A ingestão não é possível 	0	0	0
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg) 	1	1	1
<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de sucesso 	2	2	2
TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e apos a deglutição – até 3 min mais tarde			
<ul style="list-style-type: none"> • SIM • NÃO 	0	0	0
	1	1	1
SIALORREIA			
<ul style="list-style-type: none"> • SIM • NÃO 	0	0	0
	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh"			
<ul style="list-style-type: none"> • SIM • NÃO 	0	0	0
	1	1	1
	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido	Soma 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido	Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal

+

=

RESULTADOS/score	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
<p>20</p> <p>SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas</p>	<p>Sem disfagia</p> <p>Risco mínimo de aspiração</p>	<p>Dieta normal</p> <p>Líquidos - sem restrição</p> <p>Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino</p>
<p>15-19</p> <p>Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos</p> <p>Sólido mal sucedido</p>	<p>Disfagia ligeira</p> <p>Baixo risco de aspiração</p>	<p>Dieta pastosa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala
<p>10-14</p> <p>PASTOSA bem sucedida</p> <p>LÍQUIDOS mal sucedidos</p>	<p>Disfagia Moderada</p> <p>existe risco de aspiração</p>	<p>Dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia Fala <p>Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral</p>
<p>0-9</p> <p>PASTOSA mal sucedida</p>	<p>Disfagia Grave</p> <p>Alto risco de aspiração</p>	<p>NPO (nada por via oral)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala <p>Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral</p>

APÊNDICES

**APÊNDICE I – AÇÃO DE FORMAÇÃO
“ENSINOS À PESSOA SUBMETIDA A
ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA”**

Ensinos à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

Revisão de literatura e análise de conteúdo de artigos científicos de 2010 a 2020

Objetivo

- Sensibilizar a equipe para a importância da realização dos ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, e de seu registro no Sicha.

Sumário

- Introdução
- Ensinos à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca
 - Antecedentes
 - Pacientes em
 - Tabela de
 - Tabela de
 - Análise com Análise de
 - Regime
 - Meio e
 - De
 - De
- Conclusão

Introdução



- A Artroplastia Total da Anca é um procedimento ortopédico realizado quando o dor e o sofrimento oriundo pela pessoa superam as limitações que a impedem de desempenhar as suas atividades de vida diária, sendo implantada uma prótese na articulação femoral (componente femoral), e outra na sua articulação acetabular.

De la et al., 2009; Mendonça et al., 2011

Introdução

- O processo de reabilitação tem enfoque na melhoria da qualidade de vida, enfatizando a capacitação da pessoa e a maximização da sua independência.
- A intervenção precoce previne complicações (rigidez articular, atrofia muscular, trombose venosa profunda e iscação) bem como diminui o tempo de internamento.
- A pessoa deixa-se com uma situação de dependência de terceiros, necessitando que lhe sejam disponibilizadas informações relativas às estratégias que pode implementar de modo a satisfazer as suas atividades de Vida Diária de forma autónoma.
- O enfermeiro assume o papel de fornecer essa informação de modo a que a pessoa possa maximizar a sua autonomia, validando se a informação foi compreendida.

Coelho et al., 2011

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Noções Gerais

- Consciencializar a pessoa sobre as precauções de segurança a adotar e a prevenção de complicações.
- Analisar o nível de conhecimento que a pessoa apresenta sobre a situação de modo a ajustar os ensinos às necessidades da pessoa.
- Incluir a família/cuidador informal nos cuidados para garantir o suporte pós-alta e no domicílio.
- Providenciar material informativo de modo a facilitar a retenção da informação.
- Validar se a informação fornecida foi compreendida e se a pessoa adere às indicações.
- Fazer o registo dos ensinos realizados de modo a que haja evidência da realização dos mesmos.

Coelho et al., 2011

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Movimento Corporal

- Há grande importância física e psicológica de movimentos adequados à capacidade funcional, para que a realização de atividades seja bem sucedida e não se torne uma fonte de estresse.
- Deve-se ensinar, inclusive, a evitar alguns exercícios desfavoráveis:
 - Exercícios com movimentos flexão de tronco (flexão tronco e cabeça, flexão tronco e cabeça, flexão tronco e cabeça, flexão tronco e cabeça).
 - Exercícios com movimentos de extensão de tronco (extensão de tronco e cabeça, extensão de tronco e cabeça, extensão de tronco e cabeça).
 - Exercícios com movimentos de rotação de tronco (rotação de tronco e cabeça, rotação de tronco e cabeça, rotação de tronco e cabeça).
- Deve-se ensinar, inclusive, a evitar alguns movimentos desfavoráveis:
 - Colocar o pé sobre o outro pé, flexão de tronco com o pé sobre o outro pé, flexão de tronco com o pé sobre o outro pé.
- Registrar a realização do ensino no SICOE:
 - Inserir o nome do paciente no SICOE.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Posicionar-se

- A pessoa deve ser informada da importância da utilização da traseira abduzir ou simular grande durante o posicionamento de decúbito dorsal ou decúbito lateral para a lado não operado, evitando assim a adução para além da linha média sagital.
- Registrar a realização do ensino no SICOE:
 - Inserir o nome do paciente no SICOE.
 - Inserir o procedimento no SICOE.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Transferir-se

- De modo a reduzir o risco de complicações, a pessoa deve manter o membro operado em extensão na horizontal, evitando qualquer movimento de flexão, extensão ou rotação de tronco, para evitar a adução para além da linha média sagital.
- O lado pelo qual a pessoa se deve transferir deve ser o lado não operado.
 - Se não for possível, deve-se transferir para o lado operado, com o membro operado em extensão na horizontal, evitando qualquer movimento de flexão, extensão ou rotação de tronco, para evitar a adução para além da linha média sagital.
- É necessário ensinar a pessoa de maneira adequada para minimizar o risco de complicações, para se levantar, a distribuição dos membros para não possibilitar a adução e extensão do membro operado.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Transferir-se

- A pessoa deve ser ensinada para evitar certas posturas ao entrar e sair do leito:
 - Não apoiar o membro operado sobre o lado do membro não operado para evitar a adução para além da linha média sagital.
 - Não apoiar o membro operado sobre o lado do membro não operado para evitar a adução para além da linha média sagital.
 - Não apoiar o membro operado sobre o lado do membro não operado para evitar a adução para além da linha média sagital.
- Registrar a realização do ensino no SICOE:
 - Inserir o nome do paciente no SICOE.
 - Inserir o procedimento no SICOE.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Sentar-se

- Deve-se ensinar à pessoa que deve manter o membro operado em extensão na horizontal, evitando qualquer movimento de flexão, extensão ou rotação de tronco, para evitar a adução para além da linha média sagital.
- A pessoa deve evitar a inclinação posterior do tronco, evitando a adução para além da linha média sagital.
- Não ficar o tempo todo sentado.
- A cadeira deve ser suficientemente alta para que o pé do lado não operado esteja no chão.
- Não cruzar os pés, de modo a evitar a adução para além da linha média sagital e a rotação de tronco.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Andar com Auxiliar de Marcha

- Deve-se ensinar os cuidados a ter ao andar com auxiliar de marcha:
 - Quando está indicado a marcha com o auxílio de marcha, a pessoa deve manter o membro operado em extensão na horizontal, evitando qualquer movimento de flexão, extensão ou rotação de tronco, para evitar a adução para além da linha média sagital.
 - Quando está indicado a marcha com o auxílio de marcha, a pessoa deve manter o membro operado em extensão na horizontal, evitando qualquer movimento de flexão, extensão ou rotação de tronco, para evitar a adução para além da linha média sagital.
- Registrar a realização do ensino no SICOE:
 - Inserir o nome do paciente no SICOE.
 - Inserir o procedimento no SICOE.



Leiteiro et al., 2021

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Higiene

- A realização de técnicas adequadas no caso de banho podem facilitar que a pessoa mantenha melhor a sua higiene.
 - Se a WC não funcionar, a pessoa deve ser transportada e colocada em banho em banho de lençol ou em banho de jato, e a pessoa deve evitar se movimentar excessivamente durante o banho, para não causar desconforto ou lesões. Se necessário, os cuidadores devem utilizar uma cadeira de banho adequada para facilitar a higiene.
 - Se a WC não funcionar, a pessoa deve ser transportada e colocada em banho de lençol ou em banho de jato, e a pessoa deve evitar se movimentar excessivamente durante o banho, para não causar desconforto ou lesões. Se necessário, os cuidadores devem utilizar uma cadeira de banho adequada para facilitar a higiene.
- A pessoa deve ser informada que não pode tomar banho de banheira por um mês após a cirurgia, a menos que o médico autorizar.



Luizinho et al., 2017

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Vestir e Despir

- Informar à pessoa dos cuidados que deve ter ao vestir e despir de modo a prevenir complicações.
 - Para vestir e tirar o calçado, a pessoa deve evitar puxar o calçado para cima ou para baixo, e deve evitar puxar o calçado para dentro ou para fora.
 - Para despir, deve-se evitar puxar o calçado para dentro ou para fora, e deve evitar puxar o calçado para cima ou para baixo.
- A pessoa deve utilizar sapatos fechados, de preferência sem alacovado, de salto baixo e largo e antepés adequados. O uso de calçados de salto longo pode facilitar a queda.



Luizinho et al., 2017

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Uso de Sanitário

- Uma vez que os banhos, por serem banhos, aumentam a taxa de infecção da prótese, é aconselhado o uso de um sanitário 24 horas.
 - Se o sanitário não tiver barras de apoio, a pessoa deve usar o apoio para se sentar, levantando-se lentamente, mantendo a cabeça apoiada em frente.
 - Se não houver barras de apoio, a pessoa pode apoiar-se em uma das pernas durante o uso do sanitário, levantando-se lentamente e mantendo a cabeça apoiada em frente.
- Registrar a realização do ensino no futuro:
 - Avaliar sobre a compreensão para o uso do sanitário.
 - Avaliar o uso do sanitário com o profissional.



Luizinho et al., 2017

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Gestão do Regime Terapêutico

- A pessoa deve ser informada sobre os sinais de infecção, como dor intensa, vermelhidão, inchaço, febre, mal-estar, dificuldade para andar, inchaço, vermelhidão, dor, febre, mal-estar, dificuldade para andar, inchaço, vermelhidão, dor, febre, mal-estar, dificuldade para andar.
- Deve ser igualmente informada sobre os medicamentos prescritos que deve evitar:
 - Fármacos com efeito anticoagulante.
 - Fármacos com efeito antiplaquetário.
 - Fármacos com efeito anti-inflamatório.
- Realizar ensino também sobre a prevenção de quedas devido ao uso de auxiliar de marcha, como retirar tapetes do chão, limpar fios e cabos do chão, garantir uma iluminação adequada dos espaços, etc.



Luizinho et al., 2017

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Gestão do Regime Terapêutico

- Apesar de ser um tópico difícil de abordar, a discussão com a pessoa sobre a atividade sexual é importante. A abordagem do tema com naturalidade e o uso de linguagem simples pode facilitar a discussão. Muitos estudos referem-se ao retorno à qualidade de vida após a artroplastia da anca, devido à dor causada pela doença degenerativa que motiva a artroplastia.
- A principal preocupação, do profissional de saúde e da pessoa, é a luxação durante a atividade sexual. O retorno à atividade sexual deve ser recomendado entre 15 dias a 1 mês após a cirurgia, mas depende de cada caso.
- Devem-se evitar posições sexuais que aumentem o risco de luxação, em que há flexão da coxoflexão acima dos 90°, abdução para lá da linha média ou rotação interna ou externa.

Luiz et al., 2017

Ensinos à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca - Gestão do Regime Terapêutico

- Pode-se recomendar algumas posições seguras:
 - Posição de decúbito lateral.
 - Posição de prona, caso não existam problemas no equilíbrio postural e de equilíbrio, podendo um membro superior apoiar a outra parte do corpo e garantir o equilíbrio.
 - Decúbito lateral e decúbito dorsal, caso se tenha deitado e se não existam problemas.
 - Decúbito para e para trás, caso se tenha deitado e se não existam problemas.
- Registrar a realização do ensino no futuro:
 - Avaliar sobre a compreensão.
 - Avaliar sobre a prática de atividade sexual.



Luiz et al., 2017

Conclusão



- As pessoas submetidas a inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida.
- Novas rotas de ida e de volta precisam ser aprendidas e novas estratégias precisam de ser implementadas para resolver os novos problemas que vão surgir no quotidiano das pessoas.

Alfonso et al., 2021

Referências Bibliográficas

- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.
- Alfonso, A., 2021. A inteligência total da única prestação de informações sobre a sua carga e os caminhos "pós-operacionais", mas especificamente sobre a identificação de conexões e como as pessoas de modo a melhorar a sua qualidade de vida. *Revista de Gestão e Inovação*, 18(1), pp. 1-10.

**APÊNDICE II – JORNAL DE
APRENDIZAGEM: CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO
DOMICÍLIO**



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Domicílio

Beatriz Maria Besteiro Pinto, nº 3313

Professora Regente:
Cristina Saraiva

Professora Orientadora:
Cristina Baixinho

Lisboa
junho 2023

Este Jornal de Aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, no primeiro contexto de comunidade, mais concretamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]. Com este trabalho pretendo refletir sobre uma temática, decorrente do estágio, utilizando para isso o Ciclo Reflexivo de Gibbs, para estruturar esta reflexão, de modo a questionar a minha prática no estágio, procurando decompor esta experiência e trazer novos conhecimentos daí provenientes para a minha prática e assim conseguir melhorá-la.

O Ciclo Reflexivo de Gibbs é uma ferramenta que pretende facilitar a reflexão de uma situação na prática, tendo em conta seis etapas, como a descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação, de modo a promover a aprendizagem experiencial e uma prática reflexiva, possibilitando uma aprendizagem através da reflexão sobre a ação.

A UCC [REDACTED] é uma unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde de [REDACTED] que tem como objetivo uma maior proximidade com o cidadão e uma maior qualidade do serviço prestado à população da área geográfica de [REDACTED] [REDACTED], sendo que a ECCI destina-se à prestação de cuidados à pessoa em “situação de dependência funcional transitória ou prolongada (...), cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio” (Instituto da Segurança Social, 2023, pp. 7) para a realização dos cuidados de enfermagem planeados. Deste modo, a visita domiciliária é o principal meio de prestação de cuidados da ECCI, sendo necessário entrar no espaço da pessoa e criar uma relação de ajuda de proximidade, para garantir a continuidade de cuidados e do plano de reabilitação.

Irei então focar-me neste tópico, a visita domiciliária, neste Jornal de Aprendizagem, descrevendo como correram as visitas domiciliárias que realizei enquanto aluna de Enfermagem de Reabilitação, que sentimentos emergiram e que ilações posso tirar para melhorar a minha prática. Interessa debruçar-me sobre este tópico, uma vez que o foco do meu projeto é a Reabilitação no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, que será operacionalizado no domicílio da pessoa,

importando conhecer o mesmo e o meio onde a pessoa se insere de modo a personalizar o plano de Reabilitação e a adequá-lo às condições de domicílio da pessoa.

Neste estágio, no contexto de comunidade, tive a oportunidade de acompanhar uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na realização de várias visitas domiciliárias aos utentes que lhe estão atribuídos. Antes da realização da visita propriamente dita, é realizada uma consulta ao processo do utente e a delineação do que será pretendido na visita que irá decorrer, tendo em conta o plano de intervenção individual para a pessoa em questão, uma vez que os cuidados prestados devem ter em conta a individualidade da pessoa e da sua família. Quando se fala em Cuidados na Comunidade, é possível “prestar cuidados integrais e considerando toda a pessoa na sua circunstância, também denominada de visão holística” (Duarte, 2007, pp. 10), pois ao entrar na casa da pessoa, inclui-se um conjunto de aspetos da vida da pessoa que possibilitam a visão desta como um todo, “com uma vida além da doença, integrante de um todo familiar e comunitário o que encontra terreno para aplicação nos cuidados domiciliários” (Duarte, 2007, pp. 10). A casa da pessoa é então o melhor local para se verificar quais as necessidades desta, pois é onde ela se depara com a sua realidade, o que possibilita que os cuidados sejam adequados à essa mesma realidade (Oliveira, 2021).

A maioria das situações que motivaram a referenciação das pessoas para ECCL, neste período de estágio, prendem-se com dependência temporária nas Atividades de Vida Diárias, como por exemplo em situações após Acidente Vascular Cerebral ou após colocação de Prótese Total da Anca, e necessidade de capacitação da pessoa e do seu cuidador. Segundo Duarte (2007), os Cuidados na Comunidade constituem-se como uma resposta para a diminuição do tempo de internamento e dos riscos associados a este, resultando em pessoas com dependência elevada transferidas para a comunidade e família, com necessidades muitas vezes complexas, para as quais é preciso uma capacitação da pessoa e cuidador para responder a estas necessidades. É necessário considerar o papel essencial da família da pessoa, que muitas vezes assume o papel do cuidador informal neste período de recuperação e de convalescença, apresentando muitas vezes sentimentos de angústia e frustração devido ao confronto com a situação real da pessoa, pelo que a comunicação efetiva e a negociação, com envolvimento da pessoa e família/cuidador informal, são essenciais para a sua capacitação e envolvimento

nos cuidados (Duarte, 2007). É então necessário que o EEER compreenda as alterações funcionais resultantes da doença e do internamento na pessoa e quais as necessidades da pessoa e família/cuidador, pois estas alterações da pessoa não a irão somente afetar, mas sim todos os membros da família, dependendo do papel que cada membro da família desempenhava previamente, sendo que o objetivo do EEER foca-se na adaptação e reinserção na comunidade desta pessoa e família, bem como a promoção da independência, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas pela capacitação para o autocuidado ou para o cuidado do seu familiar (Oliveira, 2021).

Ao chegarmos à casa do utente, uma vez que sou um elemento estranho no dia a dia das visitas, é realizada a minha apresentação e do meu papel enquanto aluna de Enfermagem de Reabilitação, sendo aceite a minha presença pelas pessoas. Por um lado, é estranho voltar ao papel de estudante em ensino clínico, na procura do meu lugar dentro da equipa, pois apesar de já ser enfermeira e assumir os cuidados de enfermagem prestados às pessoas que me estão atribuídas, encontro-me a assumir agora outro papel, o de aluna de Enfermagem de Reabilitação a acompanhar um EEER na prestação de cuidados a utentes que lhe estão atribuídos.

Por outro lado, é estranho entrar na casa da pessoa, já que a minha prática profissional centrou-se maioritariamente em serviços de internamento em hospitais e em lares residenciais para pessoas idosas, e nestas situações trata-se de um espaço, do hospital ou do lar, a que a pessoa se dirige para a prestação de cuidados de saúde, adotando uma posição mais passiva. Agora confronto-me com o fato de ter que entrar no espaço da pessoa, em ser uma “visita” na sua casa, o que implica o desenvolvimento de novas competências, pois tenho que negociar a minha presença e a minha ação na casa de pessoa, pela criação de uma relação de maior proximidade com esta e com a sua família, sendo esta relação diferente daquela estabelecida em contexto hospitalar (Duarte, 2007).

Na relação estabelecida entre pessoa, família/cuidador informal e enfermeiro é então necessário negociar o espaço público dentro da casa da pessoa, negociar as perceções atuais e do futuro da situação da pessoa e do plano de tratamento, estabelecer relações de colaboração entre os vários intervenientes em que há reconhecimento do papel de cada um, clarificar expectativas de papel pelo reconhecimento e negociação dos papéis de cada um dos intervenientes, negociar e partilhar o conhecimento que cada

elemento possui, e abordar temas tabu com naturalidade, que podem variar da tolerância à dor a hábitos mais privados (Spiers, 2002). De um modo geral, deve ser realizada uma adaptação à realidade da pessoa e família e do seu ambiente, deve ser estabelecida uma relação de ajuda, definindo quais as fronteiras a não ultrapassar, de modo a que as intervenções de enfermagem tenham em conta as necessidades da pessoa e do seu contexto, e que sejam aceites por todos, através da negociação (Duarte, 2007), sendo isso o que tenho observado neste estágio e tentando integrar e incluir na minha prática, não só neste momento em que me encontro em estágio, mas também na minha prática profissional, já que concordo que na relação estabelecida com a pessoa se deve respeitar todos estes aspetos.

No seguimento da visita domiciliária, é realizada uma avaliação de como a pessoa se encontra, se existem algumas barreiras para a realização do plano de reabilitação, e se não existirem nenhuns entraves, prossegue-se com o plano instituído e adequado tanto às condições ambientais do domicílio da pessoa, do meio ambiente ao redor do mesmo e ao contexto onde a pessoa se insere. Deste modo, é necessário mobilizar o conhecimento de vários aspetos, tal como sobre o conhecimento da pessoa no seu contexto, como esta lida com a sua situação, que intervenções implementar tendo em conta a individualidade da pessoa e que tipo de apoio é necessário tendo em conta a sua dependência (Duarte, 2007), uma vez que constatei em estágio que a pessoa pode estar a experienciar várias transições neste momento, como de saúde-doença, situacionais, entre outras, sendo necessário que a pessoa tenha conhecimento dessas transições para poder tomar decisões de forma autónoma (Oliveira, 2021).

Também constatei em estágio que a pessoa pode apresentar expectativas irreais em relação ao seu processo de convalescença, sendo necessário realizar a gestão dessas mesmas expectativas tendo em conta a realidade da pessoa. Como o desejo de um utente em conseguir realizar a sua higiene perianal autonomamente, como realizava antes do Acidente Vascular Cerebral, mas que não é possível por apresentar de momento hemiparésia do membro superior direito com força 3/5 na Escala da Medical Research Council. Ou a necessidade de utilização de determinado produto de apoio para a realização das suas atividades de vida diárias que o EEER pode e deve recomendar, como o uso de alteador de sanita, cadeira giratória de duche, etc. E como apoiar a pessoa quando é confrontada com a realidade e vê que já não consegue realizar o que realizava

antes desta situação de dependência, em que necessita de outros, na maioria das vezes os seus familiares, para realização das suas AVD? Penso que a relação de proximidade entre enfermeiro e pessoa que é construída em cuidados domiciliários é um elemento facilitador para o fornecimento desse apoio.

O EEER deve igualmente ter conhecimento sobre o cuidador, tal como qual a sua perspetiva em relação à situação de saúde da pessoa, como este desempenha as tarefas necessárias para o apoio à pessoa e lida com o stress (Duarte, 2007), uma vez que existem cuidadores que podem não ter vontade para ser cuidadores, mas a isso são “obrigados”, e outros que têm vontade, mas apresentam necessidade de mais conhecimentos para isso, devendo o EEER planear, com todos os intervenientes, a equipa multidisciplinar, a pessoa e a família/cuidador informal, as ações necessárias para atingir os objetivos pretendidos com o plano de intervenção individual, através do ensino e treino, motivando a pessoa e família para a sua capacitação (Oliveira et al., 2021). Tive a oportunidade de acompanhar utentes neste estágio em que o cuidador apresentava vontade para este papel, deixando até de trabalhar para a prestação dos cuidados à pessoa, necessitando apenas de ensino sobre como cuidar da pessoa para a sua capacitação para este novo papel, e também de acompanhar situações em que o cuidador se via “obrigado” a assumir este papel, não expressando vontade em tal, por relações familiares complicadas, garantindo então o apoio à pessoa pela contratação de cuidadores formais. Além disso, observei cuidadores em sobrecarga, segundo a Escala de Zarit, que se encontram exaustos devido ao fato de serem cuidadores dos seus familiares e referirem encontrar-se desesperados pelo tempo demorado na referenciação para outras tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo perceptível o apoio fornecido pelas enfermeiras da ECCI.

É também necessário conhecimento sobre o que é imprescindível realizar no momento, de modo a estabelecer prioridades para as intervenções (Duarte, 2007), como o controlo da dor previamente à realização do plano de reabilitação, e ter em conta as expectativas da pessoa e família, como o desejo da pessoa em voltar a conduzir após a colocação de uma Prótese Total da Anca, como tive a oportunidade de observar em estágio. Além disso, é necessário o conhecimento do que vai ocorrer no futuro, sabendo que problemas se podem instalar e como preveni-los, e preparar a alta desde o início da intervenção (Duarte, 2007), de modo a que a pessoa tenha noção de que é acompanhada

pela ECCI por determinado período de tempo e depois terá alta e será acompanhada em centro de fisioterapia, por exemplo, ou será transferida para outra tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dependendo das suas necessidades.

Pelo reconhecimento dos défices de conhecimento, é possível identificar que informação é necessária para os cuidados à pessoa e focar o ensino da pessoa e família nesses aspetos (Duarte, 2007), como tive a oportunidade de observar e participar no ensino à família/cuidador sobre a importância de manter o treino com andarilho no dia-dia da pessoa, a par do treino realizado pelo EEER. É fulcral possuir o conhecimento relativo aos recursos e serviços comunitários, como a possibilidade de disponibilidade de ajudas técnicas e de apoio de instituições, como apoio para a higiene e possibilidade de frequentar centros de dia e centros de fisioterapia, de modo a que as necessidades das pessoas sejam supridas (Duarte, 2007), pelo encaminhamento para instituições depois do acompanhamento por ECCI, como tive oportunidade de verificar.

É então necessário ter em consideração todas estas necessidades de conhecimento durante a visita domiciliária, sendo algo que tive a oportunidade de observar e de realizar durante este estágio. No final desta é então programada a próxima visita com a pessoa e realizados os registos referentes à visita, de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

Neste estágio, tive então a oportunidade de observar o funcionamento de uma ECCI e a realidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade. Ao refletir sobre esta experiência, apercebo-me do quão pouco conhecia do trabalho do EEER na comunidade, tanto que na planificação dos objetivos que me propus a desenvolver em estágio, não contemplei o planeamento e implementação de treinos motor, cardíaco e respiratório neste contexto, sendo que tive bastantes oportunidades em desenvolver planos de treino, o que me leva a refletir sobre a minha conceção sobre o papel do EEER na comunidade.

Tive também a oportunidade de observar a implementação do que encontrei na literatura nas várias visitas domiciliárias que observei e de participar na implementação desses mesmos conceitos explanados na literatura. Como foi o primeiro estágio enquanto aluna de Enfermagem de Reabilitação, o primeiro contacto com esta realidade, posso ainda ter me encontrado bastante inibida em relação a como me comportar e agir, notando uma grande diferença na minha postura nas primeiras visitas, em que quase

não comunicava com as pessoas, com as últimas visitas, em que comunico muito mais com as pessoas.

Por concordar com o que encontrei na literatura sobre este tema, irei continuar a implementar esses conceitos nos próximos estágios e na minha prática futura, qualquer que seja o contexto, pois são noções que me fazem sentido serem incorporadas na relação do EEER com a pessoa, como a negociação, a relação de proximidade e o conhecimento sobre a situação da pessoa e família/cuidador e de tudo o que as envolve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duarte, S. (2007). O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16,11-23.
- Instituto da Segurança Social (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social.
- Oliveira, C; Couto, G. & Silva, R.P. (2021). Enfermagem de Reabilitação nos cuidados de saúde primários. In G. Ribeiro (Ed). *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp. 654 – 670). Lidel.
- Spiers, J. (2002). The Interpersonal Contexts of Negotiating Care in Home Care Nurse-Patient Interactions. *Qualitative Health Research*, 12 (8), 1033-1057. DOI: 10.1177/104973202236579

APÊNDICE II - Estudo de Caso em Contexto
Cardiorrespiratório

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Estudo de Caso – Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca

Beatriz Maria Besteiro Pinto, nº 3313

Professora Regente:
M^a do Céu Sá

Professora Orientadora:
Cristina Baixinho

Lisboa
fevereiro 2024

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	62
CARACTERIZAÇÃO DO FENÓMENO DE SAÚDE	63
HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.....	69
Transição vivenciada	70
AVALIAÇÃO DO CLIENTE	71
Avaliação Familiar (Avaliação Familiar de Calgary)	72
Avaliação do Impacto no Autocuidado	73
PLANO DE CUIDADOS	74
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	1
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	2

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso é elaborado no decorrer da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no seu segundo Contexto, o Contexto Cardiorrespiratório, pretendendo com este trabalho compreender um fenómeno de saúde, nomeadamente, a Cirurgia à Válvula Mitral, à Válvula Tricúspide e Coronária sob a ótica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), além de pretender conhecer a transição vivenciada pela pessoa que passa por esta situação.

Importa ressaltar que o Estágio em Contexto Cardiorrespiratório teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cardiorrespiratória (CCT), num Hospital localizado na área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, razão pela qual irei começar por apresentar uma breve caracterização dos fenómenos de saúde referidos acima, do ambiente de cuidados onde foi realizado o estágio e o seu impacto na pessoa, terminando pelos cuidados de enfermagem de reabilitação recomendados em situações de saúde semelhantes.

De modo a continuar o presente estudo de caso, é necessária a recolha de informações tanto pela observação e avaliação da pessoa, e a realização de entrevista à pessoa, como pela consulta do processo clínico da pessoa, recolhendo informações a partir dos registos de enfermagem, do plano de cuidados e de outros profissionais da equipa multidisciplinar, bem como pela avaliação de exames auxiliares de diagnóstico, de modo a conhecer a pessoa em questão e qual a necessidade de cuidados. De seguida é construído o plano de cuidados, que contém os diagnósticos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) relevantes à situação desta pessoa, bem como os resultados esperados com as intervenções a implementar, culminando pela avaliação das intervenções implementadas.

Por fim, é realizada uma análise crítica deste fenómeno, da avaliação da pessoa em questão, do plano que foi implementado e dos pontos positivos e negativos, pretendendo-se a compreensão deste fenómeno e qual a intervenção do EEER nesta situação, de modo a conseguir extrapolar o conhecimento adquirido desta análise para ser aplicado em outras situações semelhantes que encontrarei no futuro.

CARACTERIZAÇÃO DO FENÓMENO DE SAÚDE

O envelhecimento progressivo da população portuguesa leva a um aumento da procura de cuidados de saúde na área na cirurgia valvular e coronária, uma vez as patologias deste foro são mais prevalentes com a idade. A febre reumática é a causa mais comum de doença mitral, sendo que a sua prevalência tem vindo a diminuir nos países industrializados, no entanto continua a ser um problema de saúde que afeta um grande número de pessoa, na sua maioria idosas (Vahanian et al., 2022). A fibrilhação auricular, febre reumática e defeitos congénitos são as principais causas de doença tricúspide, estando igualmente associada ao envelhecimento da população (Vahanian et al., 2022). A Substituição Valvular é o tratamento definitivo para as pessoas com doenças mitrais e tricúspides, sendo necessário o recurso a circulação extracorporeal durante a mesma, sendo possível a implantação de válvulas mecânicas ou biológicas, tendo em conta a pessoa e o seu estilo de vida, uma vez que as válvulas mecânicas carecem de medicação anticoagulante para prevenir a trombose da prótese (Fisher et al., 2002).

A doença coronária é caracterizada pela redução ou obstrução completo do fluxo de sangue através das artérias coronárias devido a um estreitamento, normalmente associado a arteriosclerose, ou a presença de um trombo, manifestando-se pela presença de angor, podendo resultar em alterações no ritmo cardíaco, insuficiência cardíaca ou morte súbita (Fisher et al., 2002). A Cirurgia de Revascularização Miocárdica encontra-se reservada para situações em que vários vasos coronários estão afetados, como o tronco comum da coronária esquerda ou artéria descendente anterior, ou quando o angor não cede à terapêutica instituída, sendo que esta cirurgia pretende a revascularização completa dos territórios afetados por lesões obstrutivas de mais de 50%, realizando pontes entre a aorta e as artérias coronárias lesionadas (Neumann et al., 2019; Fragata, 2009). Com esta cirurgia, é possível melhorar a função ventricular, eliminar o andar, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Fragata, 2009).

Trata-se de uma cirurgia que não se encontra isenta de riscos e complicações, pelo que o EEER deve ter os mesmos em conta nos seus cuidados, não descuidando como o ambiente em UCI pode influenciar o estado da pessoa, e ter tudo isto em mente ao delinear o plano de cuidados adequados à pessoa. É durante o internamento hospitalar

para a cirurgia que se inicia a primeira fase de reabilitação cardíaca e a avaliação da pessoa quanto à presença de fatores de risco que podem indicar o aparecimento de complicações no pós-operatório, de modo a reduzir o impacto das mesmas (Malcato, 2023). Deste modo, o EEER deve ter em conta os parâmetros vitais da pessoa, como frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, dor e oximetria, bem como outros parâmetros avaliados em contexto de cuidados intensivos, tal como pressão venosa central, gasometria arterial, valores de hemoglobina, balanço hídrico, volume e característica do conteúdo drenado pelas drenagens torácicas e alterações da condução elétrica, não descurando a avaliação da força muscular da pessoa, da função cognitiva, do equilíbrio e da funcionalidade para realizar as Atividades de Vida Diárias (Malcato, 2023).

Deve igualmente ser avaliada a radiografia do tórax da pessoa previamente à intervenção, interpretando a mesma de forma sistematizada e estruturada, de forma a analisar todas as estruturas e cada uma em particular (Cordeiro et al., 2017). Deste modo deve-se começar por verificar se se está a analisar a radiografia da pessoa certa, qual a incidência utilizada e a qualidade técnica da radiografia, devendo depois começar a interpretação pelas vias aérea, como posição da traqueia e avaliação dos campos pulmonares, comparando-os; seguindo para a identificação das estruturas ósseas, que servem como pontos de referência para verificar a qualidade da imagem; de seguida avaliar a silhueta cardíaca e o diafragma, terminando pela presença de artefactos, como dispositivos médicos (Cordeiro et al., 2017).

A auscultação pulmonar é parte essencial da avaliação da pessoa, devendo ser realizada em local calmo, e deve ser sistemática e simétrica, iniciando-se dos ápices pulmonares até aos vértices, comparando ambos os campos pulmonares, auscultando cada local cuidadosamente tanto na inspiração como na expiração, não esquecendo de solicitar à pessoa para respirar profundamente através da boca (Cordeiro & Menoita, 2012). Deve-se avaliar a presença de sons respiratórios, que são gerados pela passagem do ar pela árvore brônquica e são atenuadas pelas estruturas pulmonares distais por onde passa, bem como da presença de ruídos adventícios, como sibilos, roncos, crepitações finais e grossas, que se caracterizam pelo som produzido pelo fluxo de ar

através das vias aéreas mais estreitas, devido a broncoconstrição ou obstrução parcial (Codeiro & Menoita, 2012).

O programa de reabilitação delineado para a pessoa após cirurgia cardíaca, além de ser personalizado e focar-se nos objetivos pessoais da mesma, deve incluir o treino de exercício, o aconselhamento nutricional, o controlo de comorbilidades como a diabetes mellitus, a hipertensão e o colesterol, a cessação tabágica caso não tenha sido já contemplada no período pré-operatório, o controlo do peso, o acompanhamento psicossocial e o ensino sobre cuidados a ter após a cirurgia, como a contenção das suturas nas transferências, posicionamentos e tosse e o progressivo aumento na atividade física e avaliação da tolerância ao mesmo (Malcato, 2023).

Como referido, o EEER atua igualmente na prevenção das complicações pós-operatórias, mais concretamente nas complicações pulmonares, sendo bastante prevalentes no pós-operatório desta cirurgia, pelo que a atuação do EEER incide em evitar e corrigir as alterações posturais e defeitos ventilatórios, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, reeducar no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios, com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade, bem como diminuir os custos associados aos cuidados de saúde, devendo iniciar-se o programa de reabilitação o precocemente possível, de preferência no período pré-operatório, e ter em conta que o sucesso do programa vai depender da adesão da pessoa ao mesmo (Malcato, 2023; Cordeiro & Menoita, 2012; Fragata, 2009). Estas complicações passam pela pneumonia, a insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatórios, o broncospasmo, o derrame pleural, a atelectasia e a tosse produtiva, bem como defeitos posturais e complicações tromboembólicas, resultando do trauma cirúrgico e da imobilidade do pós-operatório imediato (Malcato, 2023; Cordeiro & Menoita, 2012).

Deste modo, no período pós-operatório o EEER pretende (Malcato, 2023; Cordeiro & Menoita, 2012):

- Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular, com a promoção de uma posição de conforto e relaxamento, e a dissociação e controlo dos tempos respiratórios;

- Assegurar a permeabilidade da via aérea mediante uma adequada mobilização das secreções através da drenagem postural modificada, acrescentando manobras acessórias, com moderação devido à dor e de acordo com a avaliação da coagulação da pessoa, devendo evitar-se a percussão devido ao risco de hemorragia, e o ensino da tosse dirigida com contenção de suturas;
- Promover a mobilização de secreções com o uso de dispositivos de apoio como flutter, acapella, que facilitam a vibração das vias aéreas, substituindo a função mucociliar;
- Manter a estabilidade do esterno na realização da tosse dirigida, instruindo a pessoa a realizar três inspiração profundas, seguidas de tosse ao realizar flexão do tronco, fazendo contenção da ferida ao abraçar o peito ou a usar colete de contenção esternal;
- Melhorar a capacidade funcional respiratória através de técnicas como a a reeducação diafragmática, a reeducação costas global ou seletiva, e exercícios de expansão torácica, com ênfase na inspiração;
- Melhorar a capacidade funcional motora e prevenir as complicações da imobilidade através da mobilização, levante e deambulação precoce, de acordo com a tolerância da pessoa;
- Corrigir defeitos posturais através de técnicas de correção postural em frente a um espelho quadriculado ou mantendo um posicionamento adequado no leito;
- Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, através de uma melhor ventilação alveolar e relação ventilação-perfusão com o uso do espirómetro de incentivo, uma vez que este auxilia a melhorar a força e resistência dos músculos respiratórios e favorece o aumento do volume corrente e expansão pulmonar.

Importa também abordar a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com derrame pleural, como veremos mais à frente na avaliação da pessoa deste estudo de caso, sendo que o EEER pretende com o programa de reabilitação impedir a formação de aderências e impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e as suas consequências (Heitor et al., 2017). A atuação do EEER deve ser o mais precoce

possível, pelo que deve ser associada à drenagem do derrame e à terapêutica dirigida, e passa pela terapêutica de posição, privilegiando o posicionamento para o lado sã, que irá impedir a formação de aderências pleurais toraco-diafragmáticas, bem como a implementação de exercícios respiratórios abdomino-diafragmáticos e costais, que também irá possibilitar a manutenção e recuperação da mobilidade costal e diafragmática, não descurando a prevenção e correção de defeitos posturais por posições antiálgicas (Heitor et al., 2017).

Importa igualmente compreender como a permanência na UCI influencia a pessoa, como já referido. A UCI Cardiotóricas trata-se de uma unidade reservada ao suporte peri operatório de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas do ambiente da cirurgia Cardiotóricas (Penedo et al., 2013). A pessoa na UCI pode encontrar-se em estado crítico, num estado de instabilidade hemodinâmica, que vai condicionar o recurso a fármacos, a ventilação mecânica invasiva e de outros dispositivos de suporte hemodinâmico com o objetivo de obter o suporte vital da pessoa, que por sua vez implicam períodos de imobilidade no leito (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Os períodos de imobilidade no leito aliados à ventilação mecânica invasiva, aos défices neurológicos e eletrolíticos que podem advir da instabilidade hemodinâmica, e a utilização de certos fármacos têm um impacto negativo na recuperação da função motora e cognitiva da pessoa (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

As pessoas que necessitam de ventilação mecânica são geralmente sujeitas e períodos de imobilidade no leito pela indução de um estado de coma e de um bloqueio neuromuscular, que contribui para a instalação da Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos, pelo que a mobilização precoce e progressiva apresenta-se como essencial para a recuperação da pessoa, melhorando a recuperação funcional a curto prazo, prevenindo a limitação física da pessoa, diminuindo o tempo de ventilação e o tempo total de internamento, bem como a duração do delirium (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

O uso da ventilação mecânica invasiva apresenta riscos que o EEER deve ter em conta durante a sua abordagem, como a disfunção dos mecanismos de higiene traqueobrônquica, a diminuição da expansibilidade torácica, a alteração da relação ventilação-perfusão, a lesão mecânica das vias aéreas, o aumento do risco de infeções

respiratórias e o descondicionamento dos músculos respiratórios (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Deste modo, o EEER deve promover a sincronia e adaptação ventilatória, deve melhorar a relação ventilação-perfusão, deve corrigir posições viciosas e deve manter a permeabilidade das vias aéreas, auxiliando a pessoa a mobilizar e eliminar secreções (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A própria entubação oro-traqueal, que permite a realização da ventilação mecânica invasiva, pode predispor a pessoa a maior risco, devido a lesão provocadas na mucosa, como edema, trauma, a disfonia, a paresia ou paralisia das cordas vocais, que por sua vez alteram o processo de deglutição, resultando em disfagia pós-extubação (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). A disfagia pós-extubação pode atrasar o regresso à alimentação oral, bem como a desnutrição, a desidratação, a pneumonias de aspiração, a internamentos prolongados e a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa, pelo que a sinalização precoce desta situação pode evitar complicações no futuro (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). A atuação do EEER passa pela modificação da consistência e textura dos alimentos, a alteração postural e manobras compensatórias, e no uso de outras intervenções com o objetivo de melhorar a deglutição (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

O Sr. J.C.B. foi referenciado para o Serviço de CCT, mais concretamente para a UCI deste serviço, a 14 de dezembro de 2023, no período pós-operatório de uma Cirurgia Cardíaca. Estive em contato com o Sr. no dia 15 de dezembro de 2023 durante o turno da Manhã.

DADOS PESSOAIS					
Nome	J.C.B.	Nome como deseja ser tratado	Sr.B.		
Idade	80	Género	Masculino	Estado Civil	Casado
Língua	Português	Etnia	Ibérico		
Escolaridade	Sem dados	Profissão	Reformado, era Mecânico.		
Condições ambientais e habitacionais	Reside numa moradia térrea, com saneamento básico e eletricidade. Tem casa de banho com poliban.				
Pessoas Significativas	Vive com a esposa, o filho e quatro netos. Refere que terá o apoio do filho no pós-operatório.				

HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL	
Data do Internamento Hospitalar	13/12/2023
Diagnóstico de Internamento	Insuficiência Mitral e Tricúspide Grave e Doença Coronária de 3 vasos
Antecedentes Pessoais	Hipertensão Pulmonar, Tromboembolismo pulmonar crónico, Fibrilhação Auricular, Implantação de Pacemaker definitivo em 2020, Suspeita de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (não fez estudo de sono), Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidémia, Insuficiência Cardíaca Congestiva classe III, Derrame Pleural bilateral, Glaucoma bilateral, Cirurgia às Cataratas em 2015. Desconhece Alergias.
Resumo da História de Saúde Atual	Internado na enfermaria a 13/12/2023 com os diagnósticos supra-citados para ser submetido a Implantação de Válvula Mitral, Anuloplastia Tricúspide e Bypass Coronário de 1 vaso a 14/12/2023. Pós operatório com necessidade de Revisão de hemostase no próprio dia por hemorragia importante, realizou vários hemoderivados. Com perfusão de Milrinona de momento e com derrame pleural esquerdo, sendo medicado com terapêutica diurética. Já

	iniciou dieta líquida, que tem vindo a tolerar, mas ainda não realizou primeiro levante.
Terapêutica Habitual	Rivaroxabano 20mg, Furosemida 60mg, Sacubitril + Valsartan 49+51mg, Bisoprolol 2.5mg, Lercanidipina 10mg, Rosuvastatina + Ezetimiba 40mg, Metformina 700mg, Dapaglifozina 10mg, Pregabalina 75mg, Ferro.

Transição vivenciada

Importa identificar a transição ou transições vivenciadas pelo Sr. J.B.. Transição é percebida como a passagem de um estado estável para outro razoavelmente estável, tendo origem em eventos críticos, caracterizada por ser um período de instabilidade entre estados estáveis, implicando a necessidade de readaptação da pessoa às novas circunstâncias da transição, havendo rotura com o estado antigo e aceitação do novo estado (Meleis, 2010). A doença valvular e coronária, e o internamento para cirurgia que se seguiu, caracteriza-se por ser o evento crítico que marca a transição de saúde/doença que o Sr. experiencia, bem como a transição situacional devido a alterações de papéis que o internamento originou, visto que se encontra dependente de terceiros durante o pós-operatório imediato (tipos de transição).

Estão presentes transições múltiplas, por o Sr. J.B. se encontrar a vivenciar várias transições, simultâneas uma vez que ocorrem ao mesmo tempo, e relacionadas entre si porque apresentam a cirurgia e o internamento como ponto comum entre as transições (padrões de transição). Quanto às propriedades das transições, o Sr. J.B. apresenta consciencialização das transições vivenciadas, encontrando-se empenhado nas mesmas, demonstrado pelo interesse na aquisição de conhecimento referente aos cuidados a ter no pós-operatório.

Quanto às condicionantes das transições, o Sr. J.B. atribui um significado positivo à cirurgia e internamento, pois considera que irá ganhar mais qualidade de vida, e é uma situação para a qual o Sr. e a sua família se prepararam, pelo que irá ter o apoio da esposa e do filho quando voltar a casa.

AVALIAÇÃO DO CLIENTE

No dia 15 de dezembro de 2023, foram prestados cuidados ao Sr. B. no turno da manhã, sendo possível realizar a seguinte avaliação previamente a implementação do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

EXAME FÍSICO E EMOCIONAL						
Estado de Consciência e Orientação	Apresenta um score de 15 na Escala de Coma de Gasglow. Orientado em todas as vertentes. Ainda um pouco sonolento, mas facilmente despertável.					
Estado Emocional	Humor eutímico, comunicativo na abordagem. Apresenta déficit de conhecimentos relativamente aos cuidados que terá que apresentar no pós-operatório, nomeadamente sobre a contenção de esterno durante a tosse e transferências e sobre cuidados a ter no desempenho das atividades de vida diárias, demonstrando-se recetivo à aquisição de conhecimento sobre o assunto.					
Exame Físico Sumário	Apresenta pele e mucosas coradas. Apresenta alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com um score de 13 na Escala de Braden (presente no apêndice I). Apresenta pensos limpos e secos na região do esterno e a presença de dois drenos torácicos ligados a sistema de aspiração a baixa pressão. Emagrecido. Apresenta falta de peças dentárias. Refere usar óculos.					
Sinais Vitais	TA	136/65mmHg		FC	66bpm	
	SpO2	97%		Temperatura	36,5°C	
	Dor	2, segundo a Escala Numérica da Dor.		Frequência Respiratória	20 ciclos/min	
Dados antropométricos	Peso	68kg	Altura	1,75m	IMC	22,2
Respiração	Respiração predominante do tipo costal, superficial devido a queixas álgicas. Com aporte suplementar de oxigénio a 4L/min por óculos nasais. Na última gasometria realizada, apresenta pH de 7,4, pCO2 de 38 e pO2 de 98. A Radiografia do Tórax observada foi realizada no dia da avaliação, em incidência antero-posterior, apresentando traqueia centrada com campos pulmonares simétricos e expandidos com hipotransparência da base direita e apagamento do seio costo-frénico esquerdo, no entanto é					

	<p>difícil de avaliar por apresentar cardiomegalia, sem alterações no parênquima pulmonar. É possível verificar a presença de um dispositivo de pacemaker, do cateter venoso central na jugular esquerda e a presença de dois drenos torácicos, bem como dos agrafos da esternotomia e fios de pacemaker provisórios.</p> <p>À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares, mas francamente diminuído na base esquerda.</p>
Força Muscular	<p>Consegue movimentar livremente todos os membros, apresentando força 5/5 em todos os segmentos corporais segundo a Escala de Força de Medical Research Council.</p> <p>Apresenta baixo risco de queda, com score de 35 na Escala de Quedas de Morse, presente no apêndice II.</p> <p>Ainda não realizou primeiro levante, no entanto apresenta troponinas de 6204, pelo que não há condições de segurança para realizar o mesmo.</p>
Nutrição	<p>Iniciou dieta líquida, com água e chá durante no final do turno da tarde de 14/12/2023, tendo tolerado a mesma. Não apresenta disfagia, segundo a Escala de Deglutição de Guss, tendo apresentando um score de 20.</p>
Eliminação	<p>Apresenta dispositivo urinário, com bons débitos urinários. Ainda não apresentou dejeção desde a cirurgia, mas refere flatos.</p>

Avaliação Familiar (Avaliação Familiar de Calgary)

O Sr. B. refere residir com a esposa, um filho e quatro netos, tratando-se de uma família alargada (estrutura interna). Refere a existência de dois filhos, o filho com quem vive, e outra filha, que reside longe (estrutura externa). Reside numa moradia térrea com saneamento básico e eletricidade, com casa de banho com poliban (contexto). Em relação ao estágio de desenvolvimento da família, encontra-se na fase de saída dos filhos de casa, em que há aceitação das entradas e saídas no sistema, com renegociação do sistema conjugal como díade, estabelecimento de um relacionamento adulto/adulto entre filhos e pais, e realinhamento das relações para incluir parentes e netos. O Sr. B. refere que será a esposa e o filho a prestar-lhe ajuda no pós-operatório (funcionamento familiar).

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Verifica-se um score de 20/100 índice de Barthel, apresentando dependência total nas AVD no momento da avaliação. O Sr. B. necessita de alguma ajuda na alimentação (pontuação 5), nomeadamente a pegar no copo para beber água e para arranjar o tabuleiro. Por ainda não ter realizado o primeiro levante, encontra-se dependente nas transferências (pontuação 0), e não consegue caminhar (pontuação 0) nem subir e descer escadas (pontuação 0). Encontra-se dependente para realizar a sua higiene pessoal (pontuação 0), bem como para o banho (pontuação 0), realizando o mesmo no leito, e para se vestir (pontuação 0). O Sr. B. encontra-se algaliado e necessita de arrastadeira para evacuar, pelo que se encontra dependente na utilização do WC (pontuação 5), no entanto apresenta controlo intestinal (pontuação 10) e em relação ao controlo urinário, é incapaz de manusear a algália sozinho (pontuação 0).

PLANO DE CUIDADOS

Com o objetivo em mente de delinear o programa de reabilitação do Sr. B., foi necessária a avaliação do mesmo, descrita anteriormente, além de avaliar o grau de colaboração e de envolvimento nas transições experienciadas e no processo de reabilitação. O Sr. B. apresenta-se motivado em participar no programa de reabilitação, pois compreender que o mesmo irá possibilitar uma recuperação célere, resultando numa estadia no hospital mais curta e assim reduzindo os riscos associados a um internamento prolongado, como o risco aumentado de infeção.

Assim, devem estar contemplados nos diagnósticos os focos que permitirão uma recuperação rápida bem como um internamento o mais curto possível, e que tenham em consideração as complicações decorrentes da cirurgia, tal como a imobilidade no leito que pode contribuir para a Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos, a diminuição do murmúrio vesical na base esquerda aliado ao apagamento do seio costofrénico esquerdo que pode indicar a presença de um derrame pleural, bem como a presença de dor na esternotomia que pode levar a uma hipoventilação e hipoperfusão. Deve-se também ter em conta a necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre que alterações terá que implementar devido à cirurgia, como a necessidade de contenção de suturas durante a tosse, posicionamentos e transferências, uso de colete de contenção esternal, a necessidade de ir aumentando o esforço nas atividades gradualmente e de acordo com a sua tolerância, a proibição de conduzir durante cerca de dois meses para evitar instabilidade do esterno, a necessidade de aderir a terapêutica anticoagulante no domicílio e de realizar análises frequentes, e os cuidados a ter com as suturas cirúrgicas de modo a evitar infeções, devendo começar a realização de ensinamentos o mais precocemente possível, de modo a não sobrecarregar a pessoa com a informação toda de uma só vez e assim facilitar a assimilação do novo conhecimento.

Os diagnósticos levantados e intervenções implementadas seguirão a nomenclatura CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011), utilizando escalas e instrumentos de medida para avaliar as intervenções implementadas, bem como as terapêuticas de enfermagem da Teoria das Transições (Meleis, 2010).

PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos	Resultados Esperados	Intervenções
<p>Ventilação, Comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática ● Impedir a formação de aderências pleurais <p>Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar programa de Reeducação Funcional Respiratória pelo controlo e dissociação dos tempos respiratórios, pedindo ao Sr. B. que inspire pelo nariz como se cheirasse uma flor, realizar uma pausa e expirar pela boca como se apagasse uma vela. ● Auxiliar o Sr. B. a adotar uma posição de conforto, em decúbito dorsal com com uma almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e outra almofada na região popliteia; em decúbito lateral com uma almofada a apoiar a cabeça, o membro inferior apoiado na cama em ligeira flexão co-femoral e joelho e o outro membro inferior em extensão. ● Realizar exercícios de Reeducação Diafragmática na posição posterior e da hemicúpula esquerda, com recurso da mão do enfermeiro, dando ênfase à fase inspiratória, colocando a pressão exercida em resistência máxima nesta fase, devendo realizar séries de cinco respirações, durante dez a trinta minutos, conforme tolerância. ● Realizar exercícios de Reeducação Costal Seletivos, com foco na região Costal Inferior, com recurso da mão do enfermeiro, com ênfase na fase inspiratória. devendo realizar séries de cinco respirações, durante dez a trinta minutos, conforme tolerância. ● Terminar sessão de Reeducação Funcional Respiratória pelo controlo e dissociação dos tempos respiratórios e instruir o Sr. B. a realizar este exercício duas a três vezes ao dia durante dez a trinta minutos, conforme tolerância.

		<ul style="list-style-type: none"> ● Recorrer a terapêutica de posição de modo a impedir a formação de aderências pleurais toraco-diafragmática, ajudando Sr. B a posicionar-se em decúbito lateral direito e decúbito dorsal, pelo menos durante 15 min, conforme tolerância. ● Instruir e treinar sobre contenção de suturas quando tossir.
Força Muscular, Risco de compromisso	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar a instalação de quadro de Fraqueza Muscular associada aos Cuidados Intensivos <p>Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. Ordem dos Enfermeiros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Instruir e treinar sobre a realização de mobilizações ativas dos vários segmentos corporais enquanto permanecer no leito, devendo realizar exercícios de flexão/extensão e adução/abdução, do segmento proximal para o distal, evitando movimentos de abdução dos ombros e a flexão dos ombros acima de 90° de amplitude, realizando duas repetições de cinco exercícios em cada segmento corporal, conforme tolerância, devendo realizar duas a três vezes ao dia.
Dor, Presente	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar dor de modo evitar a hipoventilação e hipoperfusão. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantir a administração a intervalos regulares de analgesia, de modo a que o Sr. B. não apresente dor e consiga realizar uma ventilação adequada. ● Evitar posições defeituosas antiálgicas através do correto posicionamento da pessoa, garantindo um alinhamento corporal e uma posição de conforto.
Ingestão Nutricional, Potencial de Risco	<ul style="list-style-type: none"> ● Progredir na consistência da dieta com tolerância. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Progredir para uma dieta de consistência pastosa e avaliar tolerância à mesma.

<p>Conhecimento sobre Pós-Operatório, diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conhecimento do Sr. B. sobre os cuidados a ter no pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre necessidade de contenção de sutura quando tossir, quando se posicionar no leito, quando se levantar e deitar. • Instruir sobre benefícios do uso de colete de contenção.
<p>Úlcera de pressão, Alto risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir integridade cutânea. <p>Tirado de National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar integridade cutânea, com especial atenção a proeminências cutâneas e pele sob e ao redor de dispositivos médicos. • Manter pele seca e limpa. • Hidratar a pele com uso de emolientes. • Progredir na consistência da dieta fornecida, conforme tolerância, de modo a garantir uma ingestão de nutrientes e de proteínas adequados. • Instruir sobre importância da alternância de decúbitos e da mobilização o leito de modo a aliar a pressão exercida sobre a pele. • Posicionar o Sr. B. regularmente, garantindo que realiza a contenção de suturas durante os posicionamentos. • Corrigir posicionamentos em posição antiálgica, através do correto posicionamento no leito, garantindo alinhamento corporal.
<p>Queda, Baixo Risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ocorrência de quedas. <p>Tirado de Direção Geral de Saúde (2019). Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre ocorrência de quedas e atitude a tomar para evitar as mesmas, como chamar se precisar de ajuda, não tentando levantar-se sozinho. • Garantir que as grades da cama permanecem para cima e que a cama se encontra no nível mais baixo.

	Hospitalares. Direção Geral de Saúde.	
Avaliação		
<p>Foi implementada sessão de Reeducação Funcional Respiratória delineado, com participação do Sr. no mesmo. Terminada sessão por o Sr. ter ficado hipertenso. Drenos torácicos funcionaram 10cc durante a sessão. Durante a sessão com acessos de tosse ineficaz, realizado ensino sobre contenção de suturas e de tosse dirigida, com efeito, conseguindo deglutir as secreções. Sem queixas de dor durante a sessão.</p> <p>Realizado ensino sobre importância da mobilização ativa de todos os segmentos corporais quando permanecer no leito, tendo realizado as mobilizações corretamente.</p> <p>Aplicada escala de Guss, progredindo com segurança na dieta para pastosa, com tolerância da mesma.</p> <p>Posicionado em decúbito lateral direito, realizando contenção de suturas durante o posicionamento, e mantendo condições de segurança.</p>		

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Terminado o ensino clínico em contexto Cardiorrespiratório, e após a implementação do plano de cuidados supra-citado, é essencial realizar uma análise do que foi realizado e alcançado, bem como do que faltou realizar, além das aprendizagens que foram extraídas desta experiência, de modo a transpor este conhecimento para situações futuras.

Das intervenções planeadas, foi possível implementar uma sessão de Reeducação Funcional Respiratória, com participação do Sr. B. na mesma e funcionamento das drenagens torácicas, foi possível a realização de mobilizações ativas, bem como dar início aos ensinamentos sobre os cuidados a ter no pós-operatório.

Devido ao curto tempo de internamento em UCI ressalto a dificuldade em delinear um plano de cuidados que continuasse ao longo do internamento da pessoa, uma vez que estas rapidamente eram transferidas para a enfermaria, a partir do momento em que já não apresentavam necessidade de permanecer em ambiente em UCI, o que dificultava que continuasse a acompanhar a pessoa no seu internamento. O fato de muitas vezes só ter contacto num turno com a pessoa a que prestava cuidados, tornava difícil a avaliação da eficácia dos planos implementados. No entanto, como os objetivos de intervenção do EEER eram comuns tanto nos cuidados intensivos como na enfermaria, era possível a continuidade de cuidados aquando a transferência para a enfermaria.

Este ensino clínico e este estudo de caso proporcionou-me mais experiências em que foi possível implementar intervenções na área da Reeducação Funcional Respiratória e de conhecer a realidade do EEER em UCI, bem como as estratégias implementadas para ultrapassar o curto período de tempo de internamento neste ambiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartolomeu, R. & Rodrigues, P. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (336-362). Lidel.
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência.
- Cordeiro, M.C.O.; Antunes, C., Cysneiros, A. (2017). *Manual de Radiografia do Tórax para Enfermeiros: do Conceito à Prática*. Lusodidacta.
- Fragata, J. (2009). *Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica*. Lidel.
- Fisher, S.; Walsh, G. & Cross, N. (2002). Gestão de enfermagem do doente cardíaco cirúrgico. In R. Hatchett & D. Thompson (Eds.), *Enfermagem Cardíaca: Um guia polivalente* (467-507). Lusociência.
- Heitor, M.C., Tapadinhas, M.C.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. Boehringer Ingelheim.
- Malcato, M.E.M.R.R. (2023). A Pessoa submetida a Cirurgia Cardiorácica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (515-523).Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories*. Nursing Research And Practice. Springer Publishing Company.
- Neumann, F., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A., Benedetto, u., Byrne, R., Collet, J.P., Falk, V., Head, S., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S., Niebauer, J., Richter, D., Seferovic, P., Sibbing, D., Stefanini, G., ... Zembala, M. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40 (2), 87-165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIFE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Penedo, J.M.V.S.; Ribeiro, A.A.B.; Lopes, H.A.R.C.; Pimentel, J.M.P.C.; Pedrosa, J.A.G.P.S.; Sá, R.A.M.V. & Moreno, R.P.J. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Vahanian, A.; Beyersdorf, F.; Praz, F.; Milojevic, M.; Baldus, S.; Bauersachs, J.; Capodanno, D.; Conradi, L.; De Bonis, M.; De Paulis, R.; Delgado, V.; Freemantle, N.; Gilard, M.; Haugaa, K.; Jeppsson, A.; Jüni, P.; Pierard, L.; Prendergast, C.; Sádaba, J.R. ... Wojakowski, W. (2022). 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*, 43, 561-632. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>

APÊNDICES

APÊNDICE I – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN²

² Adaptado de Direção Geral da Saúde (2011). Orientação da Direção Geral da Saúde 017/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pedrátrica (Braden Q). Direção Geral da Saúde.

Percepção Sensorial	Nenhuma limitação (4)
Humidade	Pele ocasionalmente húmida (3)
Atividade	Acamado (1)
Mobilidade	Muito limitada (2)
Nutrição	Muito pobre (1)
Fricção e Forças de deslizamento	Problema potencial (2)
Score	13

APÊNDICE II – APLICAÇÃO DA ESCALA DE QUEDAS DE MORSE³

³ Adaptado de Barbosa, L.; Carvalho, L. & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Antecedentes de Queda	Não (0)
Diagnóstico Secundário	Sim (15)
Apoio na Deambulação	Sem apoio (0)
Terapia endovenosa	Sim (20)
Tipo de Marcha	Normal (0)
Estado Mental	Consciente das suas limitações (0)
Score	35

APÊNDICE III - Estudo de Caso em Contexto
Neurológico



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Estudo de Caso – Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

—
Professora Regente:

M^a do Céu Sá

Professora Orientadora:

Cristina Baixinho

Lisboa

dezembro 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – Medical Research Council

TAC CE – Tomografia Computorizada Crânio Encefálica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA.....	14
HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.....	16
AVALIAÇÃO DO CLIENTE	19
PLANO DE CUIDADOS	24
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÊNDICES.....	
APÊNDICE I – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE FORÇA DA MEDICAL RESEARCH COUNCIL NOS DIFERENTES MOMENTOS DE AVALIAÇÃO	
APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA NOS DIFERENTES MOMENTOS DE AVALIAÇÃO	
APÊNDICE III – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG NOS DIFERENTES MOMENTOS DE AVALIAÇÃO	
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE QUEDA DE MORSE NA AVALIAÇÃO INICIAL....	
APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL NOS DIFERENTES MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	
APÊNDICE VI – AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NA AVALIAÇÃO INICIAL	

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no seu primeiro Contexto, o Contexto Neurológico, pretendendo com o mesmo entender um fenómeno de saúde, neste caso, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), numa pessoa ou grupo em concreto, compreendendo igualmente a transição vivenciada por esta pessoa ou grupo, sob a ótica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

De modo a realizar esta análise, é necessária a recolha de informações tanto pela observação e avaliação da pessoa e a realização de entrevista à pessoa e à família, caso seja necessário, como pela consulta do processo clínico da pessoa, recolhendo informações dos registos de enfermagem e do plano de cuidados e de outros profissionais da equipa multidisciplinar. De seguida é construído o plano de cuidados, que contém os diagnósticos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) relevantes à situação desta pessoa, bem como os resultados esperados com as intervenções a implementar, culminando pela avaliação das intervenções implementadas.

Por fim, é realizada uma análise crítica deste fenómeno, da avaliação da pessoa em questão, do plano que foi implementado e dos pontos positivos e negativos, pretendendo-se a compreensão deste fenómeno e qual a intervenção do EEER.

CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

O AVC pode ser caracterizado como um déficit neurológico atribuído a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central, por uma causa vascular, de origem isquêmica ou vascular, que persiste por mais de 24 horas ou até à morte, sendo uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo (Sacco et al., 2013).

O AVC inclui o enfarte cerebral, que é definido como morte cerebral, medular ou celular da retina atribuível a causa isquêmica; o AVC isquêmico, que é definido como um episódio de disfunção neurológica causada por um enfarte cerebral focal, espinhal ou retiniano; o AVC causado por hemorragia intracerebral, que se caracteriza pelo rápido desenvolvimento de disfunção neurológica devido a uma coleção focal de sangue, não traumática, dentro do parênquima cerebral ou sistema ventricular; o AVC causado por hemorragia subaracnóidea, determinado pelo desenvolvimento rápido de disfunção neurológica e/ou cefaleia devido a hemorragia no espaço subaracnóideo; e o AVC causado por trombose venosa cerebral, que surge devido a um enfarte ou hemorragia cerebral, espinhal ou retiniana devido a trombose de uma estrutura venosa cerebral (Sacco et al., 2013).

O diagnóstico de AVC pressupõe avaliação dos sintomas apresentados pela pessoa, como cefaleias, vômitos, alterações do estado de consciência, hipertensão, do estado da pessoa, dos antecedentes pessoais e o início e evolução temporal do AVC, bem como da realização de exames auxiliares de diagnóstico, de modo a perceber se se trata de uma lesão isquêmica ou hemorrágica e que áreas do cérebro estão envolvidas (Sacco et al., 2013).

Os fatores que predispõem a pessoa para a ocorrência de AVC podem agrupar-se em fatores extrínsecos, como o tabaco, a obesidade, o sedentarismo e o etilismo, e fatores intrínsecos, como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a doença arterial coronária, a fibrilhação auricular, a insuficiência cardíaca, a dislipidemia, a idade da pessoa, entre outros, sendo que quantos mais fatores de risco a pessoa apresentar, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC (Menoita, 2012).

Os sinais e sintomas apresentados pela pessoa vão depender da área do cérebro afetada pelo mesmo, sendo que no caso dos AVC Isquêmicos, o quadro clínico vai

dependem da oclusão das diferentes artérias cerebrais, e nos AVC Hemorrágicos, vai depender da localização da hemorragia (Menoita, 2012). Nos AVC Isquêmicos, caso seja afetada a artéria cerebral média, há uma grande probabilidade de a pessoa apresentar hemiparesia contralateral, de predomínio braquial, afasia global, caso seja afetado o hemisfério esquerdo, agrafia e apraxia, caso seja afetado o hemisfério direito, e desvio conjugado para o lado oposto da hemiparesia (Menoita, 2012). Nos AVC Hemorrágicos, caso ocorra hemorragia subaracnóideia, há uma grande probabilidade de apresentar cefaleia súbita, muito intensa, generalizada e desencadeada por um esforço, bem como náuseas, vômitos e alterações de vigília (Menoita, 2012).

O objetivo do tratamento do AVC na fase aguda é evitar a progressão da zona de penumbra isquêmica, que é caracterizada pela área que envolve a área afetada pelo AVC, mas que ainda apresenta potencial de atividade funcional, bem como prevenir as recidivas, sendo então fundamental o controle dos sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial, para evitar a hipoperfusão da área afetada, e a hipoxia ou hipo/hipertermia, para evitar o aumento da área isquêmica; técnicas de reperfusão como é o caso da trombólise com alteplase, no entanto só é eficaz até 4h após o início dos sintomas e implica a realização de uma Tomografia Computorizada Crânio Encefálica (TAC CE) prévia; o uso de terapêutica antitrombótica; e intervenção cirúrgica no caso de hematomas de cerebelo e quando há hidrocefalia sintomática (Menoita, 2012).

O prognóstico da pessoa com AVC vai depender de diversos fatores como o tipo, extensão e gravidade da lesão, tratamento efetuado e cuidados recebidos após o AVC., bem como o próprio estado da pessoa, como a sua idade e comorbilidades (Menoita, 2012). Neste sentido, é primordial a avaliação da pessoa, incluindo o exame neurológico, exame físico geral e anamnese, de modo a facilitar a identificação das incapacidades e limitações da atividade da pessoa, orientando o plano de cuidados de reabilitação face ao encontrado no exame efetuado.

HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

O Sr. J.B. foi referenciado para o Serviço de Reabilitação na sequência de um internamento recente numa unidade hospitalar central, após o diagnóstico de AVC, tendo permanecido internado desde 1 de junho de 2023. Foi admitido no Serviço de Reabilitação a 14 de setembro de 2023 com os seguintes objetivos:

- Aumentar a autonomia e seguranças nas Atividades de Vida Diárias (AVD);
- Aumentar a força muscular e destreza muscular;
- Melhorar o equilíbrio e a tolerância ao esforço;
- Avaliar a funcionalidade da comunicação e segurança da deglutição;
- Melhorar as capacidades cognitivas;
- Estudar/prescrever/adaptar produtos de apoio;
- Ensino a cuidadores;
- Facilitar o processo de integração após a alta do internamento.

DADOS PESSOAIS					
Nome	J.B.	Nome como deseja ser tratado	Sr. B.		
Idade	65	Género	Masculino	Estado Civil	Solteiro
Língua	Português	Etnia	Ibérico		
Escolaridade	Ensino Secundário	Profissão	Reformado, era Desenhador/Projetista numa Câmara Municipal.		
Condições ambientais e habitacionais	Apartamento num 2º andar sem elevador, com saneamento básico e eletricidade. Apresenta uma casa de banho com poliban.				
Pessoas Significativas	Recebe visita de 2 irmãos ao fim de semana, no entanto não sai durante o fim-de-semana como os demais utentes. Estabelece relações de amizade com os demais utentes com quem partilha quarto, falando com o utente A.R. diariamente.				

HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL	
Data do Internamento	14/09/2023
Diagnóstico de Internamento	AVC hemorrágico esquerdo

Antecedentes Pessoais	Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Hipoacusia esquerda, Acidente de trabalho em 1982 – traumatismo no membro superior direito. Desconhece alergias.
Resumo da História de Saúde Atual	A 01/06/2022 é encontrado à porta de casa caído no chão com desvio da comissura labial à esquerda, hemiparesia à direita e disartria. Encaminhado ao Serviço de Urgência, realizou TAC CE que revelou “volumoso hematoma talâmico esquerdo com rotura e inundação ventricular a condicionar efeito de massa e hidrocefalia”, sendo observado por Neurocirurgia que excluiu indicação cirúrgica. Internamento hospitalar com recuperação lenta, mas progressiva do estado de consciência, alternando períodos de confusão com prostração, e com disfagia inicialmente, conseguindo tolerar sólidos e líquidos na altura da transferência. Intercorrências no internamento: Hipertensão arterial de difícil controlo, infeções urinárias de repetição, retenção urinária, crise convulsiva e 26/06/2023.
Terapêutica Internamento	no Levetiracetam 500mg, Pantoprazol 40mg, Amlodipina 5mg, Alopurinol 100mg, Atorvastatina 40mg, Tansulosina 0.4mg, Oxibutinina 5mg; Quetiapina 50mg.

Importa identificar a transição ou transições vivenciadas pelo Sr. J.B.. Transição pode ser definida como a passagem de um estado estável para outro razoavelmente estável, sendo originada por eventos críticos, caracterizada por ser um período de instabilidade entre estados estáveis, implicando a necessidade de readaptação da pessoa às novas circunstâncias da transição, havendo rotura com o estado antigo e aceitação do novo estado (Meleis, 2010). O AVC caracteriza-se por ser o evento crítico que marca o início da transição de saúde/doença que o Sr. vivencia, deparando-se agora também com uma transição situacional pela perceção da alteração dos papéis previamente desempenhados, pois depara se com a realidade de não conseguir realizar atividades que realizava anteriormente (tipos de transição).

Encontramo-nos então perante transições múltiplas, por se encontrar a vivenciar várias transições, simultâneas, pois ocorrem ao mesmo tempo, e relacionadas entre si, pois apresentam o AVC como ponto comum (padrões de transição). Quando às propriedades das transições, o Sr. apresenta perceção e reconhecimento das transições que vivencia, mas não se encontra completamente empenhado na transição,

apresentando-se mais focado na dificuldade em andar decorrente do AVC e em desenvolver atividades que lhe permitam desenvolver o mesmo, no que nas outras dificuldades identificadas na avaliação realizada.

Este evento originou alterações e mudanças nas relações que estabelecia com a família, pois tornaram-se mais presentes na sua vida, bem como no modo como percebe os profissionais de saúde, pois estes irão ajudá-lo a voltar a andar (sic). Quando às condições para as transições, o fato de ser uma pessoa que vivia sozinha e que apresentava um papel de chefia antes de se reformar, interfere no modo como vivencia a transição e como aceita a intervenção dos profissionais. Como se encontrava afastado da sua família e houve uma aproximação da mesma com o evento crítico, apresenta agora este apoio na transição que vivencia.

AVALIAÇÃO DO CLIENTE

No início do internamento no Serviço de Reabilitação, foi avaliado por diferentes profissionais de saúde, pelo que transcrevo a avaliação disponível dos mesmos, de modo a obter uma visão do estado do Sr. B. à entrada no centro de reabilitação e o estado do Sr. B. no início da minha intervenção, pois verificam-se alguns ganhos desde o momento do início do internamento até ao início do ensino clínico.

AVALIAÇÃO À ENTRADA NO INTERNAMENTO	
Fisiatra	Hemiparésia direita de predomínio braquial
Serviço Social	Indisponível para consulta.
Enfermaria e Departamento AVD	Apresenta apraxia na realização do treino de vestuário, com dificuldades na aprendizagem, perguntando várias vezes o que se vai fazer.
Terapia Ocupacional	Apresenta flexores e abdutores do ombro direito enfraquecidos, bem como flexores do cotovelo e punho direito enfraquecidos. Sensibilidade alterada.
Fisioterapia	Apresenta diminuição da ativação muscular, alterações sensitivas e do controlo postural. Desloca-se em cadeira de rodas, depende de terceiros, apresenta movimentos pouco seletivos na marcha por fraqueza dos flexores da anca
Terapia da Fala	Comunica utilizando fala de baixa eficácia comunicativa por alterações na coerência e coesão do discurso, apresentando uma perturbação cognitivo-comunicativa. Apresenta desorganização na fase preparatória da deglutição, com queda ocasional de conteúdo alimentar, sem ocorrência de engasgos.
Psicologia	Indisponível para consulta.

EXAME FÍSICO E EMOCIONAL	
Estado emocional	Humor eutímico, sorridente ao contacto, comunicativo na abordagem, recorre ao humor várias vezes quando confrontado com as incapacidades. Desvia o assunto quando se aborda a sua família. Questiona os profissionais de saúde em relação à sua

	recuperação, verbalizando que é um dia de cada vez (sic), antes não conseguia mexer a perna e agora consigo (sic). Motivado para o programa de reabilitação, referindo que quer continuar o mesmo após alta do internamento, noutra instituição.					
Exame Físico Sumário	Apresenta pele e mucosas coradas e íntegras. Mucosas hidratadas e pele seca. Apresenta cicatriz de acidente de trabalho na parte interna do punho direito. Emagrecido, refere ter perdido peso durante o internamento hospitalar. Apresenta falta de peças dentárias, utilizando prótese dentária superior e inferior.					
Sinais Vitais	TA	124/74mmHg			FC	70 bpm
	SpO2	98%			Temperatura	36,5°C
	Dor	0				
Dados antropométricos	Peso	58,1kg	Altura	1,77cm	IMC	18,5
Respiração	Apresenta uma respiração predominantemente costal, sem uso de músculos acessórios da respiração. Não apresenta tosse. Não foi possível auscultar o Sr.					

EXAME NEUROLÓGICO		
Estado de Consciência	Vígil, com score de 15 na Escala de Coma de Glasgow.	
Estado de Orientação	Orientado Auto e Alopsiquicamente.	
Atenção	Vígil e concentrado durante a avaliação, com <u>dificuldade em manter a atenção numa tarefa específica.</u>	
Memória	Imediata	Consegue responder ao que lhe é questionado segundos antes.
	Recente	Consegue dizer o que comeu no dia anterior e referir o que aconteceu durante o dia.
	Remota	Consegue dizer a data de nascimento, ordem de nascimentos dos irmãos.
Linguagem	Fluência	Fluente no discurso, capaz de entoar a fonação e ressonância "aaaah", "pa pa pa", "ta ta ta" e "ca ca ca".
	Compreensão	Segue ordens simples e complexas.
	Nomeação	<u>Dificuldade na nomeação de objetos e partes do corpo.</u>
	Repetição	Repete palavras e frases.

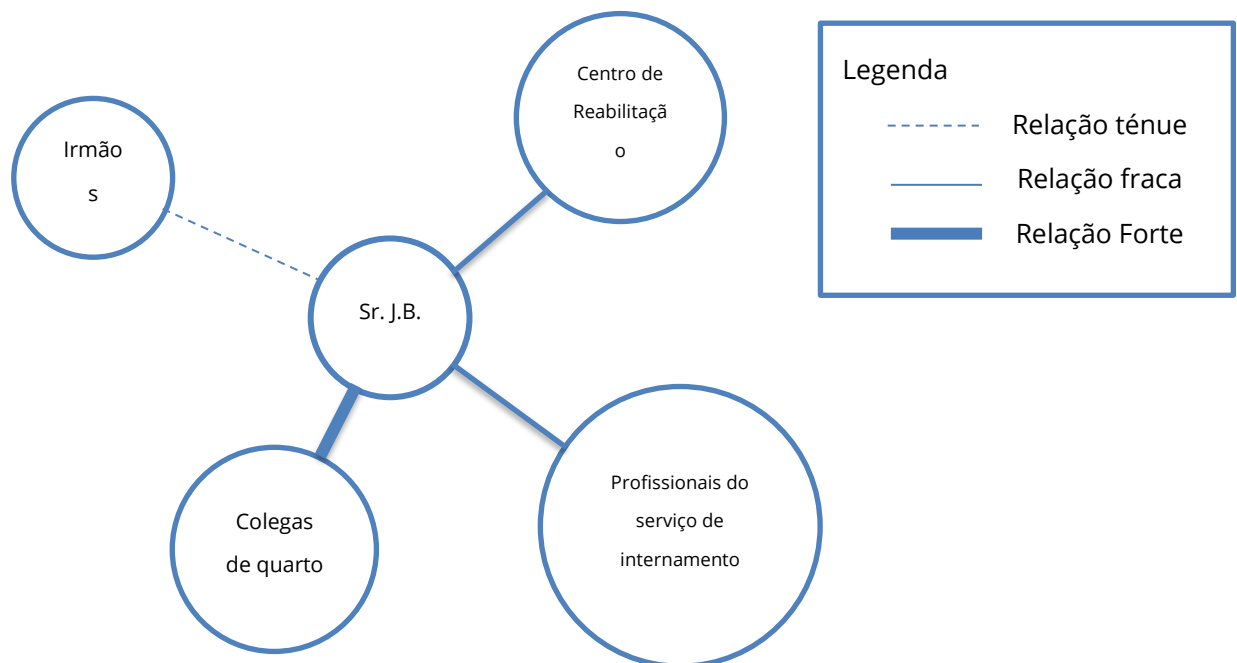
Capacidades Práticas		Consegue realizar gestos simbólicos e gestos icônicos transitivos e intransitivos com o membro superior esquerdo, não consegue com o membro superior direito.
Pares Cranianos	I – Olfativo	Consegue identificar o cheiro do café corretamente.
	II – Ótico	Consegue identificar quantos dedos vê a 50cm, apresentando dificuldade em ver a distâncias mais curtas, utilizando ortótese nesse sentido (óculos). Em relação aos campos de visão, refere perda de visão na metade direita do campo visual à direita, apresentando <u>hemianopsia homônima direita</u> , no entanto durante a refeição já coloca os pratos dentro do seu campo de visão, apresentando estratégias de <i> coping </i> para esta situação.
	III/IV/VI – Oculomotor /Patético/Motor Ocular Externo	Apresenta isocoria na avaliação da resposta pupilar ao estímulo luminoso. Apresenta simetria dos movimentos oculares enquanto segue o dedo do enfermeiro. Sem sinais de presença de nistagmo, movimentos sacádicos ou ptose palpebral.
	V – Trigêmeo	Apresenta <u>analgesia na hemiface direita</u> . Sem dificuldade nos movimentos dos músculos mastigadores.
	VII – Facial	Consegue franzir o sobrolho e sorrir, bem como manter a saliva e alimentos, sólidos e líquidos, no lado afetado. Reconhece o sabor doce e amargo nos 2/3 anteriores da língua. Não foi possível avaliar o salgado.
	VIII – Estato-Acústico	Reconhece o som de bater de palmas. Mantém equilíbrio sentado sem apoio durante a avaliação.
	IX – Glossofaríngeo	Reconhece o sabor doce e amargo no 1/3 posterior da língua.
	X – Vago	Sem hipofonia ou disfonia, apresenta tosse eficaz. Apresenta reflexo de vômito.
	XI – Espinhal	Apresenta força 5/5, segundo a Escala de Força da Medical Research Council (MRC), quando lateraliza a cabeça, para a direita e para a esquerda, contra a resistência da mão do enfermeiro. Consegue elevar os ombros contra a resistência da mão do enfermeiro, apresentando força 4/5 no ombro direito.
	XII – Grande Hipoglosso	Consegue realizar a propulsão ântero-posterior na linha média da língua e lateralizar para a esquerda e direita, sem desvios ou tremores.

Motricidade	Força Muscular		A nível da cabeça e do hemicorpo esquerdo apresenta força 5/5 nos movimentos em todos os segmentos corporais, segundo a Escala de Força da MRC. Apresenta <u>alterações nos diferentes segmentos corporais do hemicorpo direito</u> , presente no apêndice I.
	Tónus Muscular		Ausência de aumento do tónus muscular, com score de 0 segundo a Escala de Ashworth modificada, exceto nos movimentos dos dedos da mão direita (flexão/extensão, abdução/adução e oponência), apresentando considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil, com um score de 3 na mesma escala, presente no apêndice II.
	Coordenação Motora		Consegue realizar a prova índex-nariz com o membro superior esquerdo, não consegue realizar com o membro superior direito por hemiparesia. Consegue realizar a prova calcanhar-joelho com ambos os membros inferiores.
Sensibilidade	Tátil		Apresenta <u>anestesia tátil no hemicorpo direito</u> , conseguindo identificar o mesmo estímulo no hemicorpo esquerdo.
	Térmica		Apresenta <u>sensibilidade aumentada para o frio no hemicorpo direito</u> , identificando o estímulo como doloroso. Apresenta <u>anestesia para o estímulo quente no hemicorpo direito</u> . Consegue identificar corretamente o estímulo quente ou frio no hemicorpo esquerdo.
	Dolorosa		Apresenta <u>analgesia no hemicorpo direito</u> , conseguindo identificar o mesmo estímulo no hemicorpo esquerdo.
	Pressão		<u>Sem sensibilidade para a pressão no hemicorpo direito</u> .
	Postural		<u>Alterada no membro superior direito, não consegue identificar a posição do mesmo</u> . Consegue referir a posição do membro inferior direito.
Equilíbrio	Sentado	Estático	Eficaz, sem apoio.
		Dinâmico	Eficaz, consegue recuperar o equilíbrio ao induzir-se um desequilíbrio.
	Em pé	Estático	Eficaz, consegue permanecer em pé sem apoio.
		Dinâmico	<u>Não eficaz</u> , não consegue recuperar o equilíbrio face ao desequilíbrio. Apresenta diminuição do equilíbrio, com score de 17/54 na Escala de Equilíbrio de Berg, presente no apêndice III.
Marcha			Apresenta <u>disbasia</u> , por não apresentar sensibilidade no hemicorpo direito, não apresentar equilíbrio dinâmico em pé e diminuição da força, necessitando de apoio durante a

mesma. Apresenta elevado risco de queda, segundo a Escala de Morse, apresentando um score de 75 pontos, presente no apêndice IV, razão pela qual é utilizado cinto de contenção quando realiza levante para a cadeira de rodas.

Avaliação Familiar, segundo Avaliação Familiar de Calgary

O Sr. B. reside sozinho, tratando-se de uma família unipessoal (estrutura interna). Refere a existência de 4 irmãos, sendo ele o segundo mais novo, no entanto pouco socializa com os mesmos (estrutura externa). Não faz menção a amigos, nem se verifica a sua visita durante o período de visitas (estrutura externa). Reside num apartamento num 2º andar sem elevador, apresentando saneamento básico e eletricidade (contexto). Apresenta uma casa de banho com poliban. Em relação ao estágio de desenvolvimento da família, encontra-se na última fase, pois está reformado e em aceitação das perdas e lutos. Em relação ao funcionamento familiar, era o mesmo que estava responsável pelas tarefas domésticas e cuidado a doentes, bem como pelas crenças e comunicação.



Avaliação do Impacto no Autocuidado

Verifica-se um score de 45/100 índice de Barthel, presente no apêndice V, apresentando dependência moderada nas AVD. Foi utilizada a Medida de Independência Funcional, encontrando-se a sua avaliação no apêndice VI.

PLANO DE CUIDADOS

De modo a planear o programa de reabilitação do Sr. B., foi necessária a realização da avaliação descrita anteriormente, bem como avaliar o grau de colaboração e de envolvimento na transição experienciada e no seu processo de reabilitação. A grande preocupação do Sr. é a alteração na mobilidade, pois apresenta diminuição da força muscular, hemiparesia direita de predomínio braquial, equilíbrio dinâmico em pé ineficaz e alterações da sensibilidade superficial e profunda, o que dificulta a marcha sendo o objetivo do Sr. B. andar sem apoio, o que implica o foco no treino destas alterações. Refere que é esta alteração que impossibilita a sua ida para casa, pois não consegue subir os degraus do seu prédio até ao segundo piso, razão pela qual irá para outra instituição após a alta neste Centro de Reabilitação, de modo a consolidar os ganhos obtidos. Também devido a estas alterações, apresenta dificuldade na AVD da higiene e na de vestir e despir, sendo que ao realizar o treino destas AVD, irá ganhar mais autonomia e segurança nas mesmas.

Por outro lado, é necessário incidir o foco na prevenção de complicações associadas a imobilidade, quer sejam elas respiratórias como, quer seja prevenção de Úlceras de Pressão, bem como prevenção da instalação de espasticidade.

Os diagnósticos levantados e intervenções implementadas seguirão a nomenclatura CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011), utilizando escalas e instrumentos de medida para avaliar as intervenções implementadas, bem como as terapêuticas de enfermagem da Teoria das Transições. As terapêuticas de enfermagem referidas por Meleis (2010), como a preparação para a transição, usa as ações CIPE relacionadas com o ensino, o instruir e o treino, para garantir a integração de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas competências que auxiliarão a pessoa na transição que enfrenta; e a suplementação de papéis que parte da identificação das necessidades da pessoa no desempenho de papéis necessários à transição, utiliza as ações CIPE de assistir e o incentivo.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos	Resultados Esperados	Intervenções
<p>Andar comprometido <i>Devido à diminuição da força muscular, hemiparesia direita de predomínio braquial, equilíbrio dinâmico em pé ineficaz e alterações da sensibilidade superficial e profunda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. J.B. apresente melhoria da força muscular nos diferentes segmentos da perna direita, segundo a escala de força de MRC, durante o tempo de intervenção (ensino clínico). • Que o Sr. J.B. apresente melhoria no equilíbrio, segundo a escala de equilíbrio de Berg, durante o tempo de intervenção (ensino clínico). • Que o Sr. J.B. apresente melhoria na sensibilidade, durante o tempo de intervenção (ensino clínico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular segundo a escala de força de MRC e o equilíbrio segundo a escala de Berg, no início da implementação do plano de cuidados, a meio da intervenção e no final. • Planeamento do plano de exercícios a implementar, de modo a incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilizações no leito, com o objetivo de manter a amplitude de movimentos, mobilizando todos os segmentos corporais, começando pela cervical, membros superiores e membros inferiores (começando do distal para o proximal, realizando todos os movimentos possíveis para o segmento corporal em questão) (Menoita, 2012); ○ Exercícios de fortalecimento muscular no membro inferior direito, como exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos extensores do joelho, exercícios ativos resistidos para fortalecimento dos músculos flexores e extensores do joelho, exercícios ativos resistidos para fortalecer os músculos extensores e flexores da anca; e atividades terapêuticas, como a ponte e a rotação controlada da anca de modo a fortalecer os músculos do hemicorpo direito (Menoita, 2012; Ribeiro, 2021). • Planeamento dos exercícios de equilíbrio a implementar, nomeadamente treino de equilíbrio sentado na cama, com os pés apoiados no chão e braços apoiados nas coxas, e de seguida introduzir um estímulo de modo a que o Sr. J.B. volte a encontrar o equilíbrio; em pé, sem apoio de terceiros, e de seguida introduzir um estímulo de modo a que o Sr. J.B. volte a encontrar o equilíbrio (Menoita, 2012).

		<ul style="list-style-type: none"> ● Planeamento dos exercícios de sensibilidade a implementar, nomeadamente de sensibilidade tátil, recorrendo a materiais de diferentes texturas (macio, lixa, rugoso, bola de picos), pedindo para sentir os mesmos e identificar os mesmos; de sensibilidade térmica, recorrendo ao quente e ao frio (Menoita, 2012). ● Implementação do plano referido. ● Ensinar, instruir e treinar o Sr. J.B. sobre os diferentes exercícios planeados. ● Incentivar o Sr. J.B. na realização e implementação do plano estabelecido, dando feedback da sua evolução.
<p>Espasticidade, potencial <i>Devido ao AVC apresenta risco de desenvolver espasticidade</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que o Sr. J.B. não apresente espasticidade aumentada, segundo a escala de Ashworth durante o tempo de intervenção (ensino clínico). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Planear as intervenções a implementar que pretendem reduzir o risco de desenvolvimento da espasticidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar mobilizações no leito, com o objetivo de inibir a instalação da espasticidade, mobilizando todos os segmentos corporais, começando pela cervical, membros superiores e membros inferiores (começando do distal para o proximal, realizando todos os movimentos possíveis para o segmento corporal em questão) (Menoita, 2012). ○ Garantir o posicionamento no leito em padrão anti-espástico, seja em decúbito dorsal (posicionar a cabeça sob uma almofada que deve chegar até às omoplatas, para fazer a sua protração e evitar a inclinação da cabeça para o lado afetado; apoiar o membro superior direito sob uma almofada desde o ombro, em ligeira abdução, rotação externa e extensão do cotovelo, e extensão do punho e dedos, bem como a adução dos dedos; apoiar o membro inferior direito numa almofada desde a bacia até à região poplíteia,

		<p>assegurando uma báscula posterior da bacia, ligeira flexão e rotao interna da coxo-femoral, bem como flexão do joelho), em decúbito lateral para o lado afetado, caso o Sr. J.B. tolere devido  dor que apresenta no ombro direito na mobilizao (posicionar a cabeça com uma almofada mais alta do lado afetado, contrariando a inclinao lateral; o membro superior direito fica apoiado na cama, com abduo e rotao externa do ombro, cotovelo, punhos e dedos em extensão, com o antebraço em supinao; o membro inferior direito  posicionado em ligeira flexão da coxo-femoral e joelho), e em decúbito para o lado menos afetado (a cabeça fica posicionada sob uma almofada mais baixa, para evitar a inclinao lateral; o membro superior direito fica sob uma almofada de modo a que o ombro fique em protrao e flexão a 90, antebraço em pronao, cotovelo, punho e dedos em extensão, bem como em abduo; o membro inferior direito fica apoiado sobre uma almofada  frente do membro inferior esquerdo, com ligeira flexão da coxo-femoral e joelho) (Menoita, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none">• Planear um programa de mobilizaes com o objetivo de inibir a instalao da espasticidade, mobilizando todos os segmentos corporais, realizando pelo menos 10 vezes cada movimento, começando pelos segmentos distais para os proximais (Menoita, 2012).• Ensinar, instruir e treinar o Sr. J.B. sobre os diferentes exercícios planejados.• Incentivar o Sr. J.B. na realizao e implementao do plano estabelecido, dando feedback da sua evoluo.
--	--	--

<p>Capacidade para tomar banho e vestir-se e despir-se comprometida <i>Devido à diminuição da força muscular, hemiparesia direita de predomínio braquial, equilíbrio dinâmico em pé ineficaz e alterações da sensibilidade superficial e profunda, o que condiciona a sua independência nestas AVD</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. J.B. ganhe mais independência na realização da higiene e no vestir e despir-se, durante o tempo de intervenção (ensino clínico), avaliada pelo Índice de Barthel, presente no apêndice V. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade do Sr. J.B. para realizar a higiene e vestir-se e despir-se, no início da implementação do plano de cuidados, a meio da intervenção e no final, utilizando o Índice de Barthel, presente no apêndice V. • Planeamento das atividades a realizar no treino de higiene e de vestuário: <ul style="list-style-type: none"> ○ Preparar o material necessário para a higiene e vestuário, dispondo os produtos de higiene e a cadeira de duche junto à cama do Sr. levando os mesmos até ao duche; dispondo a roupa a vestir e a cadeira de rodas junto à cama do Sr., de modo a facilitar o treino. ○ Assistir o Sr. J.B. na transferência para a cadeira de duche e auxiliá-lo na deslocação até ao poliban. ○ Explicar ao Sr. J.B. que deve utilizar o membro superior direito o máximo que conseguir na higiene, de modo a integrar o hemicorpo afetado (Menoita, 2012). ○ Explicar que deve vestir a t-shirt colocando a peça no seu colo, com a parte da frente voltada para baixo, começando a vestir a cabeça, o membro superior direito e de seguida o membro superior esquerdo; para a despir, deve retirá-la pela cabeça (Menoita, 2012). ○ Para vestir as cuecas e as calças, deve cruzar o membro inferior direito sobre o esquerdo, vestindo as mesmas até ao joelho, de seguida vestir o membro inferior esquerdo, levantando-se para puxar as cuecas e calças até acima (Menoita, 2012). ○ Para calçar as meias, deve colocar o membro inferior direito sobre o esquerdo e colocar a mão dentro da meia, criando um triângulo com os dedos, e calçar a meia. De seguida calçar a outra meia. Para calçar os ténis, deve abrir o máximo de puder os atacadores, colocar pé
--	---	---

		<p>direito dentro do sapato de modo a que o mesmo deslize sobre o mesmo. Garantir que os atacadores estão apertados de cima para baixo, de modo a que o Sr. J.B. consiga fazer a laçada com apenas uma mão (Menoita, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fornecer instruções verbais sobre como deve realizar o treino de higiene e de vestuário. ● Assistir o Sr. J.B. nas atividades em que apresenta dificuldade na realização. ● Incentivar o Sr. J.B. na realização das atividades, recorrendo ao reforço positivo.
<p>Ventilação comprometida, potencial de risco <i>Devido à tendência para a imobilidade no leito, que pode resultar em diminuição da elasticidade do diafragma, redução da amplitude do movimento torácico, respiração mais superficial e aumento da frequência respiratória, que condiciona a efetividade da tosse e facilita a acumulação de secreções (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que o Sr. J.B. não apresente complicações respiratórias associadas à imobilidade durante o tempo de intervenção (ensino clínico). ● Que o Sr. J.B. participe no plano de reeducação funcional respiratória durante o tempo de intervenção (ensino clínico). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborar plano de reeducação funcional respiratória a implementar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir local calmo para a realização dos exercícios; ○ Ajudar o Sr. J.B. a adotar uma posição de conforto e relaxamento, em decúbito dorsal no leito com uma almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e outra sob a região poplíteia (Cordeiro e Menoita, 2012). ○ Iniciar o programa com a consciencialização e controlo da respiração, com ensino sobre como deve respirar “inspirar como se tivesse a cheirar uma flor, expirar como se tivesse a apagar uma vela” de modo a melhorar a capacidade em controlar a respiração, de modo a obter uma melhor ventilação com menor dispêndio de energia (Cordeiro e Menoita, 2012). ○ Foco na reeducação diafragmática com o objetivo de proporcionar uma maior excursão diafragmática e melhorar as trocas gasosas, instruindo a pessoa a respirar para o abdómen, utilizando a mão do

		<p>enfermeiro como estímulo, exercendo uma ligeira pressão abdominal na expiração (Cordeiro e Menoita, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Foco na reeducação costal com o objetivo de promover a expansão torácica, melhorando a ventilação, pedindo a pessoa para entrelaçar os dedos, elevando os membros superiores na inspiração e baixando-os na expiração, com ajuda do enfermeiro no apoio do braço direito pela hemiparesia (Cordeiro e Menoita, 2012). ○ Terminar com a consciencialização e controlo dos tempos respiratórios (Cordeiro e Menoita, 2012). <ul style="list-style-type: none"> ● Ensinar, instruir e treinar o Sr. J.B. sobre o programa planeado. ● Incentivar o Sr. J.B. na realização e implementação do programa estabelecido, dando feedback da sua evolução.
--	--	---

Avaliação

1/10

Avaliada força muscular e equilíbrio, segundo as escalas mencionadas, encontrando-se os resultados na avaliação inicial efetuada e nos apêndices I, II e III.

Realizadas mobilizações ativas a nível da cabeça e pescoço bem como do hemicorpo esquerdo, e assistidas ao nível do hemicorpo direito, pois apresenta dificuldade em completar os movimentos, e atividades terapêuticas como rolar, rotação controlada da anca e ponte, necessitando de ajuda para rolar e para segurar os joelhos e pés para realizar a ponte. Realizado treino de equilíbrio, com o Sr. J.B. sentado na cama, apresentado equilíbrio sentado estático e dinâmico, e estático em pé eficaz e dinâmico em pé ineficaz. Prefere estar posicionado em decúbito dorsal em padrão anti-espástico, recusando a almofada no membro inferior direito, sendo realizado ensino sobre importância de cumprir o posicionamento correto e da alternância de decúbitos.

Implementado programa de reeducação funcional respiratória planeado, com colaboração do Sr. J.B., sendo que consegue colaborar na consciencialização e controlo dos tempos respiratórios, apresentando dificuldade em realizar uma respiração diafragmática bem como em colaborar nos exercícios de reeducação diafragmática. Necessita de apoio do membro superior direito aquando os exercícios de reeducação costal global.

Nas transferências cama-cadeira de duche, cadeira de duche-cadeira de rodas, necessita de apoio de uma pessoa, por não apresentar equilíbrio dinâmico em pé.

Realizado treino de higiene, necessitando de ajuda para lavar o membro superior direito, o pé direito, a região dorsal e a região intranadegueira. Recusa utilizar o membro superior direito para lavar o corpo, mesmo após lhe terem sido explicados os benefícios do uso do mesmo na sua recuperação e que é capaz de fazer alguns dos movimentos com o braço. No treino de vestuário, apresenta dificuldade em vestir as diferentes peças, necessitando de muitas instruções verbais sobre como vestir as peças, bem como de ajuda para as vestir.

29/10

Mantém força 4/5 nos diferentes movimentos da perna direita, segundo a escala de força da MRC, presente no apêndice I.

Realizadas mobilizações ativas a nível da cabeça e pescoço bem como do hemicorpo esquerdo, e assistidas ao nível da perna direita, por manter dificuldade em completar o movimento. Necessita de apoio para realização das atividades terapêuticas, nomeadamente de apoio nos pés na realização da ponte. Prefere estar posicionado em decúbito dorsal em padrão anti-espástico, aceita a almofada no membro inferior direito, sendo realizado ensino sobre importância da alternância de decúbitos.

Participa no programa de reeducação funcional respiratória planeado, conseguindo colaborar nos exercícios de reeducação diafragmática e de reeducação costal glocal, necessitando de apoio do membro superior direito aquando os exercícios de reeducação costal global.

Realizado treino de fortalecimento muscular, colaborando nos exercícios, mas necessitando de assistência nos mesmos.

Realizado treino de equilíbrio dinâmico em pé, apresentando dificuldade em encontrar o equilíbrio após introdução de estímulo. Apresenta diminuição do equilíbrio segundo a escala de Berg, presente no apêndice III, necessitando de apoio de uma pessoa nas transferências.

Realizado treino de sensibilidade, com recurso a materiais de diferentes texturas (macio, lixa, rugoso, picos) de modo a criar diferentes estímulos a nível do hemicorpo direito, com pouco sucesso, pois o Sr. J.B. ficou bastante frustrado por não apresentar sensibilidade e não reconhecer as texturas.

No treino de higiene, já só necessita de ajuda para lavar as costas, a perna direita e o pé direito. Mantém recusa em utilizar o membro superior direito para realizar a higiene. No treino de vestuário, necessita de ajuda para colocar a meia elástica (que iniciou aplicação por edema no membro inferior direito ao longo do internamento) e o sapato no pé direito, necessitando de menos pistas verbais sobre como vestir as peças.

8/11

Mantém força 4/5 nos diferentes movimentos da perna direita, segundo a escala de força da MRC, presente no apêndice I.

Realizadas mobilizações ativas a nível da cabeça e pescoço bem como do hemicorpo esquerdo, e ativas assistidas ao nível do membro inferior direito, conseguindo realizar o movimento, mas necessita de ajuda na sua repetição. Necessita de supervisão para a realização das atividades terapêuticas.

Prefere estar posicionado em decúbito dorsal em padrão anti-espástico, aceita a almofada no membro inferior direito, sendo realizado ensino sobre importância da alternância de decúbitos.

Participa no programa de reeducação funcional respiratória planeado, conseguindo colaborar nos exercícios de reeducação diafragmática e de reeducação costal glocal, necessitando de apoio do membro superior direito aquando os exercícios de reeducação costal global.

Realizados exercícios de fortalecimento muscular, conseguindo realizar os exercícios com a introdução de maior resistência.

Necessita de supervisão nas transferências, por manter equilíbrio dinâmico pouco eficaz, conseguindo realizar as mesmas sem apoio de terceiros, apoiando a sua mão esquerda no braço da cadeira. Apresenta diminuição do equilíbrio segundo a escala de Berg, presente no apêndice III.

Mantém recusa na realização do treino de sensibilidade.

No treino de higiene, consegue realizar todas as atividades sem apoio. No treino de vestuário, necessita de poucas instruções verbais sobre como vestir as peças, necessitando de apoio a vestir casacos (não realizado em turnos anteriores, por ainda vestir t-shirt, sendo necessário agora incidir no treino de vestir e despir o casaco pelo tempo mais frio).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Findo o presente ensino clínico e após a implementação do plano de cuidados acima descrito, importa analisar o que foi ou não realizado, o que foi ou não alcançado, e que aprendizagens é possível retirar desta experiência, de modo a perceber o que fazer futuramente em situações semelhantes.

No final da intervenção, foi possível obter ganhos mais evidentes a nível das AVD, na higiene e no vestuário, que possibilitou ganhos na funcionalidade do Sr. J.B., conseguindo as realizar com alguma mestria, algo que o Sr. pretendia pois refere que assim depende menos das pessoas para a realização as AVD e torna-se mais independente (sic). Apesar de manter recusa em utilizar o braço direito nas AVD, pois diz que o braço não consegue fazer nada (sic), apesar de lhe ter sido explicado várias vezes que há atividades que o Sr. consegue realizar com o braço, no final do ensino clínico conseguia realizar a sua higiene independentemente, necessitando apenas de apoio na transferência para a cadeira sanitária e na deslocação da mesma até ao duche.

Não foram possíveis ganhos palpáveis na capacidade de andar, por ainda apresentar diminuição da força no hemicorpo à direita, hemiparesia direita, equilíbrio dinâmico em pé ineficaz e alterações da sensibilidade superficial e profunda, mas foram possíveis ganhos na força do membro inferior esquerdo, perceptível pela avaliação da escala de força da MRC no apêndice I, e no equilíbrio, perceptível pela avaliação da escala de Berg no apêndice III, influenciado pelo fato do Sr. J.B. se encontrar bastante motivado em voltar a andar.

Em relação ao planeamento das intervenções a realizar, não tive em conta a ida ao departamento das AVD, uma vez que nessa semana não pude implementar o plano que tinha delineado. No entanto, a ida a este departamento permitiu-me constatar que o Sr. J.B. conseguia realizar certas tarefas no treino de higiene e vestuário que no internamento não realizava, referindo não apresentar capacidades para tal e não tendo disponibilidade para as realizar (sic). Esta situação fez-me refletir sobre a razão de o Sr. J.B. não “conseguir” realizar as mesmas tarefas no serviço de internamento, talvez por sentir a pressão do tempo diminuto disponível para a higiene e para o vestuário, uma vez que tinha que

cumprir o horário planejado para os diversos departamentos, sabendo que se pedisse ajuda aos profissionais, seria auxiliado nestas AVD.

Esta situação fez com que mudasse a minha atitude, mostrando ao Sr. que devia fazer as coisas ao seu tempo, que não havia pressa, que era preferível ele fazer as coisas sozinho, demorasse o tempo que fosse necessário, pois iria ser benéfico para ele, obtendo ganhos na sua funcionalidade. Algo que também não foi tido em conta no planejamento, foi o fato de nem sempre o Sr. J.B. ficar distribuído com a enfermeira orientadora, pelo que não era possível a prestação de cuidados diretos ao Sr., por ser outro enfermeiro responsável pelo Sr.. Outro fato que condicionou o planejamento das intervenções foi o fato de o Sr. J.B. ter atividades planejadas nos outros departamentos do centro de reabilitação todos os dias da semana das 10h até às 18h, sendo que só era possível realizar atividades com o Sr. durante o período da higiene ou antes de se deitar, sendo que no período da manhã o Sr. gostava de ficar a dormir até mais tarde e que no período da tarde encontrava-se cansado das atividades realizadas nos departamentos, sendo necessário bastante negociação sobre que intervenções seriam possíveis de realizar.

Desta experiência, saliento a importância do treino de AVD na funcionalidade da pessoa e na sua independência, no dar tempo à pessoa para realizar as várias tarefas no seu tempo e no tempo que for necessário, e na motivação e no sentir-se ligado ao plano delineado, perceptível na participação do Sr. J.B. nos vários exercícios que eram propostos, o que irá permitir um regresso a casa com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories*. Nursing Research And Practice. Springer Publishing Company.
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIFE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lidel.
- Sacco, R.L.; Kasner, S.E.; Broderick, J.P.; Caplan, L.R.; Connors, J.J.; Culebras, A.; Elkind, M.S.V; George, M.G.; Hamdan, A.D.; Higashida, R.T.; Hoh, B.L.; Janis, L.S.; Kase, C.S.; Kleindorfer, D.O.; Lee, J.; Moseley, M.E.; Peterson, E.D.; Turan, T.N.; Valderrama, A.L. & Vinters, H.V. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *American Heart Association*, 44, 2064-2089. DOI: 10.1161/STR.0b013e318296aeca

APÊNDICES

**APÊNDICE I – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE
FORÇA DA MEDICAL RESEARCH COUNCIL
NOS DIFERENTES MOMENTOS DE
AVALIAÇÃO**

Segmentos Corporais		Avaliação a 1/10		Avaliação a 29/10		Avaliação a 8/11	
		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5		5		5	
	Inclinação Lateral	5		5		5	
	Rotação	5		5		5	
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	2	5	2	5	3	5
	Flexão/Extensão	2	5	2	5	3	5
	Rotação Interna/Externa	2	5	2	5	3	5
Cotovelo	Flexão/Extensão	2	5	2	5	3	5
Antebraço	Supinação/Pronação	3	5	3	5	3	5
Punho	Flexão/Extensão	3	5	3	5	3	5
	Desvio radial/cubital	3	5	3	5	3	5
Dedos da mão	Abdução/Adução	2	5	2	5	3	5
	Flexão/Extensão	2	5	2	5	3	5
	Oponência do Polegar	2	5	2	5	3	5
Coxofemoral	Abdução/Adução	4	5	4	5	4	5
	Flexão/Extensão	4	5	4	5	4	5
	Rotação Interna/Externa	3	5	3	5	4	5
Joelho	Flexão/Extensão	4	5	4	5	4	5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	3	5	3	5	4	5
	Inversão/Eversão	3	5	3	5	3	5
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	3	5	3	5	4	5
	Abdução/Adução	3	5	3	5	3	5

Legenda⁴

5 – Força Normal

4 – Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade

⁴ Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

3 – Movimento que vence a gravidade ao longo da totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência

2 – Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular

1 – Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro

0 – Sem contração palpável ou visível

**APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE
ASHWORTH MODIFICADA NOS
DIFERENTES MOMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Segmentos Corporais		Avaliação a 1/10		Avaliação a 29/10		Avaliação a 8/11	
		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0		0		0	
	Inclinação Lateral	0		0		0	
	Rotação	0		0		0	
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	0	0	0	0	0	0
	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
	Rotação Interna/Externa	0	0	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
Antebraço	Supinação/Pronação	0	0	0	0	0	0
Punho	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0	0	0	0	0
Dedos da mão	Abdução/Adução	3	0	3	0	3	0
	Flexão/Extensão	3	0	3	0	3	0
	Oponência do Polegar	3	0	3	0	3	0
Coxofemoral	Abdução/Adução	0	0	0	0	0	0
	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
	Rotação Interna/Externa	0	0	0	0	0	0
Joelho	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	0	0	0	0	0	0
	Inversão/Eversão	0	0	0	0	0	0
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução/Adução	0	0	0	0	0	0

Legenda⁵

0 – Tônus muscular normal

1 – Aumento do tônus no início ou no fim do arco do movimento

⁵ Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

1+ - Aumento do tónus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguida por resistência mínima

2 - Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento

3 - Aumento considerável do tónus com dificuldade na movimentação passiva

4 - O segmento encontra-se rígido em flexão ou extensão

**APÊNDICE III – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE
EQUILÍBRIO DE BERG NOS DIFERENTES
MOMENTOS DE AVALIAÇÃO**

	Avaliação a 1/10	Avaliação a 29/10	Avaliação a 8/11
Posição sentada para posição de pé	3 – Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos	3 – Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos	3 – Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
Permanecer em pé sem apoio	2 – Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte	2 – Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte	3 – Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4 – Capaz de sentar com segurança por 2 minutos	4 – Capaz de sentar com segurança por 2 minutos	4 – Capaz de sentar com segurança por 2 minutos
Posição em pé para posição sentada	1 – Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada	2 – Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida	3 – Controla a descida utilizando as mãos
Transferências	2 – Capaz de passar da cama para a cadeira de rodas com pistas verbais e/ou supervisão	2 – Capaz de passar da cama para a cadeira de rodas com pistas verbais e/ou supervisão	3 – Capaz de passar com segurança com uso de mãos evidente
Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	2 – Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos	2 – Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos	3 – Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	2 – Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos	2 – Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos	2 – Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
Alcançar à frente com o braço	0 – Perda de equilíbrio durante as tentativas/necessida	0 – Perda de equilíbrio durante as tentativas/necessida	0 – Perda de equilíbrio durante as tentativas/necessida

estendido, permanecendo em pé	de de suporte externo	de de suporte externo	de de suporte externo
Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0 – Incapaz de tentar/necessita de assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda	0 – Incapaz de tentar/necessita de assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda	0 – Incapaz de tentar/necessita de assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda
Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros enquanto permanece em pé	1 – Necessita de supervisão ao virar	1 – Necessita de supervisão ao virar	1 – Necessita de supervisão ao virar
Girar 360°	0 – Necessita de assistência enquanto vira	0 – Necessita de assistência enquanto vira	0 – Necessita de assistência enquanto vira
Posicionar os pés alternadamente no degrau enquanto permanece em pé sem apoio	0 – Necessita de assistência para prevenir queda/incapaz de tentar	0 – Necessita de assistência para prevenir queda/incapaz de tentar	0 – Necessita de assistência para prevenir queda/incapaz de tentar
Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0 – Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé	0 – Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé	0 – Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé
Permanecer em pé sobre uma perna	0 – Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar a queda	0 – Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar a queda	0 – Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar a queda
Score	17	18	22

Legenda ⁶

Score 0-20: elevado risco de queda/equilíbrio diminuído

Score 21-40: risco de queda médio/equilíbrio médio

Score 41-56: baixo risco de queda/equilíbrio bom

⁶ Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

**APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA ESCALA DE
QUEDA DE MORSE NA AVALIAÇÃO INICIAL**

Avaliação a 1/10	
Histórico de Quedas	Sim (25)
Diagnóstico Secundário	Sim (15)
Auxílio na Deambulação	Auxiliar de marcha (15)
Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso	Não (0)
Marcha	Comprometida, cambaleante (20)
Estado Mental	Orientado (0)
Score	75

**APÊNDICE V - AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE
BARTHEL NOS DIFERENTES MOMENTOS
DE AVALIAÇÃO**

	Avaliação a 1/10	Avaliação a 29/10	Avaliação a 8/11
Alimentação	Independente (10)	Independente (10)	Independente (10)
Transferência	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se (5)	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se (5)	Precisa de alguma ajuda (10)
Toalete	Dependente (0)	Dependente (0)	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5)
Utilização do WC	Dependente (0)	Dependente (0)	Precisa de alguma ajuda (5)
Banho	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)
Mobilidade	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50metros, incluindo esquinas (5)	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50metros, incluindo esquinas (5)	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50metros, incluindo esquinas (5)
Subir e descer escadas	Dependente (0)	Dependente (0)	Dependente (0)
Vestir	Com ajuda (5)	Com ajuda (5)	Com ajuda (5)
Controlo Intestinal	Controla, sem acidentes (10)	Controla, sem acidentes (10)	Controla, sem acidentes (10)
Controlo Urinário	Controla perfeitamente (10)	Controla perfeitamente (10)	Controla perfeitamente (10)
Score	45	45	60

Legenda⁷

100: Independência

95-60: Dependência ligeira

55-40: Dependência moderada

35-20: Dependência severa

⁷ Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

≤20: Dependência total

**APÊNDICE VI – AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NA
AVALIAÇÃO INICIAL**

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL⁸		
Autocuidado	Alimentação	7
	Higiene Pessoal	4
	Banho	3
	Vestir metade Superior do Corpo	3
	Vestir metade Inferior do Corpo	2
	Utilização do Sanitário	3
Controlo de Esfíncteres	Controlo de Urina	7
	Controlo de Fezes	7
Mobilidade	Leiro, cadeira, cadeira de rodas	4
	Sanitário	3
	Banheira, Chuveiro	3
Locomoção	Marcha/cadeira de rodas	5
	Escadas	1
Comunicação	Compreensão	7
	Expressão	5
Cognição Social	Interação Social	7
	Resolução de Problemas	4
	Memória	7
	Score	82

⁸ Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

**APÊNDICE IV – Jornal de Aprendizagem em
Contexto Neurológico**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem: O Treino de Atividades de Vida Diárias na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Professora Regente:
M^a do Céu Sá

Professora Orientadora:
Cristina Baixinho

Lisboa
novembro 2023

O presente Jornal de Aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no primeiro contexto, o contexto Neurológico, que decorre num Centro de Reabilitação localizado no distrito de Lisboa, pretendendo com este trabalho refletir sobre um tema decorrente da minha experiência em estágio, reflexão esta com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, de modo a questionar a experiência de estágio, decompondo a mesma e, assim, obter novos conhecimentos provenientes desta reflexão, com o objetivo final de melhorar a minha prática.

O Ciclo Reflexivo de Gibbs trata-se de uma ferramenta que pretende auxiliar a reflexão de uma situação na prática, estruturada em seis etapas, sendo elas a descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Afonso & Loureiro, 2018), que irão orientar a estruturação deste trabalho.

Este Jornal de Aprendizagem é então baseado na experiência decorrente da primeira porção do Estágio com Relatório, num Centro de Reabilitação, mais concretamente num Serviço de Adultos, com pessoas com Lesões Vertebró Medulares (LVM), com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras patologias do foro neurológico ou sequelas de politraumatizados graves, oferecendo cuidados de reabilitação a esta população com o objetivo último da sua reintegração na sociedade. Irei assim refletir sobre a passagem num dos vários departamentos existentes neste Centro de Reabilitação, que se foca no Treino das Atividades de Vida Diárias (AVD), nomeadamente no treino de vestuário, no treino de higiene, incluindo o treino da maquilhagem e o treino de fazer a barba, no treino de transferências e no treino do uso de produtos de apoio que podem auxiliar a pessoa no seu dia-a-dia, utilizando exemplos de situações com que me deparei de modo a compreender como o Treino de AVD influencia o processo de reabilitação da pessoa.

O departamento das AVD conta com uma equipa de 6 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) que se focam na reabilitação

da funcionalidade da pessoa e na sugestão e adaptação a produtos de apoio, apresentando como espaço físico uma sala ampla com algumas secretárias e mesas, que permitem a realização de registos e reuniões com a pessoa e família, dois quartos com cama articulada onde se realiza o treino de vestuário e o treino de transferências, e uma banheira, sanita e lavatório, que possibilita o treino de transferências, existindo vários biombos entre os espaços de modo a assegurar a privacidade das pessoas nos exercícios. Existe igualmente armários onde se encontram os vários produtos de apoio disponíveis, como tábuas de banho, cadeiras giratórias de banho, cadeiras sanitárias, bancos de banho, tábuas de transferência, cabos de gancho em S, abotoador de botões, calçadeiras de cabo comprido, dispositivo para calçar meias e collants, entre outros, bem como uma cadeira de baloiço para as pessoas com AVC, sendo um modo diferente, com o qual ainda não me tinha deparado, para o posicionamento em padrão antiespástico e para inibir a instalação da espasticidade, proporcionado pelo baloiço da cadeira. Na passagem por este departamento pude observar pessoas que se encontravam internadas nos vários serviços de internamento deste Centro a realizar exercícios planeados no seu plano de reabilitação, o que possibilitou a compreensão do trabalho do EEER naquele departamento.

De modo a assegurar a reabilitação da funcionalidade das pessoas e prevenir complicações, tendo em conta as potencialidades da pessoa, o EEER utiliza o Treino de AVD, que alia exercícios de equilíbrio, de marcha, de força, de mobilização dos vários segmentos corporais e de sensibilidade, à realização de atividades do dia-a-dia, que irão permitir ganhos na funcionalidade da pessoa, um correto alinhamento corporal, maior mobilidade e amplitude de movimentos, maior resistência e força, o controlo da estabilidade postural e equilíbrio, o desenvolvimento do autocuidado e prevenir a ocorrência de quedas, ao mesmo tempo que mune a pessoa e o seu cuidador de conhecimento sobre técnicas específicas de autocuidado, culminando na melhoria da qualidade da vida da pessoa (Matos & Simões, 2020; Pereira et al., 2022).

Foi possível acompanhar pessoas que, inicialmente, não conseguiam vestir-se e despir-se nem apresentar uma marcha eficaz, como o caso da Sra. M., que após colocação de Prótese Total da Anca direita durante o período da pandemia COVID-19, ficou impossibilitada de realizar fisioterapia durante o período de confinamento, apresentando então diminuição da força a nível dos membros inferiores, com score 3/5 na Escala de Força da Medical Research Council, e equilíbrio estático e dinâmico em pé ineficaz. À data da minha passagem pelo departamento de AVD, conseguia já vestir a porção superior do corpo independentemente, necessitando do uso do gancho em S com cabo longo para vestir as calças e calçar os sapatos, bem como do uso do dispositivo para calçar meias, e apresentava equilíbrio estático em pé eficaz e dinâmico pouco eficaz, conseguindo caminhar com apoio de uma pessoa. Todos estes ganhos foram possíveis não só pela motivação da Sra. no seu processo de reabilitação, bem como pela elaboração do plano de cuidado adaptado à pessoa, nomeadamente pelo estabelecimento de metas realistas e que tenham aplicabilidade em situações do dia-a-dia, o que possibilita a adesão da pessoa ao programa delineado, e também pela articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de reabilitação da pessoa (Matos & Simões, 2020; Pereira et al., 2022).

Pude igualmente observar a preocupação das famílias ao acompanharem o seu familiar a este departamento, pois queriam perceber como seria a realidade no regresso a casa, e se o mesmo seria possível, sendo necessário a EEER desmistificar muito do que a família pensava. Por exemplo, a Sra. C., que tinha hemiparésia esquerda após AVC, dizia que a família apresentava vários entraves à sua ida a casa nos fins de semana por pensarem que necessitava de muita ajuda nas AVD pois ainda não apresentava uma marcha eficaz, deslocando-se em cadeira de rodas, sendo que na verdade conseguia realizar a sua higiene independentemente, necessitando somente de um banco no duche, conseguia vestir-se e despir-se independentemente, e realizar as transferências entre

cadeira de rodas e sanita/duche independentemente, tendo sido abordado a possibilidade de a família ir ao departamento das AVD de modo a perceberem que não necessitava de apoio nestas atividades.

É nesta situação, no treino das AVD, que se torna importante a gestão das expectativas da pessoa e do cuidador, pois é nesse momento que estes se deparam com a realidade, nomeadamente do que a pessoa consegue realizar e de quais as tarefas que necessita de ajuda ou de produtos de apoio, possibilitando a capacitação do cuidador para as tarefas que a pessoa necessita de apoio bem como o treino da pessoa para essas tarefas (Pereira et al., 2022).

Igualmente importante é a avaliação da pessoa utilizando escalas e instrumentos de medidas, que permitem avaliar a sua funcionalidade bem como as suas incapacidades e limitações da atividade, possibilitando a elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à pessoa em questão (Matos & Simões, 2020). Pude observar a aplicação da Medida de Independência Funcional na avaliação inicial de uma pessoa com AVC no Centro de Reabilitação, sendo que as EEER deste departamento se focavam nos itens relacionados com o Vestir a Metade Superior e Inferior do corpo e com as Transferências, sendo que os outros itens ficavam à responsabilidade de outros profissionais dentro da equipa multidisciplinar.

Pude também observar a comunicação por email entre familiares cuidadores e EEER, sobre a preocupação na adaptação das casas de banho, nomeadamente no envio de fotos e medidas de banheira, de modo a verificar se era possível a colocação de produtos de apoio, como foi o caso da Sra. I., que iria para a casa da filha após o internamento no Centro de Reabilitação e apresentava dificuldade em entrar na banheira, estando a ser equacionado a possibilidade de colocação de uma cadeira de banho giratória na banheira, de modo a que a Sra. I. conseguisse sentar-se na banheira e realizar a sua higiene independentemente. Isto permitiu-me observar o papel do EEER como promotor da capacitação das

peçoas, pois pela orientação em relação à doença, as suas sequelas e sobre as capacidades da peçoas, bem como sobre o uso de produtos de apoio, a todos os intervenientes, neste caso família e peçoas, é possível a tomada de decisão conjunta sobre o processo de reabilitação de modo a promover o potencial da peçoas e a sua integração no dia-a-dia, tendo em conta a sua nova realidade, bem como a capacitação da família para o novo papel que apresenta, o de cuidador familiar (Pereira et al., 2022).

O planeamento do regresso a casa é uma das preocupações do EEER, algo que foi possível verificar no contato com todos as peçoas que passaram pelo departamento das AVD durante a minha passagem pelo mesmo, devendo o EEER focar-se na capacitação da peçoas e cuidador, através da transmissão de informação e do treino de capacidades, de modo a promover a readaptação funcional da peçoas, possibilitado pela parceria estabelecida com a peçoas e família (Matos & Simões, 2020). Para preparar o regresso a casa é vital a identificação das incapacidades e limitações da atividade da peçoas, bem como as barreiras arquitetónicas presentes no domicílio e outros fatores que possam dificultar o regresso a casa, como a ansiedade e fadiga da peçoas e família, garantindo um acompanhamento adequado das peçoas nestas situações, de modo a minimizar os mesmos e o seu efeito no autocuidado da peçoas, permitindo uma reintegração na família e sociedade bem sucedida (Matos & Simões, 2020).

Assim sendo, é o treino e o ensino sobre o autocuidado, estratégias adaptativas e produtos de apoio, realizado pelo EEER, pois é este o elemento da equipa que apresenta um corpo de conhecimentos próprios e competências a nível da comunicação, negociação e conhecimento sobre estratégias adaptativas e produtos de apoio para realizar este ensino, que permitem a aquisição da máxima funcionalidade e de maior qualidade de vida, além da reintegração na sociedade (Matos & Simões, 2020).

Considero esta experiência como positiva pois pude observar que outras funções o EEER pode desempenhar neste Centro de Reabilitação. Sinto que neste departamento existe mais tempo para dispensar ao treino de AVD, contrariamente ao que acontece no serviço de internamento, principalmente durante o turno da manhã, em que existem constrições no tempo dispensado ao treino de AVD devido à necessidade em respeitar o horário da pessoa, pois tem que frequentar os diferentes departamentos disponíveis no Centro de Reabilitação e que estão a acompanhar o processo de reabilitação da pessoa. Isto foi verificado ao acompanhar as idas a este departamento do Sr. B. que tinha estado a acompanhar no serviço de internamento, uma vez que no serviço de internamento apresentava muita dificuldade em vestir-se após a higiene, necessitando de instruções verbais e ajuda a realizar as diferentes tarefas, mas no departamento de AVD conseguiu vestir-se e despir-se sem ajuda e com poucas instruções verbais. Esta situação deixou-me bastante intrigada pela discrepância no comportamento deste senhor nos diferentes locais, levando-me a questionar o porquê desta diferença no seu comportamento, chegando então à conclusão que se poderá dever ao fato de este treino ocorrer num espaço próprio, fazendo com que a pessoa saiba que naquele departamento é realizado o treino de AVD, ou então pelo tempo disponível naquele local para a realização do treino, sem as constrições de tempo presentes no internamento.

Algo que também verifiquei neste departamento foi a importância em deixar a pessoa fazer as diferentes tarefas ao seu tempo, sem ajuda, fornecendo instruções verbais caso sejam necessárias. Muitas vezes reparava que já me encontrava com o impulso de avançar para junto da pessoa de modo a auxiliá-la, sendo que adotei a estratégia de colocar as mãos atrás das costas, de modo a não perturbar a pessoa na execução do treino de AVD, dando-lhe tempo para o mesmo. Algo que também foi constatado por alguns doentes, como a D. L., que dizia “você está mortinha por me ajudar” (sic), comentário que me levou a refletir um pouco sobre o substituir a pessoa, algo que é habitual fazer na minha prática

profissional em cuidados intermédios cirúrgicos, uma vez que a pessoa, nesta situação de pós-operatório recente, necessita de bastante apoio nas AVD, devido a sua situação clínica, tratando-se de uma incapacidade para a realização de AVD momentânea, devido ao pós-operatório, à dor, aos drenos, a toda a monitorização a que está sujeita para vigilância do estado hemodinâmico. Neste departamento, constato que tenho que controlar este impulso e este hábito, e dar tempo à pessoa, para que esta consiga realizar as diferentes tarefas inerentes ao treino de AVD pois, devido ao AVC, a pessoa pode apresentar alguma incapacidade na realização das AVD devido às próprias sequelas do AVC, tanto motoras como cognitivas, devendo o EEER assistir a pessoa com vista à aquisição de maior funcionalidade e qualidade de vida (Pereira et al., 2022).

Finalizando, a intervenção do EEER possibilita que a pessoa atinja os objetivos do seu plano de reabilitação, nomeadamente na aquisição de funcionalidade, do equilíbrio, da marcha, na diminuição do risco de queda e, dessa forma, contribuir para a sua reintegração no seio familiar e na sociedade, devendo intervir o mais precocemente possível de modo a se evitarem perdas na sua autonomia (Santos et al., 2020).

Refletindo sobre esta experiência no departamento de AVD, vejo a importância de dar tempo à pessoa para a realização das AVD, não a substituindo, algo que posso implementar daqui em diante. Agora, ao ter visto quais as tarefas envolvidas nas AVD que o Sr. B. consegue realizar, percebo que ele precisa de mais tempo na execução das mesmas, pelo que a minha postura no serviço de internamento mudou. Digo-lhe que é necessário treinar o vestir-se, dando-lhe algumas instruções verbais sobre as tarefas que ainda tem dificuldade e pedindo-lhe para me explicar como deve vestir as peças, de modo a verificar se apresenta ainda alguma dificuldade no treino. Se ele referir que tem que se despachar para ir para os departamentos, pois ouve os colegas de quarto e os restantes profissionais a referirem isso mesmo, digo-lhe para não se preocupar com isso,

que as atividades só começam às x horas, que ainda tem bastante tempo para realizar este treino, que também é muito importante. E noto uma evolução no modo como o Sr. tem realizado o treino de vestuário, necessitando de cada vez menos instruções verbais. No futuro, sei que não devo apressar a pessoa na realização do treino, mesmo que o faça inconscientemente, pois ao possibilitar que a pessoa o faça autonomamente, estou a possibilitar ganhos na sua funcionalidade e, conseqüentemente, a sua independência nas AVD, o que vai permitir um regresso a casa com sucesso e uma reintegração na família e sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T. & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica: Reflexão segundo o Ciclo Reflexivo de Aprendizagem. *Enformação*, 9, 12-17.
- Matos, M.F.G. & Simões, J.A.G. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2), 11-19. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770
- Pereira, I.; Galvão, J. & Rodrigues, M. (2022). Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Independência dos Doentes com AVC. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8 (22), 109-127. doi.oeg/10.51891/rease.v8i2.4140
- Santos, J.T.; Campos, C.M.S. & Martins, M.M. (2020). A Pessoa com AVC em Processo de Reabilitação: Ganhos com a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2), 36 – 43. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799

**APÊNDICE I – Poster “Eficácia da Intervenção
de Enfermagem no Período Pré-Operatório
da Pessoa Adulta e Idosa submetida a
Cirurgia Cardíaca: Protocolo de uma Revisão
Sistemática da Literatura”**

Eficácia da intervenção de Enfermagem no período pré-operatório da pessoa adulta e idosa submetida a Cirurgia Cardíaca: protocolo de uma revisão sistemática da literatura

Beatriz Pinto & Cristina Lavareda Baixinho

Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), 1900-160 Lisboa, Portugal

Introdução

A Cirurgia Cardíaca é um procedimento cirúrgico bastante comum apesar das múltiplas técnicas de reperfusão, percutâneas e minimamente invasivas que têm surgido nos últimos anos, encontrando-se reservada para as situações mais complexas que não conseguem ser resolvidas de outro modo ou quando os sintomas persistem apesar do tratamento instituído, tendo em conta os benefícios e riscos associados à mesma (Neumann et al., 2019). Só em Portugal verificaram-se 123 050 pessoas com enfarte do miocárdio em 2019, números que se mantêm estáveis nos últimos anos, e é uma das principais causas de óbito, com 6 838 óbitos registados por doença isquémica do coração em 2020, 92% destes em pessoas com 65 e mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2023), sendo perceptível o peso desta doença e da sua intervenção cirúrgica na população portuguesa.

Esta intervenção cirúrgica constitui-se como uma agressão para o organismo, com um elevado nível de stress associado e com a possibilidade de surgirem várias complicações no período pós-operatório, além de que o elevado tempo de espera até à cirurgia programada provoca um descondicionamento físico e psicológico da pessoa no período pré-operatório (Waite et al., 2017; Marmelo et al., 2018). Tendo isto em conta, há várias necessidades presentes que parecem ser melhor respondidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a sua intervenção no período pré-operatório vai possibilitar a melhoria das capacidades funcionais e psicológicas da pessoa, preparando-a para suportar a cirurgia, além de reduzir o risco de complicações no pós-operatório e reduzir os custos associados aos cuidados de saúde (Marmelo et al., 2018; Hartog et al., 2021). É necessário o investimento na prevenção e reabilitação das pessoas com doenças cardiovasculares, pois apenas 8% da população portuguesa que sofreu um evento isquémico está incluída em programas de reabilitação, contrariamente ao que acontece no resto do mundo (Abreu et al., 2018), sendo necessária a procura de estratégias inovadoras que possam beneficiar a pessoa.

O objetivo desta revisão sistemática da literatura é identificar as intervenções de cuidado transicional à pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia de revascularização do miocárdio que influenciam positivamente o processo de recuperação da pessoa.

Material e Método

Esta revisão sistemática da literatura pretenderá demonstrar a evidência da eficácia das intervenções implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dando resposta à pergunta de pesquisa **“Quais as intervenções de enfermagem de cuidado transicional que quando implementadas no período pré-operatório da pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia de revascularização do miocárdio irão influenciar positivamente o seu processo de recuperação?”**. Será utilizado este método de modo a alcançar resultados confiáveis, a partir dos quais se podem tirar conclusões e orientar decisões, minimizando assim o risco de enviesamento e aumentando a evidência das recomendações que vão emergir para a clínica. Seguirá as recomendações do PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols).

Deste modo serão utilizados todos os ensaios clínicos randomizados controlados, não randomizados ou outros estudos quase-experimentais, que abordem intervenções implementadas no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia de revascularização do miocárdio que impactem positivamente o processo de recuperação da pessoa.

População-alvo: pessoas adultas e idosas submetidas a cirurgia de revascularização do miocárdio e que tenham sofrido alguma intervenção no período pré-operatório.

Fatores de exclusão: estudos com crianças e adolescentes, com intervenções de cuidado transicional iniciados somente no pós-cirurgia, que incidam somente na adesão ao regime terapêutico medicamentoso ou outros focos de atenção.

Pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas relevantes (MEDLINE, CINAHL, JBI, SCOPUS e Web of Science) procurando-se a evidência mais recente (últimos 5 anos) e em inglês e português.

Pesquisa das palavras-chaves: “adult”, “aged”, “coronary artery bypass graft surgery”, “transitional care”, “prehabilitation” e “nursing”; nos títulos e resumos.

Seleção, extração e codificação de dados realizada por dois revisores, de forma independente. Em caso de discordância, será chamado um terceiro revisor.

Serão analisados os títulos e resumos dos estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e se cumprirem com os mesmos, serão lidos.

Justificação da exclusão dos artigos, tendo em conta os critérios de exclusão.

Formulário de extração de dados na extração e codificação dos dados, que contenha a informação relativa ao estudo analisado.

Avaliação da qualidade dos estudos, recorrendo aos instrumentos recomendados pela JBI.

Como resultados esperados esta revisão considerou estudos que incluíam aumento da qualidade de vida, medida por qualquer escala de qualidade de vida utilizada, redução das complicações no pós-operatório, melhoria na funcionalidade, medida por qualquer escala de funcionalidade utilizada, diminuição do tempo de internamento e diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde.

Conclusão

Esta revisão sistemática da literatura permitirá fortalecer a evidência de intervenções de enfermagem, com base no cuidado transicional, que quando implementadas no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca possibilitarão uma redução do risco de complicações, mantendo a capacidades funcionais e psicológicas da pessoa, além de permitir uma alta precoce, uma redução do tempo de internamento e, consequentemente, uma redução dos custos associados aos cuidados de saúde. Deste modo, pode beneficiar profissionais de saúde e outros investigadores ao facilitar o planeamento e a implementação de intervenções que possam melhorar os cuidados a estas pessoas.

Almeida, M., Mendes, M., Santos, A., Silveira, C., Fomes, F., Teixeira, M., Santa Clara, M., & Moura, J. (2020). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Portuguese Journal of Cardiology*, 17(1), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.pjcard.2019.02.006>

Hartog, J., Meuwissen, J., de Vries, S., Heer, J., van der Wal, A. C. M., & Marmelo, M. (2021). Prehabilitation to prevent complications after cardiac surgery – A retrospective study with propensity score analysis. *PIDS DNE*, 15(7). <https://doi.org/10.1177/20478873211012373>

Neumann, F., Sousa-Uva, M., Albiol, A., Alfonso, F., Banning, A., Benedetto, U., Byrne, R., Collet, J.-P., Falk, V., Head, S., Jolly, P., Kastrup, K., Keller, A., Khot, A., Kuck, K., Labarete, J., Richter, D., Serrano, P., Siddiqui, D., Stefanini, G., ... Zembala, M. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40(12), 87-165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz120>

Waite, J., Deshpande, R., Bagha, M., Massey, T., Wendler, D., & Greenwood, S. (2017). Home based preoperative rehabilitation (prehab) to improve physical function and reduce hospital length of stay for frail patients undergoing coronary artery bypass graft and valve surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12919-017-0461-8>