



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

Relatório de Estágio

**A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na
pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica**

Tânia Alexandra Marques Batista



**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na
pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica**



Orientador: Cristina Saraiva



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*"Entre o sono e sonho,
Entre mim e o que em mim
É o quem eu me suponho
Corre um rio sem fim.*

*Passou por outras margens,
Diversas mais além,
Naquelas várias viagens
Que todo o rio tem.*

*Chegou onde hoje habito
A casa que hoje sou.
Passa, se eu me medito;
Se desperto, passou.*

*E quem me sinto e morre
No que me liga a mim
Dorme onde o rio corre
Esse rio sem fim."*

Fernando Pessoa, in "Cancioneiro"

Agradecimentos

A todos/as os/as utentes e suas famílias que se cruzaram comigo neste percurso formativo, permitindo-me cuidá-los/las e crescer enquanto pessoa e profissional.

À Professora Cristina Saraiva pela sua orientação, pensamento crítico ao longo de todo este processo, exigência, disponibilidade e tranquilidade mostrada em momentos de maior ansiedade.

Às Enfermeiras orientadoras, Marisa Santa Bárbara e Raquel Rombo, pelo incentivo, cooperação e excelente exemplo profissional demonstrado.

Às minhas chefes pelo incentivo em iniciar este percurso, pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido e comemoração das metas alcançadas conjuntamente e pela motivação nos momentos mais difíceis.

Aos/Às meus/minhas colegas por todas as trocas e turnos que asseguraram de modo a que pudesse terminar cada etapa deste percurso.

Ao meu grupo de trabalho deste curso de Mestrado, Liliana Rebelo e Vitória Esquível, pela descoberta da amizade, pela união e espírito de solidariedade partilhado ao longo desta longa caminhada, que tanto facilitaram o processo.

À amiga Diana Mendes pelo constante incentivo, presença e olhar metuculoso em tudo o que a obriguei a ler.

À minha família que foi tantas vezes colocada em segundo plano, mas que foram o suporte imprescindível ao longo destes quase dois anos e sem os quais teria sido impossível esta aventura.

E finalmente, ao meu alicerce André e à minha filha Camila pela paciência, esforço, dedicação e apoio incondicionais.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

bpm – batimentos por minuto

CEEER – Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CMEER – Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

CPP – Complicações Pulmonares Pós-operatórias

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EHN – *European Heart Network*

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

GUSS – Escala de *Gugging Swallowing Screen*

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

NINDS – *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*

NREM – *Nursing Role Effectiveness Model*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação não Invasiva

WHO – *World Health Organization*

Resumo

O aumento gradual da esperança média de vida leva a um envelhecimento da população, conduzindo ao aumento das doenças crónicas, nomeadamente das doenças do aparelho circulatório. Estas, por sua vez, constituem uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível global, aumentando os anos potenciais de vida perdidos, o que pode representar uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e um elevado impacto económico para os sistemas nacionais de saúde.

A cirurgia cardíaca assume destaque no tratamento das doenças cardiovasculares. Ainda assim, são vários os fatores perioperatórios específicos que podem estar associados ao desenvolvimento de complicações pós-operatórias.

Através de um programa de reabilitação concebido e desenvolvido por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, poder-se-á reduzir os custos em saúde, capacitando a pessoa para uma recuperação eficaz após a cirurgia e fomentando a sua autonomia, de modo a promover uma alta o mais precoce possível.

Para demonstrar a efetividade das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica, recorreu-se ao *Nursing Role Effectiveness Model*, desenvolvido por Irvine Doran.

O presente relatório foi elaborado tendo como suporte a análise e reflexão das experiências de aprendizagem desenvolvidas, segundo as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A avaliação deste trabalho visa ainda a obtenção do grau de Mestre nesta área de especialidade.

O percurso de aprendizagem foi norteado pelo Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Palavras-chave: Cirurgia Cardiotorácica; Enfermagem de Reabilitação; Modelo dos Sistemas de Neuman; *Nursing Role Effectiveness Model*.

Abstract

The gradual increase in average life expectancy leads to an aging population, leading to an increase in chronic diseases, namely circulatory system diseases. These constitute one of the main causes of mortality and morbidity globally, increasing the potential years of life lost, which may represent a decrease in the persons quality of life and a high economic impact for national health systems.

Cardiac surgery assumes prominence in the treatment of cardiovascular diseases. Still, there are several specific perioperative factors that may be associated with the development of postoperative complications.

Through a rehabilitation program designed and developed by nurses specializing in rehabilitation nursing, it will be possible to reduce health costs, enabling the person to recover effectively after surgery and fostering their autonomy, in order to promote a high as early as possible.

To demonstrate the effectiveness of interventions by specialist nurses in rehabilitation nursing in people undergoing cardiothoracic surgery, the Nursing Role Effectiveness Model, developed by Irvine Doran, was used.

This report was prepared based on the analysis and reflection of the learning experiences developed, according to the common skills of the specialist nurse and the specific skills of the specialist nurse in rehabilitation nursing. The evaluation of this work also aims at obtaining a master degree in this area of expertise.

The learning path was guided by Betty Neuman Systems Model.

Keywords: Cardiothoracic Surgery; Rehabilitation Nursing; Neuman Systems Model; Nursing Role Effectiveness Model.

Índice

Introdução	19
Capítulo I. Apresentação e Análise do Percurso Individual de Desenvolvimento de Competências	28
1.1. Competências comuns do/a enfermeiro/a especialista.....	29
1.2. Competências específicas do/a enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação.....	39
1.3. Aplicabilidade do projeto num serviço de cirurgia cardiotorácica ..	58
Capítulo II. Avaliação do Percurso	62
Capítulo III. Considerações Finais e Perspetivas Futuras	68
Referências Bibliográficas	71
Apêndices	78
Apêndice 1 - Projeto de formação: A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica	79
Apêndice 2 - Jornal de Aprendizagem: O Cuidar na Comunidade.....	133
Apêndice 3 - Jornal de Aprendizagem: Integrar o meio hospitalar	143
Apêndice 4 - Jornal de Aprendizagem: Os Cuidadores Informais	151
Apêndice 5 - Planos de Cuidados.....	158
Apêndice 6 - Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente com parésia das cordas vocais.....	249
Apêndice 7 - Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente Pediátrico.....	260
Apêndice 8 - Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente com alterações músculo-esqueléticas	268
Anexos.....	275
Anexo 1 - <i>Nursing Role Effectiveness Model</i>.....	276

Anexo 2 - Modelo de Sistemas de Neuman	278
Anexo 3 - Folheto Informativo "Orientações ao doente após cirurgia cardíaca.....	280

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1. Diagnósticos iniciais do Sr. N. (a 20/02/2022)59

Figura 1. Efetividade do plano de reabilitação do Sr. N.60

Figura 2. Efetividade do plano de reabilitação da Sr.^a E.61

Introdução

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEEER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A finalidade deste documento é demonstrar o percurso realizado durante os estágios, através da descrição, análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas. Desta forma pretende-se alcançar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2019a, 2019b) e, conseqüentemente, o grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Para a aquisição de competências de enfermagem especializada é exigido um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que devem ser mobilizados para todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, nos diferentes níveis de prevenção e ao longo do ciclo da vida da pessoa, atendendo às necessidades de saúde da população alvo (OE, 2019a), tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (OE, 2019b).

Ao longo da UC Opção II (no 2º semestre do CMEEER), foi delineado e estruturado o Projeto de formação intitulado "*A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica*" (Apêndice 1) e, posteriormente aplicado e adaptado nos diferentes contextos de estágio realizados.

A escolha da problemática a desenvolver no Projeto de formação foi sustentada por diversas motivações: pessoal, profissional e científica/académica. Ao longo dos últimos 11 anos, na minha prestação enquanto enfermeira generalista num serviço de internamento médico-cirúrgico, deparei-me com diversos desafios na tomada de decisão por parte da equipa de enfermagem quanto às suas intervenções autónomas, perante pessoas submetidas a cirurgia cardiotorácica (CCT) ou com problemas do foro respiratório e cardíaco.

Assim, após uma reflexão pessoal acerca da área que me poderia proporcionar mais ferramentas, melhorando a minha intervenção enquanto Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto das pessoas que diariamente cuido, decidiu-se

por esta temática. Para além das pessoas do foro cirúrgico, as competências desenvolvidas na área da função respiratória permitir-me-ão prestar cuidados enquanto EEER em pessoas do foro médico.

Sendo as intervenções autónomas do EEER na função respiratória, uma área considerada emergente para investigação (OE, 2015a), tornou-se uma conjugação pertinente para este nível de formação. A proposta de implementação de um programa cirúrgico na instituição na qual desempenho funções, que prevê um papel preponderante de um EEER nas fases de pré e pós-operatório da pessoa submetida a CCT, foi outra das razões que consolidou a opção por este tema.

Por outro lado, as alterações dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e os novos modelos de gestão nesta área, ditam que os profissionais de saúde tenham necessidade de demonstrar e documentar a qualidade da sua contribuição para a saúde da população, resultando em maiores ganhos em saúde (Amaral, 2010). Em particular na Enfermagem, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEEER) identificou como uma das áreas de investigação emergentes, a curto prazo seria a “Efetividade das intervenções do EEER” (OE, 2015a). Com o desenvolvimento desta área, o objetivo do CEEER é evidenciar o valor/impacto que as intervenções do EEER têm na população e no sistema de saúde (Amaral, 2014).

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos da laringe e traqueia/brônquios/pulmão concentraram 34,1% dos óbitos ocorridos em 2019 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). O aumento gradual da esperança média de vida (80,93 anos em 2019) (INE, 2021), suporta um aumento das doenças crónicas e consequente procura dos cuidados de saúde. Entre as doenças crónicas que aumentam de prevalência com a idade estão a doença coronária e valvular cardíacas e o cancro do pulmão (Antunes et al., 2016).

Importa também salientar que, os anos de vida perdidos em consequência da doença cardíaca e dos tumores traqueopulmonares, situam-se acima dos dez anos (Antunes et al., 2016), o que pode representar uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e um elevado impacto económico para o sistema nacional de saúde (SNS). De acordo com o *European Heart Network* [EHN] (Wilkins et al., 2017), em Portugal, as doenças

cardiovasculares representam 7% da despesa total da saúde, o que equivale a mais de 1 milhão de euros anuais (Wilkins et al., 2017).

A cirurgia cardíaca ainda assume destaque no tratamento das doenças cardiovasculares, congénitas ou adquiridas, apesar do desenvolvimento das técnicas de intervenção percutânea nas últimas décadas (Antunes et al., 2016). As principais intervenções cirúrgicas cardíacas são na doença das artérias coronárias e na doença valvular, tendo a sua realização aumentado nos últimos anos (Antunes et al., 2016).

A CCT é o campo da cirurgia que trata os órgãos do tórax, englobando o tratamento da doença cardíaca e da doença pulmonar, o tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma (Antunes et al., 2016). Todas estas cirurgias são consideradas intervenções *major* e, conseqüentemente com possibilidade de existirem complicações pós-operatórias (Malcato, 2017; OE, 2018).

Segundo a World Health Organization [WHO] (2009), as complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de lesões e mortes, a nível mundial, bem como internamentos mais prolongados, maiores custos económicos para os hospitais e uma diminuição da sobrevida a longo prazo para os doentes (Ribeiro, 2019). As complicações pós-operatórias são qualquer disfunção desenvolvida no período pós-operatório e que têm como consequência uma alteração clinicamente significativa, que afeta negativamente o decorrer da recuperação da pessoa, podendo estar associadas à efetividade dos cuidados (OE, 2018; Ribeiro, 2019). Embora existam muitos fatores que podem condicionar a recuperação de uma CCT, as complicações mais comuns são as pulmonares. Dentro das complicações pulmonares pós-operatórias (CPP), as mais comuns são as atelectasias, o broncospasmo, a hipoxemia, o derrame pleural e a pneumonia (Haugh & Ballener, 2003; Heitor et al., 1988; Malcato, 2017; OE, 2018). Podem ocorrer também complicações cardiovasculares, tromboembólicas, alterações neurológicas, desequilíbrios eletrolíticos, alterações posturais e perturbações do sono (Haugh & Ballener, 2003; Isaías et al., 2012; OE, 2018).

São vários os fatores perioperatórios específicos das pessoas que podem estar associados ao desenvolvimento de complicações pós-operatórias, nomeadamente a idade, obesidade, tabagismo, doença pulmonar prévia, desnutrição e sedentarismo (Isaías et al., 2012). Por isso, é de extrema importância conhecer e avaliar os fatores de

risco individuais, permitindo a implementação de medidas pré-operatórias e de prevenção das complicações pós-operatórias (Ribeiro, 2019).

As CPP podem iniciar-se na indução anestésica e continuar no período pós-operatório, surgindo associadas à disfunção da musculatura respiratória (OE, 2018). Os tipos de incisões cirúrgicas, o envolvimento do nervo frénico, a dor, a sedação e a imobilidade contribuem para as possíveis alterações ventilatórias (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012; OE, 2018). Também a alteração da mecânica ventilatória, com interrupção da normal atividade dos músculos respiratórios, da disfunção temporária do diafragma e das estruturas muco ciliares, pode levar à diminuição da capacidade residual funcional e da capacidade vital (Malcato, 2017; OE, 2018), aumentando o risco de ocorrência de infeções.

Através da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), o EEER consegue preparar a pessoa para a cirurgia, prevenindo e corrigindo complicações pulmonares, pleurais e posturais no pós-operatório (Heitor et al., 1988).

De acordo com Malcato (2017), é determinante que o EEER intervenha dentro da equipa multidisciplinar, em todas as fases do perioperatório, contribuindo para a preparação da alta e minimizando as incapacidades que podem resultar duma intervenção cirúrgica, capacitando a pessoa para uma recuperação funcional mais rápida e completa, de acordo com o seu potencial. Uma vez que as complicações pós-operatórias têm um impacto tão significativo nos sistemas de saúde e, na pessoa intervencionada pela diminuição da qualidade de vida (Malcato, 2017), intervir nesta área enquanto EEER tem uma componente social legítima.

Para viabilizar uma intervenção mais adequada e eficaz, houve necessidade de investigar a evidência científica produzida até à atualidade acerca da efetividade da Enfermagem de Reabilitação (ER) na pessoa submetida a CCT. Foi, então, realizada uma revisão narrativa da literatura (Apêndice 1), recorrendo ao método PI[C]O, com a intenção de responder à seguinte questão de investigação: *“Qual a efetividade (Outcomes) das intervenções do EEER (Intervenção) na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica (População)?”*, não sendo aplicável o elemento “C” de Comparação (Tufanaru et al., 2020).

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO Host®, recorrendo às bases de dados CINAHL® e MEDLINE®, nas quais foram utilizados os seguintes termos indexados (determinados através do MeSH2015® e CINAHL Headings®): *Thoracic Surgery,*

Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Nursing Interventions, Nursing Outcomes, Treatment Outcomes. Posteriormente, combinaram-se os termos indexados com as expressões booleanas (OR e AND) e aplicaram-se os critérios de inclusão, que englobavam artigos com todos os tipos de estudo, sobre CCT, em que os participantes fossem maiores de 18 anos e nas línguas português e inglês. Como critérios de exclusão definiram-se artigos anteriores a 2010, sem acesso ao texto integral e estudos em contexto de ambulatório.

Após a aplicação destes critérios, leitura e análise dos títulos, resumos e palavras-chave, obteve-se uma amostra final de 6 artigos, para análise integral. Ainda que nem todos os artigos tenham sido produzidos por EEER, foram construídos por outros profissionais de saúde, que partilham competências com o EEER na mesma área de saber e intervenção. Da análise integral realizada aos 6 artigos (Apêndice 1), é possível constatar que, na sua globalidade, os resultados obtidos influenciam positivamente a pessoa, família e sociedade.

Para demonstrar a efetividade das intervenções do EEER na pessoa submetida a CCT, recorreu-se ao *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), desenvolvido por Irvine Doran e colaboradores. Através deste modelo pode analisar-se o contributo da ER para os cuidados de saúde, no qual os domínios autónomos, dependentes e interdependentes do papel do/a enfermeiro/a são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e a pessoa, bem como entre os resultados obtidos na pessoa e o trabalho de equipa (Amaral, 2014).

O conceito de efetividade dos cuidados de Enfermagem é complexo e está normalmente associado ao estado da pessoa, resultante de um tratamento ou de uma intervenção e, envolve a avaliação de resultados (Amaral, 2010). O modelo conceptual apresentado baseia-se no modelo da qualidade desenvolvido por Donabedian em 1966, que se fundamenta na tríade de indicadores – estrutura, processo, resultados (Anexo 1) (D. M. Doran, 2011).

Os componentes da estrutura foram definidos por D. I. Doran et al. (2002) como variáveis do/a enfermeiro/a: nível de experiência, competência, autonomia e formação; do doente: idade, sexo, escolaridade, etnia, estado civil, diagnóstico médico, comorbilidades e gravidade da doença; e da organização: composição da equipa, carga de trabalho e rácios enfermeiro/doente, organização dos cuidados e ambiente de trabalho,

influenciando o processo e os resultados dos cuidados (Amaral, 2014). Neste projeto importam as variáveis relacionadas com a pessoa submetida a CCT e o EEER, nomeadamente a sua experiência e os níveis de competência que podem influenciar a qualidade dos cuidados.

Quanto ao processo, as variáveis do modelo, dizem respeito aos domínios independente, interdependente e dependente do papel de enfermagem (Amaral, 2014; D. I. Doran et al., 2002). O domínio independente refere-se às intervenções autónomas dos/as enfermeiros/as, ou seja, atividades que são iniciadas por estes profissionais e que não necessitam de uma prescrição de terceiros; no domínio dependente, o papel do/a enfermeiro/a passa por implementar prescrições e tratamentos médicos; e, o domínio interdependente relaciona-se com as funções e responsabilidades partilhadas com os outros elementos da equipa de multidisciplinar (Amaral, 2014; D. I. Doran et al., 2002; Folgado, 2019). O foco serão as intervenções autónomas do EEER, ou seja, o domínio independente, como resposta aos problemas apresentados.

Por fim, a componente de resultados do NREM está assente na prevenção de complicações, no controlo de sintomas, no conhecimento da doença e tratamento, nas capacidades funcionais e de autocuidado, na satisfação da pessoa e nos custos (Amaral, 2014; D. I. Doran et al., 2002; D. M. Doran, 2011).

Considerando a questão de investigação delineada, os resultados suscetíveis à intervenção do/a EEER que se pretendem estudar são a prevenção de complicações, o controlo de sintomas (nomeadamente a dispneia e fadiga) e as capacidades funcionais da pessoa submetida a CCT, recorrendo ao Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

A adoção de um modelo teórico torna-se essencial para o desenvolvimento da prática de Enfermagem, pois ajuda a enquadrar, planear, desenvolver e avaliar os cuidados prestados (Smith & Parker, 2020). Deste modo, a conceção teórica escolhida para sustentar este projeto foi o Modelo dos Sistemas da Betty Neuman (Anexo 2), uma vez que a sua abordagem holística o torna aplicável a pessoas que experimentem *stressores* complexos, que podem afetar diversas variáveis do seu sistema-cliente, como é exemplo da pessoa submetida a cirurgia e a sua família. Este modelo tem por base a teoria geral dos sistemas e assenta em quatro conceitos fundamentais para a prática de cuidados de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem (Neuman, 2011).

Neuman (2011), encara a pessoa como um ser holístico, definindo-o como um sistema único, aberto, dinâmico, em constante interação com o ambiente (interno e externo), ou *stressores*, tendo em conta as variáveis fisiológicas (referentes à estrutura e função corporal), psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo da vida) e espirituais (relacionadas com as crenças pessoais) (Beckman & Fawcett, 2020; Lawson, 2014).

Enquanto sistema, a Pessoa não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade (Neuman, 2011). O sistema em si engloba o núcleo ou estrutura básica (p.e., estrutura genética, capacidade cognitiva, forças e fraquezas) e envolvendo esta estrutura surgem as linhas de defesa concêntrica – linhas de resistência que servem para manter o equilíbrio e a harmonia, ajudando a pessoa a lutar contra os *stressores*; linha de defesa normal que funciona como padrão para avaliar os desvios do bem-estar habitual da pessoa; e linha de defesa flexível que funciona como para-choques protetor para impedir que os *stressores* atravessem o normal estado de bem-estar (Beckman & Fawcett, 2020; Neuman, 2011).

A pessoa está em constante interação com o ambiente, sendo este entendido como todos os fatores internos ou externos que afetam o sistema-cliente (Lawson, 2014; Neuman, 2011). Nesta interação, pressupõe-se a manutenção de um grau de estabilidade/equilíbrio, que corresponde ao estado de saúde, podendo esta ser afetada por diferentes *stressores* (Lawson, 2014; Neuman, 2011). Os *stressores* são estímulos produtores de tensão, de natureza intrapessoal (p.e. resposta autoimune), interpessoal (p.e. expectativas de papéis ou padrões de comunicação) ou extrapessoal (p.e. problemas financeiros ou sociais), com o potencial de causar instabilidade no sistema-cliente, podendo ter um efeito positivo ou negativo neste, dependendo das estratégias necessárias para lidar com o *stressor* que a pessoa possui (Neuman, 2011).

Neste modelo, a saúde para a pessoa é equiparada à estabilidade ideal do seu sistema, ou seja, o melhor estado de bem-estar possível em determinada ocasião, no qual o continuum de "*wellness-illness*" implica que o fluxo de energia entre o sistema-cliente e o ambiente seja constante (Lawson, 2014; Neuman, 2011).

Para esta teórica, a Enfermagem surge como a profissão à qual interessam todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa aos *stressores* (Lawson, 2014). Assim, o objetivo principal da ação do/a enfermeiro/a é contribuir para a manutenção da

estabilidade do sistema-cliente, através da identificação dos problemas causados pelos *stressores* ambientais e conseqüente, adequação da intervenção usando três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária (Neuman, 2011).

A prevenção primária evita ou reduz a reação do sistema-cliente ao *stressor* identificado previamente, fortalecendo as linhas de defesa; a prevenção secundária fornece tratamento adequado dos sintomas para atingir a estabilidade ideal do sistema-cliente ou bem-estar, após reação a um determinado *stressor*; e a prevenção terciária, que visa fortalecer o sistema-cliente para a manutenção da sua estabilidade, num período após a reação e com o equilíbrio do sistema já restabelecido (Beckman & Fawcett, 2020; Lawson, 2014; Neuman, 2011).

Fazendo uma analogia entre estes níveis de prevenção e as competências específicas do EEER, a prevenção primária relaciona-se com a prevenção de complicações e incapacidades; a prevenção secundária com as intervenções terapêuticas que visam melhorar a função, manter ou recuperar a independência; e a prevenção terciária foca-se na maximização das funções e do potencial da pessoa, promovendo a independência e a qualidade de vida (OE, 2019b; Neuman, 2011).

No seu modelo teórico, Neuman (2011) definiu um “Processo de Enfermagem” particular, constituído por três fases: 1) diagnóstico de Enfermagem (determina as variações do bem-estar); 2) metas de Enfermagem (são estabelecidas as alterações a efetivar para corrigir as variações de bem-estar através de negociação entre a pessoa e o/a enfermeiro/a); e, 3) resultados de Enfermagem (são estabelecidos os efeitos das intervenções, baseadas num ou mais níveis de prevenção) (Lawson, 2014). Esta organização do “Processo de Enfermagem” orientou os planos de cuidados desenvolvidos nos contextos clínicos, sendo a base teórica para as diversas atividades desenvolvidas, a fim de adquirir as variadas competências de EEER.

Indo ao encontro do que foi acima exposto, definiram-se **dois objetivos gerais**:

- Relacionado com o projeto “*Compreender qual a efetividade da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica*”;
- Relacionado com os contextos de estágio “*Desenvolver competências necessárias ao exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos*”.

Para alcançá-los, foram definidos nove objetivos específicos, que permitissem desenvolver as competências Comuns e Específicas do EEER (OE, 2019a, 2019b) mas, também, aprofundar o tema escolhido. Para tal, foram delineadas atividades que proporcionassem a progressão dos objetivos e o desenvolvimento dessas competências, em contextos clínicos específicos (Apêndice 1).

A operacionalização dos objetivos traçados decorreu ao longo de aproximadamente 18 semanas, em dois contextos clínicos distintos, com a duração total de 750 horas, distribuídas por 500 horas de estágio presencial, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo. O primeiro estágio, de contexto comunitário, realizou-se numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa e, o segundo, de contexto hospitalar, decorreu num serviço de CCT de um Centro Hospitalar de Lisboa, de forma a garantir a aplicabilidade do projeto e assim compreender a efetividade da ER nos cuidados à pessoa submetida a CCT. Ambos foram realizados sob a tutoria de um EEER.

Este relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro partes, sendo a primeira esta Introdução onde se contextualiza a problemática em estudo e o seu possível contributo para a ER; identifica o problema de investigação, descreve a metodologia utilizada em todo o processo e apresenta os resultados obtidos; e, efetua um enquadramento conceptual, destacando o modelo NREM e o Modelo de Sistemas de Neuman. No Capítulo I são apresentadas, descritas e analisadas reflexivamente as atividades desenvolvidas em função dos objetivos traçados e das competências comuns e específicas do EEER, bem como demonstrada a aplicabilidade do projeto em contexto clínico. A terceira parte (Capítulo II) consiste numa avaliação pessoal do percurso formativo, evidenciando pontos fortes e oportunidades de melhoria do mesmo. Por último, foram erigidas as considerações finais e abordadas as perspetivas de desenvolvimento/continuidade de cuidados especializados.

Na redação deste relatório foram consideradas as regras do novo acordo ortográfico e para as referências bibliográficas utilizadas as normas da Associação Americana de Psicologia (7ª edição).

Capítulo I. Apresentação e Análise do Percorso Individual de Desenvolvimento de Competências

Neste capítulo, pretendo apresentar o conjunto de atividades realizadas nos diferentes contextos de prática clínica, de modo a validar o percurso formativo norteado para o desenvolvimento das competências de EEER.

As competências refletem um saber-agir eficazmente na resolução de uma situação específica, combinando a aplicação dos saberes profissionais (científicos, técnicos e humanos) e os recursos disponíveis para a sua efetivação. Tal como considera a OE (2010) para ser competente é necessário deter o conhecimento, a atitude e a habilidade para adquirir o desempenho requerido e, conseqüentemente ser reconhecido como tal, por outrem, nas ações que executa.

Assim sendo, será feita uma análise reflexiva das atividades concretizadas durante os estágios, definidas inicialmente no Projeto de formação, tendo por base o perfil de competências do EEER, no âmbito das competências comuns e específicas do/a enfermeiro/a especialista (EE). Ambos os contextos clínicos, comunitário e hospitalar, permitiram realizar as atividades planeadas, contribuindo para o desenvolvimento das competências exigidas ao EEER acima referidas. Ainda assim e, em conformidade com as situações/exigências que foram surgindo ao longo dos estágios, realizei algumas atividades que não foram planeadas, mas que também contribuíram para a concretização dos objetivos delineados.

Para a descrição das atividades, optei por justificar os objetivos delineados para o desenvolvimento das competências de EE, em detrimento de uma descrição disposta por contexto de estágio.

De modo a facilitar a leitura e compreensão deste relatório, bem como articular com o Projeto de formação, inicia-se pela análise e descrição das atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de EE e, seguidamente as atividades que validam a aquisição das competências específicas do EEER. Para finalizar o capítulo, é demonstrada a aplicabilidade do Projeto num Serviço de CCT seguindo a operacionalização do NREM.

1.1. Competências comuns do/a enfermeiro/a especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do/a EE (OE, 2019a), os EE abarcam um conjunto de competências comuns que lhes permitem agir em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, destacando-se a educação das pessoas/família/comunidade e pares, a liderança, a orientação e aconselhamento, o desenvolvimento de investigação pertinente para uma prática avançada de enfermagem.

Assim, a ação do ER traduz-se em quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A) considera que o exercício profissional do/a EE deverá estar assente nos princípios éticos e de deontologia profissional e consolidado em decisões éticas. O/A EE deverá também demonstrar uma prática de cuidados, em equipa, que respeite os direitos humanos e que fomente a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (OE, 2019a). Para alcançar este domínio, delinee o seguinte objetivo específico *“Conhecer a organização, a dinâmica, a equipa multidisciplinar do serviço e a intervenção do EEER”*.

Para desenvolver esta competência, foi necessário conhecer os diferentes contextos clínicos em que se desenvolveram os estágios, quer na sua organização estrutural quer nos recursos existentes. Foi importante perceber a constituição e a gestão das equipas multidisciplinares, bem como as suas dinâmicas de trabalho.

Para criar as condições propícias à aprendizagem e desenvolvimento das atividades delineadas, procurei integrar-me positivamente nas equipas multidisciplinares dos dois contextos clínicos. Para que tal acontecesse, foi necessário ser ponderada, observadora, perspicaz e sensata, de modo a saber colocar-me no papel de estudante (novamente) e ainda assim não descurar a vertente de profissional com competências já desenvolvidas e experiência de uma década. Esta dinâmica fez com que tivesse uma posição mais ativa e dinâmica em algumas situações e, noutras uma posição mais atenta e de apoio.

Ainda numa fase inicial deste curso de mestrado, considerei que seria estranho voltar a ser tratada como estudante em contexto clínico, mas na realidade as enfermeiras orientadoras desempenharam um papel fundamental para que este medo não se viesse

a confirmar. Foram agentes facilitadores neste processo e mostraram-se sempre interessadas no Projeto e nas atividades necessárias para o desenvolver e, no desenvolvimento das competências enquanto futura EEER.

Relativamente às características dos contextos clínicos, houve necessidade de analisar e compreender as dinâmicas de funcionamento dos mesmos, conhecer as equipas multidisciplinares, os objetivos das equipas e recursos existentes, uma vez que ambos fazem parte de uma realidade bastante diferente da que me insiro diariamente.

O contexto no qual tive maior necessidade de efetuar pesquisas bibliográficas foi no contexto comunitário, em ECCI. A carência de conhecimentos face às tipologias de organização existentes, como os ACES, as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidade de Cuidados Continuados (UCC), as ECCI e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dificultou, inicialmente, face à perceção dos diferentes objetivos e missões de cada uma e como é possível complementarem-se, numa perspetiva de prestar melhores cuidados. Após uma pesquisa mais aprofundada e algumas conversas com a enfermeira orientadora, consegui validar e apreender as diferentes características e recursos de cada uma destas valências, que nos permitem articular os cuidados conforme as necessidades da população alvo, que se encontram descritas no *"Jornal de Aprendizagem: O Cuidar na Comunidade"* (Apêndice 2).

Por outro lado, a tipologia e as necessidades da população alvo desta ECCI são muito vastas, o que implica uma grande cooperação entre todos os intervenientes da equipa multidisciplinar. De forma a articular cuidados e a perceber as necessidades da pessoa/família, a equipa reunia a cada duas semanas para debater cada situação particular. Nestas reuniões participavam as EEER, psicóloga e assistente social e eram definidas novas estratégias para cada caso, nas vertentes clínica, social e económica, caso houvesse necessidade. Ainda que as reuniões fossem um momento de partilha entre equipa multidisciplinar, o trabalho de equipa não se limitava a este espaço/período.

Foram diversas as vezes em que foi necessário o envolvimento de outro profissional da equipa, para colmatar/solucionar problemas que fomos verificando nas visitas domiciliárias. Numa destas visitas à Sra.^a P., esta alertou-nos que a sua tensão arterial estava aumentada e que isso a condicionava no plano de reabilitação definido por nós. Solicitámos-lhe que fizesse uma avaliação diária durante uma semana e posteriormente enviou-se ao médico de família assistente estas avaliações para sua

apreciação. O médico fez uma reavaliação terapêutica, que foi instituída e houve uma melhoria significativa nos valores de tensão arterial que levaram conseqüentemente, à retoma do seu plano de reabilitação sem dificuldades notórias.

No contexto hospitalar, as dificuldades em compreender as dinâmicas e os recursos disponíveis foram menos notórias dos que no contexto comunitário. Isto porque as dinâmicas diárias e a articulação entre equipa multidisciplinar são mais semelhantes à minha realidade profissional (ver *"Jornal de Aprendizagem: Integrar o meio hospitalar"*, Apêndice 3) e, por outro lado, o Centro Hospitalar no qual realizei o estágio articula-se com os mesmos recursos comunitários da ECCL onde estagiei. Esta relação permitiu que tivesse uma maior noção e capacidade de articulação entre recursos disponíveis, que não teria se tivesse feito o estágio de contexto hospitalar em primeiro lugar.

Devido às diferenças das equipas multidisciplinares dos dois contextos, foi possível vivenciar e refletir sobre as diferenças das dinâmicas de prestação de cuidados, sobre a autonomia que o EEER tem em cada uma das vertentes e a necessidade de trabalho em equipa multidisciplinar para prestar os melhores cuidados de saúde, o que favoreceu de forma significativa o desenvolvimento de competências.

Ainda no âmbito deste domínio, importa salientar que uma grande parte da população alvo do contexto comunitário apresenta uma elevada vulnerabilidade, estando em risco de desenvolver problemas de saúde (Chesnay & Anderson, 2020). De acordo com as mesmas autoras, a vulnerabilidade adquirida decorre das experiências de vida, doenças e estilos de vida (Chesnay & Anderson, 2020), é aquela sobre a qual o EEER tem a responsabilidade de proteger a pessoa.

No decorrer dos estágios, ao promover a literacia em saúde no contacto com as pessoas/famílias, aumentou-se a confiança e a capacidade de gerir a sua saúde, diminuindo assim a vulnerabilidade. A minha intervenção passou por orientar a família da Sra.^a E. a ter acesso a uma cama articulada, colchão anti-escaras e outros produtos de apoio que proporcionaram uma maior segurança nos cuidados prestados por todos intervenientes e a real satisfação das necessidades atuais da pessoa.

Em ambos os estágios, atuei sempre respeitando a pluralidade e a diversidade multicultural, a autonomia e a dignidade da pessoa. Acredito que abster-me de julgamentos e da imposição dos meus valores à pessoa, potenciou o bem-estar de cada uma delas e promoveu a melhoria da qualidade de vida.

Os processos de integração em ambos os contextos clínicos foram atingidos ao longo das duas primeiras semanas, tal como previsto no cronograma do Apêndice 1.

No domínio da melhoria contínua da qualidade (B), é relevante um maior nível de especialização com aquisição e atualização de novos saberes e desenvolvimento de competências. Cada vez mais há necessidade de dar continuidade à formação base com uma formação especializada, na procura da qualidade nos cuidados de saúde.

Os padrões de qualidade dos cuidados de ER são um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados e uma referência para a reflexão sobre a prática especializada de ER (OE, 2015b). Baseando-se nos seus oito enunciados descritivos é possível avaliar sistematicamente a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de ER e introduzir mudanças nas políticas de saúde (OE, 2015b).

Embora não tenha delineado nenhum objetivo específico para este domínio de competências, ao longo dos estágios desenvolveram-se atividades práticas e de carácter reflexivo, que permitiram adquirir competências deste foro. Assim, pude refletir sobre as práticas de cuidados especializados e os seus resultados, de forma contínua e informal, identificando necessidades de melhoria e estratégias para as implementar.

Em contexto comunitário, a necessidade de melhoria mais premente prende-se na comunicação inter equipas e intra equipa, de modo a permitir uma continuidade de cuidados atempada, pertinente e eficaz. Numa grande parte dos casos, a referenciação que é feita pela equipa hospitalar é escassa, está incompleta ou não corresponde aos cuidados que a pessoa efetivamente necessita. Com isto, podem ocorrer atrasos na atribuição de vagas em ECCI ou noutra vertente da RNCCI ou até mesmo a admissão ser feita numa vertente menos apropriada à condição clínica da pessoa ou às suas necessidades.

Numa das pessoas que admiti na ECCI com um *status* pós-acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, a referenciação feita pela unidade hospitalar não demonstrava as necessidades reais da pessoa/família. Assim, na primeira visita domiciliária, que tem por objetivo clarificar o plano de intervenção do EEER, foi necessário reajustar quase por completo as expectativas da pessoa/família, uma vez que estavam completamente desajustadas à condição clínica atual da mesma. Este processo limitou a aceitação inicial

dos cuidados do EEER, mas também permitiu o desenvolvimento de algumas competências sociais para ser aceite no seio familiar.

Esta perceção em contexto comunitário, permitiu ter um maior cuidado e ser mais rigorosa na descrição da situação clínica e nas necessidades das pessoas que tive de referenciar para a RNCCI, em contexto hospitalar, pois as várias indicações e informações que são recolhidas ditam o sucesso do plano estipulado.

Refletindo e analisando o contexto dos cuidados em CCT, por se caracterizar como sendo complexo e particular pela situação clínica crítica e por vezes instável, considera-se importante abordar o conceito de ambiente seguro com uma atitude antecipatória e preventiva. Embora neste serviço de CCT seja privilegiada a admissão das pessoas com alguma antecedência à hora da cirurgia, nem sempre é possível fazer ensinamentos pré-operatórios de forma tranquila e adequada às características da pessoa em causa, de forma a desenvolver uma segurança em saúde ao longo de todo o processo de doença.

Assim, na minha opinião, existe um potencial para melhoria dos cuidados de reabilitação respiratória (RR) no âmbito da prevenção primária, com implementação de programas específicos para as pessoas com necessidade de intervenção cirúrgica cardíaca. Por outro lado, a referenciação para as equipas comunitárias de forma a promover a continuidade dos cuidados no domicílio, colmatando a prevenção terciária, deveria ser uma realidade mais comum. Estas são, na minha opinião, as maiores necessidades de melhoria dos cuidados no contexto hospitalar, constituindo um desafio que poderia influenciar diretamente ganhos em saúde.

A qualidade dos cuidados também abrange a “gestão do ambiente centrado na pessoa, como condição imprescindível para a efetividade da terapêutica e para a prevenção de incidentes (...) gerindo o risco” (OE, 2019a, p.4747).

A implementação dos princípios de gestão de risco acima referidos, garante não só a segurança das pessoas como também a dos pares profissionais. Esta consciencialização é uma preocupação crescente nas organizações de saúde, devendo ser uma área prioritária da qualidade em saúde. Efetivamente, é através da aplicação de conceitos e práticas de ergonomia corporal, da utilização adequada dos dispositivos mecânicos e tecnológicos, da gestão adequada de recursos disponíveis, e da consciencialização de uma cultura de segurança, que garante uma intervenção dos EEER mais abrangente e completa. No entanto, o caminho para tornar as organizações e os

cuidados de saúde mais seguros, não depende exclusivamente dos EEER, mas de todos os intervenientes no processo do cuidar da pessoa.

Para a aquisição das competências deste domínio, foi necessário incorporar na prestação de cuidados enquanto futura EEER o respeito pelos princípios éticos, o desenvolvimento de uma relação de confiança com a pessoa e a sua família e de respeito pelas suas dinâmicas familiares. Tornou-se também essencial planear e implementar os cuidados com base no consentimento informado, através de negociações de estratégias e ações e estabelecer uma relação de parceria com a pessoa/família.

Desta forma, procurou-se incluir a vertente educacional em todos os momentos de prestação de cuidados, através do fornecimento de informação e da adequação dos ensinamentos às pessoas, família e cuidadores, consoante as suas características pessoais e as necessidades. As ações educativas realizadas foram bastante diversificadas, indo desde a gestão da doença, aos comportamentos e hábitos de vida saudáveis, à gestão de energia, ao uso de produtos de apoio, passando pela prevenção de riscos (quedas, desenvolvimento de úlceras de pressão, aspiração de conteúdo alimentar) e de lesões músculo-esqueléticas das próprias pessoas, família e cuidadores.

Importa salientar também, que dada a conjuntura vivida nos meses em que foram realizados os estágios, o uso de equipamentos de proteção individuais de forma a prevenir e controlar a infeção foram uma prática e um cuidado constantes na minha atuação.

O domínio da gestão dos cuidados (C), traduz as competências que contribuem para a otimização das *“respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”* (OE, 2019a, p.4748). Neste domínio o/a EE também adequa os recursos às necessidades de cuidados e adapta o estilo de liderança, adequando-o à organização e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (OE, 2019a). Para a aquisição destas competências defini o seguinte objetivo específico *“Gerir os cuidados prestados à pessoa e família com a equipa multidisciplinar e, de acordo com os recursos existentes e ajustados às suas necessidades”*.

Durante o estágio de contexto comunitário, pude prestar cuidados a uma pessoa com *status* pós-AVC isquémico, a Sr.^a S., com antecedente pessoal de patologia degenerativa grave. Logo na primeira visita feita, verificou-se que um dos sintomas que

dificultava a gestão de cuidados no domicílio por parte dos cuidadores informais era a existência de quadro de diarreia crónica, que ficou agravada no decorrer do internamento. A Sr.^a S. exigia deslocar-se até ao wc em cada dejeção e os cuidadores nem sempre estavam disponíveis para a auxiliar nessas deslocações de forma urgente. Esta situação estava a gerar um sentimento de frustração a todos/as os/as intervenientes e percebeu-se que tínhamos de atuar logo na base da problemática. Solicitou-se a colaboração da cuidadora e da família para a confeção de uma alimentação pobre em resíduos, mas que não descurasse o aporte nutricional adequado. Como a Sr.^a S. era seguida em consulta de nutrição, reforçou-se a importância de ser reavaliada por este profissional, de modo a adequar a alimentação nesta fase de agudização da doença. A família mostrou-se renitente a esta nossa solicitação, pelo que se instituiu um regime terapêutico temporário com terapêutica antidiarreica e a gestão dos mesmos era realizada pela Sr.^a S. (enfermeira de profissão), consoante o número de dejeções diárias e de acordo com o esquema definido. Posteriormente, foi possível articular com a médica assistente, a fim de otimizar a dieta e a terapêutica adjuvante.

No domicílio, os cuidados prestados pelas famílias nem sempre cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e bem-estar da pessoa dependente, para que se lhes possa proporcionar um suporte psicológico, emocional e cuidados nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (Lage, 2007).

Torna-se, portanto, de extrema importância que o/a enfermeiro/a avalie também as necessidades do/a cuidador/a no domicílio (Gil et al., 2020). No processo de cuidados, o foco central é a pessoa cuidada e, por isso, o/a EE deverá assumir um papel de educador/a para com o/a cuidador/a (formal ou informal), de modo a potenciar o desenvolvimento das competências necessárias à prestação de cuidados à pessoa dependente (Gil et al., 2020). Segundo estes mesmos autores, cabe ao/à EE perceber como cuidar da família da pessoa dependente em contexto domiciliário, assumindo-se como um/a aliado/a, bem como informar a pessoa e família dos recursos existentes, atuando na sua área de competência e articulando com os restantes profissionais. Indo ao encontro do que descrevo foi elaborado o *"Jornal de Aprendizagem: Os Cuidadores Informais"* (Apêndice 4) acerca desta temática, que no contexto comunitário assume especial relevância.

Na situação acima descrita foi possível articular com a restante equipa multidisciplinar, apesar de algumas reservas dos cuidadores. Deste modo, houve um trabalho complementar entre todas as partes integrantes do processo de gestão de cuidados.

Ainda em contexto de ECCL, foi possível identificar em alguns cuidadores situações de sobrecarga física, emocional e até mesmo características depressivas, pelo que foi solicitado apoio psicológico junto da equipa multidisciplinar e, promovida a educação no sentido de auxiliar a desenvolver estratégias de *coping* para lidar com a complexidade que é prestar cuidados diretos aos seus familiares (Hesbeen, 2003).

Em meio hospitalar, a colaboração com a equipa multidisciplinar ocorre mais frequentemente e de forma mais célere, uma vez que todos os intervenientes estão presentes diariamente. No estágio de CCT foi possível a articulação com a assistente social, especialmente no caso de uma pessoa sinalizada em situação de sem-abrigo e com necessidades socioeconómicas relevantes, para se encontrar a melhor resposta social para a alta. Noutra situação, foi necessário articular com a equipa de fisioterapia para otimizar a funcionalidade motora de uma pessoa, de acordo com a prática da unidade hospitalar e, uma vez que os EEER do serviço de CCT focam a sua ação na RFR.

Para além da capacidade de articulação com outros elementos da equipa de saúde, tornou-se também importante o desenvolvimento da capacidade de delegação de tarefas. De acordo com a OE (2007), o ato de delegar está diretamente relacionado com a tomada de decisão, em que o/a EE utiliza o pensamento crítico e o julgamento clínico. O processo de delegação adequado ocorre quando o/a EE delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão apropriada (OE, 2007).

No decorrer dos dois estágios, realizei atividades relacionadas com a delegação responsável e segura, seguindo o processo de delegação acima descrito. A título de exemplo, para além do já demonstrado acima em relação à Sr.^a S., as ações educativas realizadas acerca da aspiração de secreções à esposa do Sr. M. que sofre de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); ou o reforço de ensino à mãe e à cuidadora formal do D. sobre a administração de inaladores através da traqueostomia.

Ainda dentro deste domínio, pretendo realçar a capacidade de adaptação ao meio e aos recursos disponíveis em cada situação na perspetiva de cuidar com qualidade.

Principalmente no contexto comunitário, foi necessário apelar à criatividade em algumas situações, devido à escassez de materiais disponíveis no domicílio das pessoas de ECCL. Servem de exemplos o uso de bengala ou vassoura para realizar abertura costal global, o uso de um espelho do roupeiro para fazer correção postural, o uso de *pop-it* ou de molas, grão/feijão para a estimulação da motricidade fina.

Por outro lado, em contexto hospitalar, senti inicialmente uma lacuna e inexperiência relativamente a aspetos importantes e necessários para a prestação de cuidados de qualidade às pessoas com alterações do foro respiratório, nomeadamente interpretação de radiografias e auscultação pulmonar (AP). Tive, por isso, que trabalhar estas carências, de modo a conseguir adquirir competências que me permitissem prestar cuidados adequados enquanto EEER.

Comecei por rever conceitos relacionados com a interpretação de radiografia torácica, como a radiointensidade/radiotransparência, opacidade natural/artificial, morfologia e existência de níveis hidroaéreos. Revisitei também as questões relacionadas com as condições técnicas da radiografia, como a orientação e a centragem, a tipologia de incidências, a intensidade da radiação, entre outros. Após esta revisão teórica, foi necessário implementar estes conhecimentos à prática. Assim, em todos os turnos após passagem de ocorrência e em conjunto com a enfermeira orientadora, foram visualizadas todas as radiografias torácicas das pessoas a quem iria realizar sessão de reabilitação. Ao longo das semanas, fui progressivamente fazendo este exercício de forma autónoma e perceber a evolução (ou não) diária das pessoas, o que foi permitindo reajustar o plano de cuidados caso fosse necessário e assim, prestar melhores cuidados de ER.

A liderança em Enfermagem, competência também abrangida por este domínio, não está unicamente associada aos cargos de chefia/enfermeiros gestores. A liderança clínica desenvolvida por parte do/a EE está diretamente relacionada com o aumento da satisfação da restante equipa de enfermagem, com a produtividade e qualidade dos cuidados prestados, bem como com o desenvolvimento pessoal/profissional de todos os elementos da equipa (Sousa, 2012).

Efetivamente, em ambos os contextos clínicos, foi evidente o reconhecimento da diferenciação do EEER por parte dos pares, através da solicitação de pareceres diversos e esclarecimentos de dúvidas sobre os cuidados. A aquisição desta competência foi mais manifesta no contexto hospitalar, uma vez que toda a equipa me reconheceu como EEER

desde o início. Por essa razão, a minha opinião foi solicitada em diversas ocasiões no que toca a estratégias de cuidados. Tentei sempre transmitir à equipa técnicas de cuidado de modo a conceder maior autonomia e independência às pessoas, ao invés de os substituir caso não houvesse necessidade, enaltecendo os princípios éticos básicos como a autonomia/autodeterminação.

O último domínio das competências comuns do EE - o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), requer demonstrar a capacidade de autoconhecimento e baseia a prática clínica especializada na evidência científica (OE, 2019a). De forma a atingir as competências deste domínio, delinee o seguinte objetivo específico *"Aprofundar conhecimentos que fundamentem, com base na evidência científica, a tomada de decisão e as intervenções efetuadas na prestação de cuidados especializados pelo EEER, em todos os contextos da prática de cuidados"*.

Dos domínios até agora expostos, considero que este seja o mais transversal a todos os contextos de estágio e o que esteve presente em todos os dias deste percurso formativo. Ao longo das 18 semanas, foi fundamental articular o saber teórico e a prestação de cuidados, de modo a desenvolver a capacidade de análise crítica a diferentes situações clínicas.

A procura pela diversidade de aprendizagens nos diferentes contextos bem como pelas diferentes necessidades das pessoas, proporcionaram-me experiências tão diversas, que me levaram a desenvolver estratégias para uma aquisição e assimilação de novos conhecimentos, saberes e competências essenciais numa autonomia coesa na tomada de decisão.

Segundo a OE (2012), os/as EE ao utilizarem uma abordagem baseada na evidência durante a sua prática clínica, colocam questões pertinentes sobre como e quando a devem modificar. Demonstram que utilizam informação fiável para basear as suas decisões, avaliam a sua prática e sabem se os resultados são adequados e aceites (OE, 2012). Enquanto futura EEER em contexto de estágio tive necessidade de investir uma grande parcela temporal na procura de conhecimento, para poder colmatar as lacunas existentes entre a teoria lecionada e as situações reais e complexas do dia-a-dia da prática clínica.

Para além das múltiplas pesquisas realizadas, o suporte dado pelas enfermeiras orientadoras e restantes equipas teve um importante impacto na aquisição de novos conhecimentos e na consolidação dos conhecimentos já adquiridos, tendo aproveitado todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram.

Ressalto também, que o referencial teórico de Enfermagem de Betty Neuman, utilizado no planeamento dos cuidados de enfermagem, facilitou a compreensão e a aplicação na prática do processo de cuidados de ER.

1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Considerando o percurso de aprendizagem realizado e atendendo às competências específicas do/a EEER definidas pela OE, torna-se essencial refletir sobre a forma como desenvolvi essas competências.

Uma vez que estas competências foram sendo trabalhadas em simultâneo, nas mais variadas situações de prestação de cuidados de ER, opta-se pela apresentação do desenvolvimento dos objetivos delineados no Projeto de formação para cada uma das competências, pressupondo que ao atingir-se os mesmos foram desenvolvidas as competências preconizadas.

O primeiro objetivo específico delineado para contemplar os três domínios de competências (J1, J2 e J3) foi *“Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardiorádica, de forma a prevenir ou minimizar complicações pós-operatórias”*. De modo a alcançar este objetivo, compreender a importância de todas as fases do perioperatório deste tipo de cirurgia para o desenvolvimento e aplicação de um plano de reabilitação, tornou-se fundamental.

Validando o que autores como Malcato (2017) ou Isaías et al. (2012) afirmam relativamente às CPP, ao longo das nove semanas de estágio, validei a extrema importância de a intervenção do/a EEER iniciar-se logo no período pré-operatório, tendo por base as características pessoais de cada pessoa intervencionada, bem como os fatores de risco individuais e os inerentes à cirurgia cardíaca. Esta intervenção precoce permite estabelecer uma relação de confiança/parceria entre EEER e pessoa, tornando-a

ativa e participativa no seu plano de reabilitação e, não apenas o alvo dos cuidados. Portanto, o foco da pessoa a ser intervencionada passa por conhecer as funções que terá de desempenhar ao longo de todas as fases do internamento e pós-alta, aumentando a sua adesão, diminuindo a ansiedade inerente ao seu processo de doença e construindo um ambiente seguro e terapêutico nos cuidados (Isaías et al., 2012).

Os cuidados pré-operatórios na cirurgia cardíaca, enquadram-se no nível de prevenção primária do Modelo de Sistemas de Neuman, tendo o objetivo de evitar ou reduzir o aparecimento de complicações cirúrgicas.

Baseando a minha atuação neste enquadramento conceptual, deu-se grande destaque à construção de uma relação terapêutica eficaz e ao ensino à pessoa no pré-operatório. Nesta fase, foram sempre esclarecidas as dúvidas dentro do meu campo de ação e realizadas ações educativas sobre efeitos anestésicos esperados; medidas de controlo da dor; presença de drenagens e cateteres, bem como os cuidados a ter com os mesmos; técnica de contenção da sutura operatória ao esforço (no levantar e transferências) e com tosse; técnicas de mobilização no leito, transferências e levantar; exercícios de mobilização ativa das mãos e dos membros inferiores; importância da mobilização e levantar precoce (a ser realizado na UCI). Foram realizados também ensinamentos específicos de RFR como posição de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; realizados exercícios de reeducação diafragmática, na posição sentada; ensino da tosse assistida e dirigida com contenção esternal e da técnica do *huffing* como alternativa segura no período pós-operatório.

Foi possível realizar esta intervenção pré-operatória no dia anterior à cirurgia, na maioria das pessoas, pelo que estes ensinamentos foram acompanhados pela demonstração das técnicas em si e, posteriormente, treinadas pelas mesmas de forma a poder validar a correta execução das técnicas ensinadas. Saliento que algumas pessoas, designadamente as referenciadas pela ARS do Algarve, já tinham realizado sessões de RFR nos centros de saúde respetivos e, demonstrando-se mais participativas e menos ansiosas com todo o processo de saúde.

Neste contexto de estágio, algumas pessoas apresentaram CPP, entre as mais comuns, derrame pleural, atelectasias, hipersecreção brônquica e hipoxemia, levando à necessidade de intervenção no âmbito da RR. Assim, na fase de pós-operatório, as intervenções tiveram como objetivo o tratamento da sintomatologia e

melhorar/recuperar a função respiratória, indo ao encontro do nível de prevenção secundária de Neuman.

Com o objetivo de impedir a formação de aderências pleurais toraco-diafragmáticas no lado afetado pelo derrame pleural, utilizei a “terapêutica de posição”, colocando o utente em decúbito para o lado sã e, podendo alternar para uma rotação anterior ou posterior consoante a tolerância do mesmo (Heitor et al., 1988). Concomitantemente e, de forma a melhorar a reexpansão e a ventilação pulmonar, realizei exercícios de inspirações profundas, reeducação diafragmática e reeducação costal seletiva, abertura costal e global, aplicando resistência numa fase de melhoria do derrame. Complementando as intervenções descritas acima, intervimos a nível da correção postural, corrigindo a posição antiálgica e os defeitos posturais existentes, bem como mobilizar a cintura escapular, recorrendo a um espelho quadriculado quando oportuno, otimizando a ventilação. A visualização do correto alinhamento entre o tronco e os membros, potencia a autopercepção da postura por parte da pessoa (Gomes & Ferreira, 2017; Isaías et al., 2012) e, é possível fazer vários exercícios de fortalecimento, relaxamento e alongamento mantendo sempre o correto alinhamento corporal (OE, 2018).

As alterações da função respiratória resultantes das alterações fisiopatológicas das vias aéreas, do sistema muco ciliar e da força dos músculos inspiratórios e expiratórios que ocorrem no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, conduzem a uma diminuição da eficácia da tosse. Consequentemente, há compromisso da ventilação pulmonar, da permeabilidade das vias aéreas e aumenta a possibilidade de pneumonia ou atelectasias (Gomes & Ferreira, 2017). Ao longo do estágio, deparei-me com várias situações de hipersecreção brônquica tendo sido necessário promover técnicas de limpeza das vias aéreas entre elas: tosse assistida e tosse dirigida, com contenção da esternotomia e ligeira flexão do tronco; ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) e drenagem postural modificada. Em situações pontuais, foram associadas manobras acessórias – compressões, vibrações e percussões, tendo sempre em atenção a existência de contraindicações para a sua realização e as possíveis complicações após a sua utilização (como broncospasmo nas percussões ou arritmia nas vibrações). Por outro lado, não foi possível a utilização de produtos de apoio na mobilização das secreções, uma vez que não existem neste serviço de CCT.

Nas situações em que foi diagnosticada hipoxemia, a minha intervenção passou pela promoção da ventilação das bases pulmonares através da realização de exercícios de respiração diafragmática; pela melhoria da distribuição da ventilação alveolar e oxigenação através da reeducação costal seletiva e global (Gomes & Ferreira, 2017) e, pelo aumento da eficácia da ventilação alveolar, devido ao efeito da pressão positiva aplicada no final da expiração com os lábios semicerrados (Gomes & Ferreira, 2017; E. Menoita & Cordeiro, 2012). Com base neste último exercício, era fornecida uma palhinha colocada dentro de uma luva (ficando uma das extremidades de fora para soprar) a cada pessoa, de modo a realizarem 3 séries de 10 repetições ao longo do dia.

De acordo com a OE (2018), cerca de 65% das pessoas submetidas a cirurgia desenvolvem atelectasias, pelo que a sua prevenção e tratamento precoce são fundamentais. Esta condição do parênquima pulmonar é caracterizada pela perda de volume por falta de expansão das áreas envolvidas nas trocas gasosas (Branco et al., 2012). Os mesmos autores destacam que os quadros de atelectasia no pós-operatório podem desenvolver-se devido à respiração superficial praticada pela pessoa intervencionada, evitando a ocorrência de dor e tosse (Branco et al., 2012). Nos casos diagnosticados de atelectasia foram privilegiadas as técnicas de permeabilização das vias aéreas de modo a mobilizar e eliminar as secreções brônquicas (já descritas anteriormente), bem como exercícios de reeducação diafragmática seletiva ou global com aplicação de resistência nas zonas afetadas; respiração diafragmática; reeducação costal seletiva, atendendo ao lado a reeducar; e uso da expiração com os lábios semicerrados.

Importa salientar que o uso de produtos de apoio, como o espirómetro de incentivo, foram poucas vezes utilizados devido à escassez destes. Embora a sua aplicação esteja indicada em diversas CPP, neste contexto clínico a sua utilização foi ponderada em cada caso. Efetivamente utilizou-se apenas nas situações em que a pessoa apresentava múltiplas CPP e em que era exequível a participação da mesma.

Ao longo das sessões de trabalho com as pessoas submetidas a CCT, foi notório que as características pessoais de cada uma, as estratégias de *coping* para a gestão do processo de doença, bem como a presença de indicadores de progresso nesse processo, foram fatores extremamente importantes para sua participação ativa.

Considero ter atuado, com base no que descrevi previamente, para minimizar o impacto das alterações sofridas após a CCT. Consequentemente, através do ensino de

técnicas de gestão e conservação de energia (como expirar no esforço e inspirar no período de repouso aquando da realização dos exercícios de treino ou qualquer tarefa do dia-a-dia), bem como do treino das atividades de vida diária (AVD) pode capacitar para a independência funcional e reintegração social com qualidade de vida.

Quanto à preparação para alta da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, evidenciando o nível de prevenção terciária de Neuman, foram realizados ensinamentos de RFR e de exercícios de fortalecimento muscular localizado e sistémico a serem realizados de forma autónoma no domicílio. A todas as pessoas foi, também, fornecido um folheto de apoio (Anexo 3) previamente existente no serviço de CCT.

De modo a abranger um maior número de situações independentemente do contexto de estágio e, ainda assim contemplar todos os domínios de competências do EEER, traçou-se o seguinte objetivo específico: *“Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alterações de funções a nível sensoriomotor, neurológico, respiratório, cognitivo, de alimentação e de eliminação, maximizando a sua capacidade funcional”*.

Ambos os contextos de estágio permitiram prestar cuidados a pessoas adultas e idosas, em fase aguda ou crónica da sua doença. Na prestação de cuidados na comunidade tive também oportunidade de prestar cuidados de ER à pessoa em idade pediátrica. Com a diversidade de necessidades específicas de cuidados de reabilitação a que estive exposta, com diversos fatores implícitos em cada uma das pessoas, o processo de reabilitação foi norteado pelo estabelecimento de objetivos mútuos, pertinentes para a pessoa/família e para o/a EEER.

Assente na premissa do dever da informação e do direito ao consentimento livre e esclarecido de todas as ações a serem implementadas e desenvolvidas no processo de reabilitação, os objetivos definidos tiveram por base a minha avaliação das necessidades de intervenção nas diferentes capacidades funcionais e, a perceção da pessoa/família relativamente a essas mesmas necessidades.

Para o planeamento dos cuidados de ER, foram considerados todas as condições que podem interferir nos processos adaptativos e transicionais para a situação de doença ou incapacidade; condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras do processo em si, como por exemplo as variáveis do sistema-cliente, a perceção dos fatores *stressores* e a eficácia do processo de *coping*.

Com o intuito de identificar as alterações funcionais específicas na pessoa e consequentes necessidades de intervenção, utilizaram-se escalas de avaliação dirigidas à funcionalidade avaliada e realizaram-se exames físicos e neurológicos. De acordo com Kelly-Hayes & Phipps (2011), a avaliação funcional baseada em objetivos validados e mensuráveis tem influência direta no diagnóstico, intervenção e nos resultados esperados de enfermagem e, contribui significativamente para o processo interdisciplinar.

Partindo das avaliações de funcionalidade, definiram-se diagnósticos de intervenção de EEER assentes na nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); desenvolveram-se planos de cuidados baseados nos três níveis de prevenção de Neuman, em parceria com a pessoa/família; implementaram-se as intervenções e, finalmente avaliaram-se os resultados sempre que foi possível (dadas as limitações temporais e dos contextos de estágio). Poderão ser consultados no Apêndice 5, os planos de cuidados elaborados em ambos os contextos clínicos.

No decorrer do estágio na comunidade tive oportunidade de realizar a avaliação funcional neurológica a algumas pessoas com diagnóstico de AVC isquémico, nomeadamente estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (E. C. Menoita, 2012). Para avaliar a orientação, a atenção, a memória e a linguagem utilizou-se a *Mini Mental State Examination* (MMSE). Na avaliação da força muscular por segmento corporal foi utilizada a Escala *Medical Research Council*, enquanto na avaliação do tônus muscular utilizou-se a Escala Modificada de *Ashworth*. Para a avaliação do equilíbrio utilizou-se a Escala de *Berg* e, usou-se as Categorias Funcionais de Marcha (*Functional Ambulation Category*) para avaliação clínica comum da marcha. Importa ressaltar que alguns dos parâmetros do exame neurológico não foram possíveis de avaliar por não colaboração das pessoas, pela morosidade na sua realização ou até mesmo por inexistência de material necessário à sua execução.

Nestas pessoas, após a instalação das alterações neurológicas resultantes do AVC, surgiram algumas sequelas sensoriomotoras, como hemiparesia e hemiplegia com padrão espástico instalado no hemicorpo afetado, alteração da sensibilidade ou do equilíbrio e postura corporal. Verificou-se também a existência de alterações da comunicação (disartria) e da deglutição.

Os objetivos da minha intervenção, para a reeducação da função sensoriomotora nestes utentes passaram por manter e/ou melhorar a força muscular e a amplitude articular, estimular a sensibilidade propriocetiva, prevenir ou minorar a instalação do padrão espástico e, treinar o equilíbrio e a capacidade de levantar, indo ao encontro dos objetivos pessoais das pessoas/família.

Assim, as intervenções de ER compreenderam mobilizações passivas e ativas (assistidas e resistidas) dos quatro membros, dependendo das suas capacidades, necessidades e tolerância. Com a Sr.^a M. foi possível realizar atividades terapêuticas no leito, como rolar na cama, fazer a “ponte”, a facilitação cruzada, exercícios de automobilização e de carga do cotovelo, bem como treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada. Estes exercícios possibilitaram o aumento da força e tónus muscular, estimularam a sensibilidade e capacitaram para a realização de transferências e levantar (E. C. Menoita, 2012). Com a mesma pessoa, houve necessidade de realizar exercícios de treino da motricidade fina e coordenação motora, como por exemplo bater as palmas, tocar no nariz e na testa ou levantar as mãos de forma alternada. Numa das sessões validou-se que a família adquiriu um brinquedo ergonómico (*pop-it*), que favorecia a motricidade fina e a coordenação e, que a Sr.^a M. utilizava várias vezes ao dia, sendo uma mais valia para o processo de reabilitação da sua familiar.

Ao Sr. J., com o mesmo diagnóstico, foi possível realizar treino de equilíbrio em pé, com apoio fixo (costas da cadeira), tendo sido realizados exercícios de flexão plantar, do joelho e da coxofemoral, exercícios de extensão coxofemoral, abdução dos membros inferiores e, alternância do pé de apoio (Coelho et al., 2017). Uma vez que após algumas sessões tinha adquirido equilíbrio estático e dinâmico em pé, iniciou-se treino de marcha com apoio unilateral e, posteriormente foi sugerido e introduzido um produto de apoio (bengala tripé) que a família adquiriu.

Em relação à transferência e levantar, sempre que a capacidade funcional da pessoa o permitiu e se certificou dos benefícios sistémicos dos mesmos, foram estimulados e realizados, com ajuda total ou parcial e, tendo em consideração o lado afetado (sair da cama pelo lado mais afetado e entrar pelo lado menos afetado) e a disposição dos elementos do ambiente. Sempre que possível, o levantar foi realizado com a pessoa descalça, promovendo a estimulação sensitiva. Em toda esta dinâmica, foi extremamente importante envolver a própria pessoa, bem como a família, quer na

compreensão dos ganhos em mobilizar-se/levantar, quer na participação ativa do ato propriamente dito e, conseqüentemente no seu processo de reabilitação.

Em todos os momentos de reeducação da função sensoriomotora, a presença e participação dos/as cuidadores/as (formais ou informais) foi essencial. Em várias ocasiões treinou-se os posicionamentos corretos, as técnicas de transferência ou foram abordados aspetos de ergonomia para prevenir lesões músculo-esqueléticas dos mesmos. Exemplos destas ações educativas são o aumento da base de sustentação, flexão dos joelhos e aplicação da força na região abdominal e membros inferiores quando têm de realizar o levante do/a seu/sua familiar (OE, 2013).

Dado que as alterações da atenção, coordenação, força e tónus muscular, sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e língua podem ser causas de disfagia (E. C. Menoita, 2012), revelou-se importante avaliar a capacidade de deglutição e a presença de disfagia nestas pessoas. Apesar da amostra de pessoas com possibilidade de compromisso na alimentação ser baixa, no contexto comunitário, e de não ter havido necessidade de reeducar esta função, a minha intervenção foi mais dirigida aos/às cuidadores/as. Foram realizadas ações educativas sobre a necessidade de implementar medidas preventivas de aspiração de alimentos, como a postura correta na posição de sentado, a adequação da consistência e quantidade dos alimentos fornecidos, proporcionar um ambiente tranquilo evitando distrações ou o uso de manobras compensatórias que facilitem a deglutição. Foram também consciencializados sobre o risco de aspiração associado à disfagia, instruídos sobre os sinais de aspiração, vigilância do estado de consciência e, sobre a eventual presença de secreções (indício de uma possível pneumonia de aspiração).

Contudo, foi no contexto hospitalar que foi possível realizar uma avaliação mais completa desta função, numa pessoa com parésia das cordas vocais após entubação endotraqueal. Após uma avaliação mais criteriosa, com a aplicação da Escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e a realização de videofluoroscopia, foi implementado um plano de reeducação da deglutição que está mais detalhado no "*Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente com parésia das cordas vocais*" (Apêndice 6). Para além de capacitar a pessoa nesta limitação transitória, foi também importante instruir os restantes elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros/as generalistas e

auxiliares de ação médica) sobre as técnicas a utilizar, os ensinamentos que deveriam ser reforçados à pessoa/família e os cuidados de vigilância a ter.

A avaliação da função respiratória diferiu em cada contexto clínico, devido à informação disponível em cada um deles. Portanto, no contexto comunitário a informação foi recolhida através da avaliação subjetiva – presença de tosse e expectoração, da avaliação objetiva – inspeção, palpação e auscultação, e da avaliação de sinais vitais. Na inspeção do tórax (preferencialmente com a pessoa sentada) foi observada a respiração, a postura, a forma do tórax, a coloração da pele e, avaliada a frequência, amplitude e movimentos respiratórios (Ferreira & Santos, 2017). Na palpação foi possível pesquisar áreas dolorosas, presença de enfisema subcutâneo ou edema e confirmar a amplitude/simetria dos movimentos respiratórios. A AP permitiu avaliar a presença de sons respiratórios normais ou ruídos adventícios – crepitações, sibilos, roncos ou atrito pleural (Ferreira & Santos, 2017; E. Menoita & Cordeiro, 2012).

No contexto hospitalar, para além da recolha de informação através das avaliações acima descritas, foi possível utilizar exames complementares de diagnóstico, como radiografia de tórax e, aplicar escalas específicas de avaliação, como a Escala de *Borg* modificada para avaliação da dispneia. Neste estágio foi possível desenvolver em maior escala as aptidões de AP e de visualização, leitura e interpretação das imagens radiológicas do tórax, uma vez que estas técnicas foram exercitadas múltiplas vezes diariamente. O desenvolvimento destas capacidades permitiram a deteção, diversas vezes precocemente, de CPP, como derrames pleurais ou atelectasias e, consequente atuação.

No âmbito da RFR, os planos implementados foram adaptados à situação clínica, comorbilidades e capacidade participativa de cada pessoa e às possíveis contraindicações para a realização da mesma. Esta área foi mais trabalhada a nível hospitalar, dadas as características do serviço e das pessoas internadas, como foi abordado no objetivo específico anterior. Ainda assim, no contexto comunitário foi possível ter duas experiências bastante diferenciadas (entre elas e entre contexto de estágio).

A intervenção enquanto EEER à pessoa em idade pediátrica não foi abrangida aquando da elaboração do meu Projeto de formação, contudo foi uma oportunidade inigualável e que me permitiu adquirir conhecimentos e desenvolver competências

diferenciadas. A ECCI presta cuidados ao D., de 11 anos, que sofre de paralisia cerebral e que se encontra traqueotomizado desde a primeira infância, necessitando de ventilação mecânica domiciliar. As sessões realizadas com o D. são semanais, uma vez que existe uma grande equipa interdisciplinar que atua na manutenção das diferentes funcionalidades da criança. A intervenção do EEER passa pela otimização do tratamento ventilatório da criança no domicílio, através da implementação de um programa de RFR, que pode ser consultado no *"Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente Pediátrico"* (Apêndice 7). Neste contexto muito particular, a brincadeira e os brinquedos são fundamentais e indispensáveis para otimizar a participação da criança e dos principais cuidadores (M. C. Cordeiro & Leite, 2012). Em todas as sessões realizadas com o D. a musicoterapia funciona como adjuvante ao programa de reabilitação, estando já definida uma *playlist* do conhecimento de todos/as os/as intervenientes. A cada exercício é associada uma música e uma brincadeira, o que torna o ambiente mais caloroso e mantém as capacidades afetivas, criativas e sociais da criança/família (M. C. Cordeiro & Leite, 2012). Cabe ainda ao EEER que seja feita a validação das práticas no contexto familiar e, conseqüentemente, o reforço nos ensinamentos.

A outra experiência enriquecedora no contexto comunitário, envolveu uma pessoa com diagnóstico de ELA que é uma doença neurológica degenerativa rara, que afeta os neurónios do córtex cerebral, tronco encefálico e medula espinhal responsáveis pelo controlo muscular voluntário (essenciais para respirar, andar, falar e mastigar) (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2017). O Sr. M. foi diagnosticado há cerca de 18 meses e, de acordo com a literatura a pessoa sofre uma deterioração ao longo do tempo ocorrendo uma diminuição da estimulação devido à morte dos neurónios motores, pelo que se verifica uma atrofia muscular, causando sintomas de fraqueza ou rigidez muscular (NINDS, 2017). A maioria das pessoas com ELA morre de insuficiência respiratória, geralmente entre 3 e 5 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas. No entanto, cerca de 10% das pessoas com ELA sobrevivem por 10 ou mais anos (NINDS, 2017).

Aquando da primeira avaliação feita pela equipa da ECCI, o Sr. M. já manifestava vários sintomas da doença como: diminuição força muscular nos membros superiores e inferiores, com predomínio na capacidade de extensão dos dedos das mãos ("mãos em garra") e dos pés (pé equino mais acentuado à esquerda); perda de equilíbrio;

instabilidade da marcha; sialorreia, dificuldade na mastigação e deglutição com presença de disfagia para sólidos e líquidos – colocada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) há aproximadamente seis meses; fala disártrica; algum comprometimento do padrão respiratório, acumulação de secreções e dificuldade na produção de tosse eficaz. De realçar que o utente faz ventilação não invasiva (VNI) durante o período noturno até às 12h, utiliza *cough assist* para assistir mecanicamente a tosse e a cuidadora (esposa) realiza aspiração de secreções a nível da orofaringe, quando necessário.

Embora tenha sido referenciado à ECCI para reeducação sensoriomotora, senti a necessidade de estabelecer um programa de RFR que reduzisse os sintomas, antecipasse e prevenisse as complicações. Implementou-se um plano que consistia no uso de técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, bem como uma abordagem global dirigida não só aos músculos respiratórios como aos do tronco e membros, com treino de endurance e de fortalecimento moderado. A avaliação da eficácia da tosse também foi fundamental, no sentido de manter as vias aéreas permeáveis sem secreções e prevenir as complicações associadas como pneumonia e a atelectasias (NINDS, 2017). Concomitantemente, foram sendo reforçados os ensinamentos à cuidadora acerca dos cuidados a ter com a VNI, a forma correta de aspirar secreções bem como, os sinais de alerta de eventuais complicações respiratórias.

Quanto à função de eliminação, foi possível ter uma abordagem a nível comunitário, a uma pessoa com múltiplos antecedentes (entre eles esclerose múltipla) e que havia sofrido um AVC isquémico com sequelas *minor*. A Sr.^a S. apresentava incontinência fecal de urgência, através da presença de diarreia crónica, com repercussão no processo de reabilitação sensoriomotor para o qual havia sido referenciada e impacto na sua qualidade de vida. Houve então necessidade de conhecer o padrão intestinal, a consistência das fezes e controlo de gases, uso de fármacos laxantes e avaliar o padrão alimentar e hídrico (Rocha & Redol, 2017). Foi realizado um exame físico que contemplou a palpação abdominal e inspeção do períneo, de forma a identificar possíveis alterações fisiopatológicas ou anatómicas (Rocha & Redol, 2017).

A abordagem inicial para a reeducação da função eliminação intestinal passou pela realização de um registo diário, durante uma semana, da frequência das dejeções, perdas associadas e dos alimentos ingeridos. Foi também instruída a excluir alimentos

associados à diarreia (como os ricos em fibras), a aproveitar o reflexo gastrocólico tentando evacuar após as refeições e, a assegurar disponibilidade temporal e privacidade no wc (Rocha & Redol, 2017). Em conjunto com o tratamento não farmacológico, foi adicionado um fármaco antidiarreico/obstipante (loperamida), inicialmente numa dose mais elevada e, que foi sendo ajustada conforme a reavaliação feita em cada sessão. Foi também sugerida a aquisição de suplemento alimentar à base de fibra vegetal e probióticos reguladores da flora intestinal a longo prazo, que foi aceite pela Sr.^a S.. Após aproximadamente duas semanas da instituição do plano, foi-nos referida uma melhoria significativa da incontinência fecal, sendo esta capaz de realizar uma sessão de reeducação funcional motora (RFM) sem interrupções para ir ao wc, por exemplo.

Os objetivos específicos *"Conceber planos de intervenção que otimizem as funções e promovam a independência e a qualidade de vida da pessoa"* e *"Implementar programas de treino motor, cardiorrespiratório e de AVD, individualizado e promotor da melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida da pessoa"* são complementares e considero que, para o processo formativo enquanto futura EEER, correspondem aos objetivos mais importantes de alcançar.

Assim, em ambos os contextos de estágio e de modo a desenvolver competências de EEER, participei nos planos de intervenção multidisciplinares estabelecidos para cada pessoa e família e, com o decorrer das semanas consegui planear e operacionalizar sob supervisão planos específicos de ER. Tanto ao longo da minha prática profissional diária, como neste processo de aprendizagem sobressai a importância para a pessoa e/ou família da capacidade de se autocuidar e, assim ser mais autónoma. Por esta razão, tornou-se essencial ter presente os conceitos de capacitação, *empowerment* e parceria.

No contexto comunitário, foi possível conceber planos de cuidados de ER e implementá-los a diversas pessoas com *status* pós-cirurgia ortopédica, podendo ser consultado um desses casos no *"Jornal de Aprendizagem: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Utente com alterações músculo-esqueléticas"* (Apêndice 8).

Duas destas pessoas com necessidade de RFM, encontravam-se numa fase avançada do seu processo de reabilitação. Ainda assim, uma das lacunas percecionadas quando foi feita a minha avaliação inicial individual, foi a incapacidade de se dirigirem ao exterior, essencialmente por medo de nova queda. Após uma avaliação das

funcionalidades e de estabelecidos os objetivos realistas com as mesmas, foi possível criar um plano de intervenção que promovesse a máxima capacidade funcional. Em cada sessão foram introduzidos novos exercícios para melhorar a força muscular e equilíbrio e, realizado treino de escadas e marcha no exterior, inicialmente em piso plano e posteriormente em piso inclinado e acidentado. O acompanhamento feito ao longo das sessões, a empatia criada possibilitando a verbalização de dificuldades ou dúvidas, bem como o fornecimento de suporte educacional, permitiram uma melhoria funcional e que o principal objetivo fosse alcançado, dando ao aumento da qualidade de vida de cada uma destas pessoas.

Saliento que nestes dois casos, o reconhecimento do sucesso do plano instituído, aumentou a motivação e o empenho das pessoas cuidadas. Por outro lado, o papel ativo e cooperante das mesmas dando-lhes co-responsabilidade pelo programa de reabilitação instituído, permitiu explorar ao máximo as suas potencialidades e qualidade de vida futura.

Ainda no estágio de ECCL, com o Sr. M. (já referido anteriormente) diagnosticado com ELA e que apresentava disartria, procurou-se aumentar a força dos músculos faciais e melhorar a qualidade da voz e articulação das palavras. Deste modo, foi concebido um plano neste sentido e implementados exercícios de reeducação da musculatura facial e utilizadas técnicas para melhorar a qualidade do discurso - incentivar o uso de uma palavra de cada vez, pronunciando todos os sons e realçando as consoantes; usar frases curtas; soprar e produzir alternadamente sons nasais e orais (Boss & Abney, 2011).

Em contexto hospitalar, para além dos planos concebidos e implementados ao longo do pré e pós-operatório, como já foi mencionado ao longo deste relatório, a preparação para o regresso a casa foi uma vertente à qual dei sempre grande relevância.

Assim, essa preparação foi feita desde o momento do acolhimento ao serviço, e não reservada para o penúltimo/último dia de internamento, promovendo o sucesso do regresso ao domicílio e a reaquisição da sua independência e qualidade de vida. Foi evidente, ao longo das nove semanas, a importância da RFR no perioperatório e os seus benefícios na prevenção ou minimização das CPP, mas também da intervenção do EEER nos ensinamentos para a alta, que permitiram a pessoa/família prosseguir com o plano individual de reabilitação no domicílio e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Idealmente, a família é sempre um elemento a incluir na planificação e organização do regresso ao domicílio, após uma CCT. Contudo, dada a situação pandémica existente na altura da realização do estágio, nem sempre isso foi possível. Por outro lado, muitas pessoas intervencionadas residiam em distritos afastados o que não lhes possibilitou receber visitas durante todo o internamento. Ainda assim, foram arrançadas estratégias como a realização de videochamadas com os familiares para esclarecimentos de dúvidas, realização de ensinamentos ou tomar conhecimento das condições existentes no domicílio, bem como o fornecimento do folheto informativo dos cuidados a ter após a alta.

Atendendo às situações que fui descrevendo, considero que consegui conceber e implementar diferentes programas de reabilitação, visando a adaptação da pessoa às limitações funcionais presentes, a maximização da sua autonomia e a promoção da qualidade de vida.

O penúltimo objetivo específico "*Participar em projetos institucionais ou programas de melhoria da qualidade dos cuidados, na área da reabilitação*" está relacionado às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (B), expostas anteriormente.

Este domínio de competências preconiza que o/a EEER deve rever as práticas clínicas, acedendo à melhor evidência científica e utilizando indicadores e instrumentos adequados para avaliar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a). Ainda assim, não tive oportunidade de realizar auditorias clínicas em nenhum dos contextos clínicos, nem colaborar na construção de protocolos institucionais. Contudo, foi possível utilizar as normas protocoladas e contribuir para os indicadores de avaliação e resultados dos cuidados prestados enquanto EEER ao longo de todo o processo de doença, espelhados nos planos de cuidados concebidos nos dois contextos de estágio (Apêndice 5).

Os indicadores de avaliação utilizados integram um conjunto de instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de EEER, propostos pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (OE, 2016). As escalas mais aplicadas em ambos os contextos clínicos foram a Escala de *Braden*, o Índice de *Barthel*, a Escala Modificada de Ashworth, a Escala *Medical Research Council*, a Escala de *Berg*, a Escala *Functional Ambulation Categories* e a Escala de *Borg* Modificada.

Em ambos os contextos de estágio, a existência de indicadores clínicos alinhados com os focos de documentação permitem identificar as necessidades existentes e implementar melhorias nas práticas de cuidados de ER, podendo influenciar a introdução de mudanças nas estratégias e políticas de saúde (OE, 2015). O registo constante das avaliações feitas destes indicadores, permitiu-me ter uma participação ativa no desenvolvimento das iniciativas de cada instituição.

Para finalizar importa analisar o último objetivo específico definido: *“Avaliar a efetividade das intervenções do EEER desenvolvidas com a pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica”*, que vai ao encontro da temática que norteou o Projeto de formação e todo o processo subsequente.

Tal como refere E. C. Menoita (2012), o sucesso do processo de reabilitação não depende apenas da aplicação de um conjunto de técnicas isoladas, mas sim da atuação contínua, coordenada e multidisciplinar, baseada numa abordagem integral, traduzindo-se na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida.

De modo a demonstrar que este objetivo foi alcançado irei descrever um dos casos clínicos no qual pude intervir a nível da RFR, durante o estágio no serviço de CCT. O Sr. N. de 77 anos, com diagnóstico de estenose aórtica há cerca de 3-4 anos e atualmente com cansaço a médios esforços, tonturas, episódios de dispneia paroxística noturna e edemas dos membros inferiores, pelo que foi submetido no dia 17/02/2022 a substituição valvular aórtica e bypass coronário da descendente anterior.

Foi realizada uma recolha de dados objetivos e subjetivos e, depois organizados de modo a ser possível formular diagnósticos e implementar um programa de treino cardiorrespiratório à pessoa submetida a CCT.

O Sr. N. é viúvo, está reformado e reside sozinho num apartamento no 1º andar, sem elevador, no Algarve; refere que após a alta irá temporariamente para casa de uma das filhas.

Na abordagem pré-operatória, que corresponde ao início da intervenção de EEER é explicada a dinâmica do percurso pré, intra e pós-operatório e, feitos ensinamentos sobre: efeitos anestésicos esperados; posição de descanso e relaxamento; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; medidas de controlo da dor; presença de drenagens e cateteres, bem como os cuidados a ter com os mesmos; técnica de

contenção da sutura operatória ao esforço (no levantar e transferências) e com tosse; técnicas de mobilização no leito, transferências e levantar; exercícios de mobilização ativa das mãos e dos membros inferiores; importância da mobilização e levantar precoce (a ser realizado na UCI); técnica de subir e descer escadas, com controle da respiração de forma a gerir o gasto de energia; exercícios para a alta, como instruções para caminhadas, fortalecimento muscular dos membros inferiores; cuidados a ter com a esternotomia; importância da RFR e suas técnicas específicas. Foram demonstradas as técnicas ensinadas e o Sr. N. treinou-as de modo a poder ser validada a sua correta execução.

A primeira avaliação pós-cirúrgica foi realizada ao 3º dia de pós-operatório, após transferência da unidade de cuidados intensivos e intermédios. Nesta avaliação apresenta padrão respiratório simétrico, predominantemente torácico, com amplitude superficial. Apresenta frequência respiratória de 20 inspirações/minuto e saturação periférica de oxigénio (SpO₂) de 93-94%, sem aporte de oxigénio suplementar. À AP apresenta murmúrio vesicular das bases diminuído (mais à esquerda), mas sem presença de ruídos adventícios. Tosse pouco produtiva esporádica. Em repouso apresenta ligeira dispneia e em esforço apresenta dispneia um pouco severa, correspondendo a um score de 2 e 4 respetivamente, na Escala de *Borg* Modificada (Boshuizen et al., 2013). Relativamente à avaliação dos parâmetros cardíacos, apresenta tensão arterial 123/68mmHg, frequência cardíaca entre os 70-80bpm, com pulso regular e cheio (conectado a telemetria). Refere dor a nível esternal à mobilização e à tosse, avaliado em 4 na escala numérica da dor.

A nível motor, apresenta diminuição da amplitude articular dos membros superiores, derivado da cirurgia, necessita de auxílio no levantar e na realização de algumas AVD, como nos cuidados de higiene. Consegue realizar marcha supervisionada, em cerca de 15-20 metros. Para uma avaliação mais objetiva, utilizaram-se as escalas que irei apresentar de seguida.

Avaliada força muscular dos segmentos através da Escala *Medical Research Council* (OE, 2016), apresentando para a articulação escapulo-umeral 4/5 bilateralmente, em todos os movimentos – elevação/depressão, adução/abdução e rotação interna/externa.

Para a avaliação do equilíbrio utilizou-se a Escala de *Berg*, que engloba a manutenção da posição, o ajuste postural e os movimentos voluntários, tendo obtido um score de 51, indicando um bom equilíbrio (Apóstolo, 2012).

Através das Categorias Funcionais de Marcha¹ (Mehrholtz et al., 2007) avaliou-se a marcha, obtendo uma pontuação de 3/5, uma vez que requer vigilância em longas distâncias ou indicações verbais para manter a postura corporal.

O risco de queda foi avaliado através da Escala de *Morse*, com uma pontuação total de 45, preditiva de baixo risco de queda (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019).

Foi também avaliado o grau de dependência através do Índice de *Barthel*, apresentando uma pontuação de 70, correspondendo a uma dependência moderada (DGS, 2011).

Após o diagnóstico da situação e da identificação das necessidades de reabilitação, foi delineado um plano de reabilitação com várias intervenções, que se explicou ao Sr. N. para sua validação e consentimento. Assim, a minha intervenção passou pela RFR, de forma a manter a permeabilidade das vias aéreas; otimizar a ventilação pulmonar e eficácia diafragmática e maximizar a capacidade funcional respiratória e motora e, pela RFM com o intuito de melhorar a capacidade funcional motora e prevenir os inconvenientes da imobilidade, como explicitarei de seguida.

Relativamente às técnicas de RFM destacam-se as mobilizações passivas, ativas assistidas e resistidas dos membros superiores, com incidência nos movimentos da escapulo-umeral (flexão/extensão, adução/abdução, elevação/depressão e rotação interna/externa), respeitando a amplitude articular e a tolerância do Sr. N.. Realizou-se também treino de levante com colete de contenção torácica aplicado e com aplicação mínima da força dos membros superiores, para prevenir a dor esternal. Em todas as sessões foi feito treino de marcha com supervisão, aumentando a distância gradualmente e, por último foi realizado treino de subir/descer escadas – um degrau de cada vez, realizando a inspiração em repouso e a expiração quando sobe o degrau, de forma a gerir o cansaço e o dispêndio de energia. O Sr. N. foi incentivado à realização de autocuidados,

¹ "0" (deambulador não funcional) - indica um paciente que não consegue andar ou precisa da ajuda de 2 terapeutas
"1" (deambulador, dependente de assistência física) indica um paciente que requer contato manual contínuo para suportar o peso corporal, bem como para manter o equilíbrio ou auxiliar na coordenação
"2" (deambulador, dependente de assistência física) indica um paciente que requer toque leve intermitente ou contínuo para auxiliar no equilíbrio ou na coordenação
"3" (ambulador, dependente de supervisão) indica um paciente que pode deambular em uma superfície nivelada sem contato manual de outra pessoa, mas requer a vigilância de uma pessoa por segurança ou por sinalização verbal
"4" (deambulador, independente, apenas superfície plana) indica um paciente que pode deambular independentemente em superfície plana, mas requer supervisão para negociar (por exemplo, escadas, inclinações, superfícies não niveladas)
"5" (ambulador, independente) indica um paciente que pode andar em qualquer lugar de forma independente, incluindo escadas

sempre que oportuno, de forma a perceber-se das eventuais limitações existentes e das aptidões adquiridas com o decorrer do internamento.

Quanto à RFR, foram executadas técnicas adequadas ao quadro clínico e de acordo com a sua colaboração, tais como:

1) exercícios de consciencialização e controlo da respiração, de forma a favorecer a postura corporal durante as sessões, obter relaxamento físico e psíquico, prevenir a dor e melhorar a coordenação dos músculos respiratórios (2 séries de 5 ciclos respiratórios, utilizando estimulação auditiva para orientar a pessoa nos movimentos de inspiração e expiração), através da dissociação dos tempos respiratórios, dando ênfase à inspiração profunda via nasal e expiração de lábios semicerrados (para obtenção de maior eficácia respiratória);

2) exercícios para promover a expansão pulmonar, otimizar a ventilação alveolar, melhorar a performance dos músculos respiratórios afetados pelo ato cirúrgico e assegurar a permeabilidade das vias aéreas, através da técnica de respiração diagramática (com o intuito de diminuir o trabalho respiratório e assim promover a ventilação pulmonar), utilizando a mão para comprimir a região epigástrica, dando maior estímulo táctil e visual; da técnica de reeducação costal global e seletiva, no leito ou no cadeirão, instruindo o Sr. N. da necessidade de coordenação na inspiração com o movimento de flexão da escapulo-umeral e na expiração com movimento de extensão da mesma articulação; na utilização de espirómetro de incentivo (melhora a força e resistência dos músculos respiratórios, e favorece o aumento do volume corrente e a expansão pulmonar), sendo possível o Sr. N. ter uma resposta visual em tempo real do seu treino;

3) exercícios para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, através da técnica de tosse dirigida modificada (*huffing*) de baixo fluxo e volume nas primeiras sessões e de alto fluxo e volume nas sessões seguintes, conforme tolerância, mantendo sempre a estabilidade esternal, através da contenção da ferida cirúrgica e flexão moderada do tronco.

Importa salientar que durante todas as sessões foi feita a monitorização do padrão respiratório, amplitude e simetria torácica e da sintomatologia respiratória, dispneia, tosse e expectoração. A consulta da radiografia de tórax realizadas antes de cada sessão de RFR também foi indispensável para validar as necessidades reais e as eventuais melhorias.

No 4º dia de pós-operatório foram reforçados os ensinamentos acerca do levantar do leito, tendo conseguido realizar a transferência apenas com uma compensação parcial. Foi também realizada sessão de RFR, com o Sr. N. sentado no cadeirão. Realizados os mesmos exercícios respiratórios da primeira sessão e introduzido espirômetro de incentivo. Ensinada técnica correta de utilização – na posição de sentado ou *fowler* no leito, colocar o aparelho na vertical à altura dos olhos, realizar 3 a 4 respirações lentas e na última expirar completamente todo o ar (expiração profunda), colocar firmemente os lábios à volta do bocal e inspirar profundamente e fazer uma pausa inspiratória de cerca de 3 segundos e, de seguida retirar o bocal e expirar. O exercício foi repetido 3 vezes, com tolerância. Instruído a realizar este exercício por mais duas vezes ao longo do dia, mas com aumentando para 5 repetições. Posteriormente, foi realizado treino de marcha no corredor (cerca de 15 metros).

No 5º dia de pós-operatório realizou-se sessão de RFR semelhante ao dia anterior e após treino de marcha (aproximadamente 25 metros) fez-se treino de escadas (subir e descer 10 degraus) com controlo respiratório para menor gasto de energia. Instruído para realizar treino de marcha ao longo do dia, conforme tolerância.

No 6º dia de pós-operatório (dia anterior à alta) foi realizada sessão de RFR com maior incidência na validação do uso do espirômetro de incentivo e no treino de subir e descer escadas. Foram também realizados ensinamentos para a alta, nomeadamente ensino de exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores acompanhados de controlo respiratório como flexão plantar, adução e abdução de cada membro inferior alternados e agachamento (5 repetições de cada exercício, 2x por dia). Instruído o Sr. N. sobre a necessidade de realizar caminhadas (inicialmente 15 minutos por dia e a cada semana aumentar 5 minutos ao tempo total, até chegar aos 30 minutos na 4ª semana e manter esse tempo de caminhada), com um ritmo constante e que poderá aumentar conforme a tolerância.

No dia da alta (ao 7º dia de pós-operatório), foram reforçados ensinamentos sobre os exercícios de RFR realizados durante as sessões anteriores e a sua manutenção no domicílio. Reforçada também a necessidade de manter a contenção torácica durante 6 semanas (período de cicatrização esternal) nas transferências, mobilizações no leito e levantar e, dos movimentos que não deverá realizar, como por exemplo varrer ou limpar os vidros, nem pegar em pesos. Feito ensino da não possibilidade de conduzir durante 6

semanas e do uso de alguma proteção esternal relativamente ao cinto de segurança. Estes ensinamentos foram também transmitidos à filha que acolherá o Sr. N. na fase pós alta; ambos demonstraram aquisição dos conhecimentos instruídos. À avaliação objetiva neste dia, o Sr. N. apresenta melhor tolerância aos esforços, sem presença de dispneia em repouso e pontuação de 2 ao esforço, segundo a Escala de *Borg* Modificada. À AP já apresenta murmúrio vesicular audível em todos os segmentos (melhorado da base esquerda) e apresenta SpO₂ de 96-98%. A radiografia de tórax do dia anterior (após a sessão de RFR), demonstra melhorias significativas, embora ainda com ligeiro derrame pleural à esquerda. Refere dor 1 a nível esternal nas mobilizações e tosse, segundo a escala numérica da dor. Consegue realizar AVD com controlo respiratório e de energia, de forma autónoma. De acordo com as Categorias Funcionais de Marcha, apresenta uma pontuação 4/5, ou seja, é independente em superfície plana mas ainda requer supervisão em escadas, por exemplo (Mehrholz et al., 2007).

De forma a legitimar a efetividade da intervenção do EEER na pessoa submetida a CCT, recorreremos ao Modelo de Sistema da Neuman e ao NREM de Doran, tal como será apresentado de seguida.

1.3. Aplicabilidade do projeto num serviço de cirurgia cardiotorácica

O Projeto de formação foi centrado desde a sua conceção para ser aplicado a nível de um serviço de CCT, a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. Houve necessidade estabelecer este critério de inclusão para o projeto, uma vez que no local de estágio não são realizadas cirurgias pulmonares.

De acordo com Amaral (2014) o conceito de efetividade dos resultados em saúde é complexo e é normalmente associado a uma situação aguda, resultante de um tratamento ou de uma intervenção. A operacionalização do NREM não se baseia exclusivamente na evolução da pessoa, mas também na descrição do efeito relacional entre as suas próprias dimensões.

Deste modo, proceder-se-á à discussão das relações entre as dimensões Estrutura-Processo-Resultado relativas ao Sr. N., com base nas avaliações descritas

previamente. As avaliações realizadas originaram um conjunto de diagnósticos, que estão descritos no Quadro 1, sobre os quais concebi e implementei um plano de reabilitação.

Quadro 1.

Diagnósticos iniciais do Sr. N. (a 20/02/2022)

Diagnósticos	Avaliação
Ventilação comprometida	Padrão respiratório simétrico, predominantemente torácico, com amplitude superficial; frequência respiratória de 20 inspirações/minuto e SpO ₂ de 93-94%, sem aporte de oxigênio suplementar; AP com murmúrio vesicular das bases diminuído (mais à esquerda), mas sem presença de ruídos adventícios.
Função do sistema respiratório comprometida	Ligeira dispneia em repouso e, em esforço dispneia um pouco severa, correspondendo a um score de 2 e 4 respetivamente, na Escala de <i>Borg</i> Modificada.
Dor	Localizada a nível esternal, presente nas mobilizações e à tosse; Avaliado em 4 na escala numérica da dor.
Mobilidade comprometida	Dependência moderada nas transferências, levante e algumas AVD, com pontuação 70 no Índice de <i>Barthel</i> ; Alteração da força muscular da articulação escapulo-umeral 4/5 bilateralmente, em todos os movimentos.
Andar comprometido	Marcha que requer vigilância em longas distâncias ou indicações verbais para manter a postura corporal, obtendo uma pontuação de 3/5.

A dimensão **Estrutura** tem variáveis relacionadas com a pessoa, o/a enfermeiro/a e a organização. Quanto ao Sr. N. foram selecionadas as variáveis idade (77 anos), a tipologia da doença (cirurgia de substituição valvular aórtica e bypass coronário da descendente anterior), bem como os diagnósticos efetivados. As variáveis consideradas para a enfermeira foi o tempo de experiência, ser estudante do Mestrado ER e o nível de conhecimento em linguagem CIPE®. Quanto às variáveis organizacionais, teve-se em

conta a existência de cama elétrica articulada e dispositivos acessórios como colete de contenção torácica e espirômetro de incentivo.

Na dimensão **Processo**, investigou-se a intervenção autónoma do/a EEER como as técnicas de RFR e RFM aplicadas (descritas anteriormente).

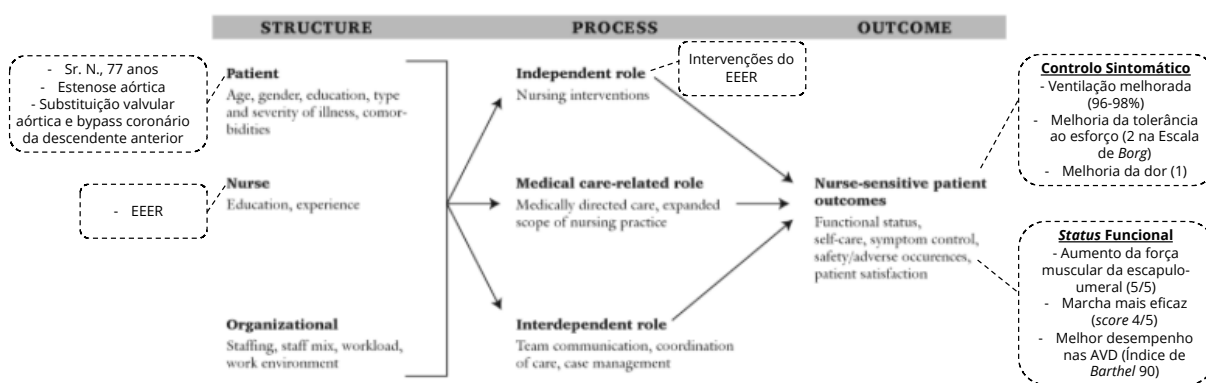
Quanto à dimensão **Resultado** ponderou-se as variáveis de prevenção de CPP, o controlo sintomático, a promoção da qualidade de vida e a satisfação com os cuidados.

Ao analisar-se as diferentes variáveis, é possível identificar alguns componentes substanciais, que sugerem a relação da intervenção do/a EEER nos resultados obtidos, indiciando possíveis relações entre as três dimensões.

É exemplificativo disso, as intervenções autónomas de RFR (variável da dimensão Processo), promoveram a expansão pulmonar e capacidade ventilatória, resultando numa melhoria da ventilação e tolerância ao esforço (variáveis da dimensão Resultado). Por outro lado, as intervenções de RFM (variável da dimensão Processo) incidiram sobre o diagnóstico de alteração da mobilidade (variável da dimensão Estrutura), desenvolvendo uma maior capacidade no desempenho das AVD e uma marcha mais eficaz (variáveis da dimensão Resultado).

Figura 1.

Efetividade do plano de reabilitação do Sr. N.

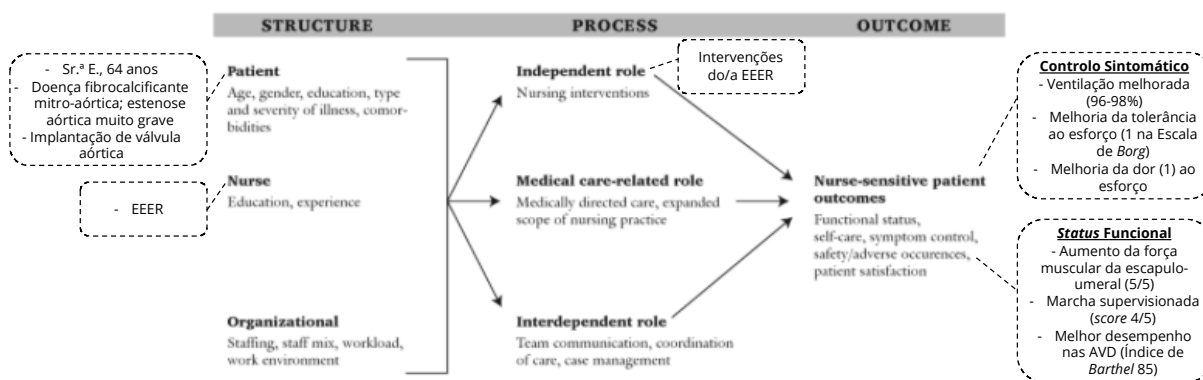


Nota. Adaptado de D. M. Doran (2011, p.15).

Procedendo à mesma metodologia de avaliação das diferentes variáveis de outra pessoa submetida a CCT, a quem foi dado o realce no plano de cuidados em apêndice (ver página 225) e onde estão descritas as avaliações e intervenções efetuadas, é possível demonstrar a efetividade do plano de reabilitação da mesma.

Figura 2.

Efetividade do plano de reabilitação da Sr.ª E.



Nota. Adaptado de D. M. Doran (2011, p.15).

Em ambas as situações, é possível constatar que as intervenções do EEER que influenciaram os resultados pertencem ao domínio autônomo da sua atuação. Desta forma, traduz-se num cuidado de ER efetivo, com resultados a nível do controlo sintomático, do estado funcional, da prevenção de CPP na pessoa submetida a CCT e, da qualidade de vida.

Paralelamente e, indo ao encontro das conclusões dos estudos de autores como Yayla e Özer (2019), Humphrey e Malone (2015) ou Savci et al. (2011), verifica-se que a implementação de um programa de reabilitação no pré-operatório (embora curto nesta realidade) e uma mobilização precoce podem reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias, aumentar a capacidade funcional de marcha após a cirurgia cardíaca e, conseqüentemente, levar a maior capacidade de participação nas AVD.

Capítulo II. Avaliação do Percurso

De forma a realizar um balanço das aprendizagens desenvolvidas durante os estágios, tornou-se pertinente a elaboração deste capítulo. Para facilitar esta apreciação recorri à matriz *Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT²), que analisa quatro variáveis – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (Souza e Souza et al., 2013).

Relativamente à variável *Strenghts* (fatores intrínsecos e positivos), em ambos os contextos clínicos adotei um modelo de cuidados centrados na pessoa, respeitando a sua autonomia e dignidade. Foi sempre revelado um compromisso profissional através das competências demonstradas para desenvolver capacidades da pessoa, satisfazer as suas necessidades, promover a sua readaptação e maximizar a sua funcionalidade, potenciando o seu rendimento. Não é possível dissociar os cuidados centrados na pessoa doente e na sua família dos princípios da beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia ou dependência, vulnerabilidade, fragilidade, capacitação e *empowerment*, que considero terem estado sempre presentes na minha atuação.

Em relação à operacionalização do projeto, os dois contextos de estágio escolhidos permitiram-me a aquisição de conhecimentos e aptidões, pela observação e prática reflexiva junto das EEER orientadoras. Este processo permitiu-me gerir o desenvolvimento das aprendizagens através do pensamento crítico, da promoção do autoconhecimento e da prática baseada na evidência clínica. Neste sentido, considero que desenvolvi os meus conhecimentos e demonstrei progressivamente confiança na identificação de necessidades de intervenção especializada de ER, conceção, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional, bem como na realização de técnicas e procedimentos específicos e complexos, inerentes à intervenção do/a EEER.

² Esta metodologia de análise é usualmente utilizada para analisar ambientes operacionais, de modo a obter uma abordagem sistemática e assim, traçar estratégias para otimizar o desempenho geral. Através da identificação das forças e fraquezas (variáveis internas e controláveis) é possível elaborar estratégias para minimizar ou eliminar as debilidades; enquanto a identificação de oportunidades e ameaças (variáveis externas e não controláveis) permite monitorizar situações de possível crescimento ou prevenir repercussões negativas (Souza e Souza et al., 2013).

O estágio da vertente comunitária, em ECCL, foi essencial para aplicar conhecimentos de diferentes áreas de ER e desenvolver a “capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p.2246), tal como é preconizado para a obtenção do grau de Mestre, pelos Descritores de Dublin. Este primeiro estágio também contribuiu para repensar na forma de prestar cuidados de ER em cada contexto familiar particular, tendo de adaptar e gerir todos os recursos humanos e materiais disponíveis para alcançar os objetivos delineados.

Por sua vez, o estágio em contexto hospitalar permitiu-me desenvolver habilidades técnicas essenciais à prestação de cuidados de ER à pessoa submetida a CCT, especialmente com alterações do foro respiratório. Entre elas estão o treino e aperfeiçoamento da AP, interpretação de radiografias de tórax ou execução dos exercícios respiratórios adequados/necessários em cada plano de reabilitação. Foram também desenvolvidos métodos de comunicação objetivos e pertinentes com toda a equipa multidisciplinar, que se encontra mais presente e ativa nos cuidados, de forma a expressar as orientações enquanto EEER integradas na continuidade dos cuidados.

Importa também salientar que foi este contexto clínico que permitiu alcançar um dos propósitos do Projeto de formação – demonstrar a efetividade dos cuidados de ER. Através do modelo teórico eleito foi possível prestar cuidados nos três níveis de prevenção distintos e, perceber o quão importante é a intervenção do/a EEER desde a fase pré-operatória até ao momento da alta, bem como os benefícios que isso acarreta para as pessoas alvo dos cuidados.

Na organização do estágio em ECCL, considero ter sido facilitador da aprendizagem a realização de quatro a cinco turnos consecutivos por semana, uma vez que possibilitou o acompanhamento de cada pessoa mais frequente, o estabelecimento de uma relação terapêutica mais sólida e, conseqüentemente, a continuidade dos respetivos cuidados. Permitiu-me também uma regularidade no processo de ensino-aprendizagem e na aquisição de habilidades técnicas, bem como o sentimento de pertença à equipa integrante.

Todo este percurso assentou no Projeto de formação e culminou com a elaboração deste relatório, para os quais foi imprescindível a procura por novos saberes, a pesquisa

da evidência científica mais atual, de modo a interpretá-la e conseguir aplicá-la na prática clínica. Este trabalho contínuo de estudo minucioso permitiu-me ter a capacidade de conceber e implementar planos de intervenção reais, completos e adequados às necessidades de cada utente que cuidei e, assim reeducar e/ou otimizar a capacidade funcional alterada.

Examinando todo o percurso formativo, considero que consegui desenvolver diversas competências que caracterizam o perfil do EEER, permitindo o meu desenvolvimento pessoal e profissional inerentes a esse título.

Dentro da variável *Weaknesses* (fatores intrínsecos e negativos) considero o meu sentimento de “invasora” ao entrar no espaço tão pessoal e reservado que é o domicílio de alguém e a sensação que o “poder” do sucesso de um plano de reabilitação é detido pelas pessoas/família/cuidadores e não por mim. Estas sensações estiveram mais presentes no estágio de contexto comunitário, onde fui confrontada com algumas condições habitacionais inadequadas ou com a renitência em aceitar a nossa presença mais assídua. Estes fatores levaram a uma maior necessidade de reflexão e ponderação para implementar planos de reabilitação que fossem bem-sucedidos.

Em contexto hospitalar, saliento três fatores limitativos ao desenvolvimento do exercício de ER: a inexperiência/dificuldade em realizar AP e em analisar radiografias de tórax, bem como a impossibilidade de realizar mais turnos seguidos.

Em relação à AP, inicialmente foi-me difícil diagnosticar ruídos adventícios quando estes não apresentavam um tom e/ou intensidade diferenciados, pelo que tive de solicitar a validação da enfermeira orientadora por diversas vezes. Contudo, a prática diária desta técnica fez com que melhorasse significativamente e conseguisse adquirir esta habilidade.

Quanto à análise das radiografias de tórax e, conseqüente diagnóstico de potenciais situações patológicas, a maior dificuldade prendeu-se em conseguir distingui-las, por exemplo derrame pleural de atelectasia. Ainda assim, e tal como ocorreu com a AP, a prática diária permitiu-me melhorar esta habilidade técnica e depender cada dia menos da enfermeira orientadora para chegar a um diagnóstico.

A conciliação entre a vida pessoal e familiar, profissional e os turnos de estágio (com tudo o que está inerente) impossibilitou-me de realizar turnos seguidos neste estágio e,

portanto, de dar uma maior continuidade a todos os planos de reabilitação instituídos e monitorizá-los.

Considero também dentro desta variável a impossibilidade de realizar um estudo quase-experimental que conseguisse legitimar a Efetividade da ER na pessoa submetida a CCT, por múltiplas razões (sendo uma delas a minha pouca disponibilidade temporal/horária).

Quanto à variável *Opportunities* (fatores extrínsecos e positivos) importa destacar a escolha desta temática, que surgiu neste processo de ensino-aprendizagem como um ponto de partida para problematizar e refletir sobre conteúdos essenciais à prática de ER, como a relação entre a funcionalidade e a incapacidade, a autonomia/independência e a qualidade de vida na pessoa submetida a uma cirurgia específica. Logo, o desenvolvimento e a operacionalização deste tema promoveram a aquisição de diversas competências inerentes à ER.

Algo que não pode ser dissociado desta temática, foi a opção de utilizar o NREM para demonstrar a efetividade da ER na pessoa submetida a CCT, através da identificação das variáveis pertinentes de estudar, quer na pessoa como do EEER; das intervenções passíveis de ser objeto de estudo (intervenções autónomas do EEER) e do tipo de ganhos relevantes que se percecionam. Concomitantemente, o modelo teórico escolhido também permitiu estruturar o pensamento, a ação e a perceção dos resultados obtidos.

A importância de o estágio de contexto hospitalar ter decorrido num local onde foi possível intervir junto da pessoa submetida a CCT, tal como previsto no Projeto de formação e, onde o/a EEER tem uma ação direta muito influente, foi outro fator positivo. A diversidade de pessoas submetidas a cirurgias complexas, permitiu a intervenção enquanto EEER, exigiu um trabalho dinâmico para aquisição de conhecimento especializado, para desenvolver habilidades técnicas e para exercer uma prática reflexiva contínua crucial na tomada de decisão.

A possibilidade de efetuar a preparação pré-operatória à maioria das pessoas que iam ser submetidas a CCT e com as quais se manteve o plano de intervenção de ER no período pós-operatório, foi uma mais-valia para todos/as os/as intervenientes. Aparentemente, com este acompanhamento prévio constatei que despendia menos tempo na correção dos exercícios de mobilidade osteoarticular ou de coordenação dos

movimentos respiratórios e que obtinha maior colaboração na execução das técnicas de RFR, comparando com as pessoas a quem não foi possível fazer a preparação pré-operatória.

No contexto de estágio comunitário, a multiplicidade de situações vivenciadas nas diferentes áreas de atuação de ER possibilitaram a aquisição de diversas competências associadas ao perfil de EEER. Na realidade da ECCI, não é apenas trabalhada a parte clínica das pessoas e as suas necessidades de saúde, também se intervém nas questões socioeconómicas das famílias e de vulnerabilidade social. Em algumas circunstâncias foi-me dada a oportunidade de advogar pela pessoa cuidada/família vulnerável, em situação de fragilidade e, que requeriam sobretudo de cuidados de natureza ética.

Por último, foram bastante benéficos e enriquecedores os momentos de partilha que existiram com os restantes colegas de Mestrado nas duas orientações tutoriais realizadas, uma em cada contexto de estágio. Estes momentos permitiram-me perceber a existência de tantas realidades distintas para as quais não estava tão desperta, mas também me deram ferramentas para atuar perante situações muito específicas, caso tivesse essa oportunidade.

A situação pandémica vivida aquando dos estágios foi para mim o maior fator a ter em conta na variável *Threats* (fatores extrínsecos e negativos). As limitações implícitas e necessárias restringiram, muitas vezes, a presença de familiares em contexto hospitalar, que poderiam ser parte integrante do processo de reabilitação e com os quais não foi possível estabelecer relação ou atuar. Por sua vez, em contexto comunitário, a maior limitação relacionada com a pandemia prendeu-se com os tempos de admissão quer na ECCI, quer para qualquer outra componente social a que as pessoas alvo de cuidados eram referenciados.

Por outro lado, a carência de EEER e de recursos materiais, foram uma condicionante em ambos os contextos de estágio. Este fator teve mais notoriedade na ECCI, uma vez que cada membro da equipa estava destacado diariamente para dar apoio a uma unidade externa dedicada a pessoas com patologia respiratória devido à pandemia. Por esse motivo, a restante equipa ficava mais sobrecarregada para que todas as sessões de reabilitação previstas fossem realizadas, mesmo na ausência do enfermeiro gestor de caso. Consequentemente, o tempo de cada sessão também teve de ser

reduzido. Em contexto hospitalar, esta carência foi mais notória nos dias em que apenas uma das EEER estava de serviço, ficando com a totalidade das pessoas internadas à sua responsabilidade. Por esse motivo, tinha de ser feita uma priorização dos cuidados e uma maior gestão do tempo de cada sessão.

Quanto aos recursos materiais a nível hospitalar, restringiu o uso de espirómetro de incentivo a um ínfimo número de pessoas. Esse fato, levou à estimulação da criatividade para o uso de outros acessórios que podem substituir o espirómetro de incentivo na sua mecânica.

Outro fator limitativo prende-se com o curto tempo de internamento hospitalar, o que se tornou um desafio para a implementação das intervenções delineadas para cada pessoa. Por esse motivo, foi necessário desenvolver a capacidade de realizar uma avaliação criteriosa e um planeamento focado nos objetivos, de modo a ser o mais eficaz e eficiente possível num curto prazo. Este fator também limitou os contactos com cada pessoa, pelo que o foco principal da minha atuação foi a RFR, condicionando a implementação de um programa de preparação para a alta ainda durante o internamento.

Embora no serviço de CCT no qual foi realizado o estágio, haja investimento na fase pré-operatória, este torna-se insuficiente em carga horária (dias antecedentes à cirurgia) e na disponibilidade da pessoa em assimilar as informações transmitidas. Considero que seria mais benéfico para todo o processo cirúrgico, que a preparação pré-operatória se iniciasse no contexto comunitário, por um EEER que trabalhasse em interligação direta com a equipa multidisciplinar hospitalar.

A maioria dos objetivos e intervenções definidos no Projeto de formação foram exequíveis, dado o número de experiências clínicas asseguradas pelos campos de estágio, contudo não houve oportunidade de desenvolver nenhuma ação formativa, nem atuar junto da pessoa com alteração da funcionalidade a nível da eliminação vesical e da sexualidade.

Capítulo III. Considerações Finais e Perspetivas Futuras

A ER demonstra uma verdadeira preocupação pelo outro, não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa, mas ajudando a pessoa a aceitar a sua nova condição de vida (Hesbeen, 2003).

O sucesso da reabilitação depende do conjunto de técnicas, mas também da continuidade, coordenação e interrelação do trabalho da equipa multidisciplinar, sendo fatores relevantes para a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar (E. C. Menoita, 2012).

O/A EEER caracteriza-se pelo seu perfil de competências resultantes de um elevado nível de conhecimentos e habilidade de reabilitar a pessoa ao nível das suas dimensões físicas, psicológicas e sociais. A sua intervenção, seja em contexto comunitário ou hospitalar, assume destaque pelo seu importante contributo na obtenção de ganhos em saúde, no que se refere à prevenção de incapacidades e na recuperação de capacidades remanescentes, habilitando a pessoa para uma maior autonomia (OE, 2019b).

A elaboração deste relatório de estágio permitiu descrever, analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas para cada um dos contextos de estágio, de forma a alcançar as competências (comuns e específicas do/a EEER) definidas pela OE (OE, 2019a, 2019b) e, assim obter o grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

O percurso de desenvolvimento de competências assentou na aprendizagem e na mobilização de conhecimentos éticos, jurídicos e baseados em evidência para o cuidado e para a promoção, nas equipas integradas, da melhoria do cuidado. Foi por isso relevante definir os objetivos a serem desenvolvidos, para atingir as competências de EEER, previamente, indo ao encontro das perspetivas pessoais e académicas para cada contexto de estágio.

Pelo que foi descrito ao longo deste relatório, demonstrando uma crescente autonomia para o desenvolvimento de programas de reeducação funcional, uma capacidade de fundamentar as intervenções de ER através da pesquisa da melhor evidência científica bem como, a habilidade de comunicação com todos os intervenientes no processo de reabilitação e a capacidade reflexiva e julgamento crítico, considero que os objetivos foram atingidos e que as competências instrumentais e interpessoais foram desenvolvidas.

Tendo em conta a aplicabilidade do Projeto de formação, a utilização do modelo de efetividade NREM contribuiu para estruturar a intervenção junto da pessoa submetida a CCT, através da adequada caracterização e identificação das variáveis. Permitiu também compreender quais as intervenções autónomas do EEER que influenciaram os resultados obtidos. Assim, foi possível demonstrar que a intervenção do EEER é efetiva, tendo resultados ao nível do controlo sintomático, da prevenção de CPP, da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Este percurso de desenvolvimento de competências no qual se progride de enfermeira de cuidados gerais para EEER não termina com a elaboração deste relatório. É antes uma nova etapa que se inicia, com a implementação do cuidado decorrente da prática baseada em evidência integrada na prática diária do cuidado.

Nesse sentido e, dando continuidade à etapa que iniciei, pretendo contribuir para melhorar o cuidado à pessoa submetida a CCT, no serviço onde exerço funções, através da implementação de uma consulta pré-operatória e na consciencialização da restante equipa multidisciplinar para a importância da RR na prevenção de complicações e numa recuperação mais célere. Assim, pretende-se uma intervenção mais especializada na equipa através de formação junto da mesma e através da divulgação da evidência científica validadas ao longo deste percurso académico. Tal como refere Benner (2001), a real competência só se desenvolve no decorrer da prestação direta de cuidados e, até se atingir o nível de perito a prática profissional deve ser alvo de contínua melhoria.

Tão importante ainda é a reflexão crítica como EE sobre a nossa intervenção junto das necessidades/problemas da pessoa/família de quem cuidamos, a partir do momento que essa intervenção se torna mais especializada. Considero, por isso, que as diferentes experiências do processo de ensino-aprendizagem não só com os professores em contexto académico como também nos diferentes contextos de estágio irão influenciar o meu percurso profissional num futuro próximo.

Durante todo este percurso formativo pude constatar a importância do/a EEER dentro de uma equipa multidisciplinar, onde a sua intervenção pode marcar a diferença na gestão do processo de saúde-doença, quando este é o elo de ligação com a pessoa/família/meio social.

O/A EEER pode distinguir-se dos demais profissionais em termos de educação para a saúde, capacitação para a gestão de doença e incapacidade funcional, gestão e planeamento da alta hospitalar, referenciação para continuidade dos cuidados e reintegração no contexto familiar/comunitário. Por outro lado, perante os seus pares, assume-se como líder e referência para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a reflexão e motivando a procura do desenvolvimento profissional.

Portanto, considero que seria de extrema importância e fundamental a presença de um/a EEER nos serviços de internamento a tempo integral, tal como concluiu Folgado (2019) no seu estudo.

Por outro lado, dado que os limites profissionais da Enfermagem se confundem com outras profissões da área da saúde e algumas das intervenções são partilhadas e realizadas por outros profissionais de saúde, torna-se extremamente importante demonstrar a pertinência dos cuidados de Enfermagem especializados e contribuir para a produção de conhecimento específico, decorrente dos problemas identificados na prática de cuidados diária.

Dado que todo este percurso foi deveras transformador para mim enquanto enfermeira, considero que seria importante a dinamização de mais investigação nesta área, no sentido de haver um incremento nas competências e responsabilidades reconhecidas ao EEER, mostrando a sua influência nos ganhos em saúde.

Concluindo, no futuro, o desafio passa por adaptar as competências adquiridas às constantes exigências da profissão, tendo por base os recursos e alicerces adquiridos neste trajeto enriquecedor.

Referências Bibliográficas

- Amaral, A. F. S. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: Modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 96–105. https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise
- Amaral, A. F. S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem: Qualidade e efetividade* [Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- Antunes, M., Abecasis, M., Barata, F., Bernardo, J., Morais, J., Pinho, P., & Lopes, H. (2016). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Cirurgia cardiotorácica*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-CCT.pdf>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*.
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Beckman, S., & Fawcett, J. (2020). Betty neuman's systems model. Em M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th Ed., pp. 165–181). F. A. Davis Company.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª Ed.). Quarteto Editora.
- Bohannon, R., & Smith, M. (1986). Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*, 67 (2), 206–207. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-5451-8_105
- Boshuizen, R. C., Vincent, A. D., & Van Den Heuvel, M. M. (2013). Comparison of modified Borg scale and visual analog scale dyspnea scores in predicting re-intervention after drainage of malignant pleural effusion. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3109–3116. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1895-3>
- Boss, B., & Abney, K. L. (2011). Comunicação: Linguagem e pragmática. Em S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: : prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 589–620). Lusodidacta.
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Reabilitação respiratória*. Servier.

- Chesnay, M., & Anderson, B. (2020). *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research* (5th Ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227–251). Lusodidacta.
- Cordeiro, M. C., & Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. Em M. C. O. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Eds.), *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 321–380). Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República, I Série*(N.º 60 de 24-03-2006), 2242–2257. eli: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Em *Direção-Geral de Saúde: Vol. 054/2011*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Em *Direção Geral de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The state of the science* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Ferreira, D., & Santos, A. (2017). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 167–180). Lusodidacta.
- Folgado, E. (2019). *A efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na independência funcional da pessoa internada num hospital da região centro* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://rr.esenfc.pt/rr/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projecto=46&id_aps=9&tipo=APS

- Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. (2020). Intervenções de Enfermagem que capacitam o cuidador informal da pessoa com afasia em contexto domiciliário: uma Scoping Review. *Revista da UI_IPSantarém - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 124–137. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19884>
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253–262). Lusodidacta.
- Haugh, K. H., & Ballener, K. (2003). Intervenção junto de pessoas com doença cardíaca inflamatória crónica, insuficiência cardíaca, e pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. Em W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6ª Ed., pp. 783–846). Lusociência.
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olanzabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª Ed.). Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Humphrey, R., & Malone, D. (2015). Effectiveness of Preoperative Physical Therapy for Elective Cardiac Surgery. *Physical Therapy*, 95(2), 160–166. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130323>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas da Saúde: 2019. Em *Instituto Nacional de Estatística*. INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>
- Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. Em M. C. O. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Eds.), *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 303–314). Lusociência.
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. Em S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4th ed., pp. 177–186). Lusodidacta.
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal* [Universidade do Porto]. <http://repositorio.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/156>
- Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (8th Ed., pp. 281–302). Elsevier Mosby.

- Malcato, M. E. (2017). A Pessoa Submetida a Cirurgia Cardiotorácica. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 515–523). Lusodidacta.
- Mehrholtz, J., Wagner, K., Rutte, K., Meißner, D., & Pohl, M. (2007). Predictive Validity and Responsiveness of the Functional Ambulation Category in Hemiparetic Patients After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(10), 1314–1319. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.06.764>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente* (XVIII). Lusociência.
- Menoita, E., & Cordeiro, M. (2012). Semiologia Clínica. Em M. C. O. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Eds.), *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 21–44). Lusociência.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2017). *AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS*. <https://catalog.ninds.nih.gov/sites/default/files/publications/amyotrophic-lateral-sclerosis.pdf>
- Nazal, C. H., Vilches, A. A., Marín, C. V., Contreras, K. C., Valenzuela, C. N., & Ventí, P. B. (2018). Vocal cord paralysis after endotracheal intubation: an uncommon complication of general anesthesia. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 68(6), 637–640. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.12.011>
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. Em B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5th Ed., pp. 3–33). Pearson.
- Oliveira, R., Cacho, E. W. A., & Borges, G. (2006). POST-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64(3 B), 731–735. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2006000500006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Delegação - Tomada de posição. Em *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_23Abr2007.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–75. <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Em *Ordem dos Enfermeiros*. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.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 (ed.)). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação (PQCER). *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–66. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória* (Cadernos O). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República, 2ª série, 06 de fevereiro de 2019: Vol. nº26*. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Em *Diário da República, 2ª série - nº 85 - 3 de maio de 2019*. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Pestana, P. M., Vaz-Freitas, S., & Almeida e Sousa, C. (2012). A eficácia da intervenção em terapia da fala na paralisia da corda vocal : Avaliação objectiva. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 50(3), 215–220. <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/115/115>
- Ribeiro, B. (2019). *Causas e Consequências das Complicações Pós-operatórias do Cancro Colo-Retal* [Master's thesis, Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/92680/1/RUN> - Dissertação de Mestrado - Bruno Ribeiro.pdf
- Rocha, C., & Redol, F. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 271–279). Lusociência.
- Savci, S., Degirmenci, B., Saglam, M., Arikan, H., Inal-Ince, D., HN, T., & Demircin, M. (2011). Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 45(5), 286–293. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/14017431.2011.595820>
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up and go test. *Physical Therapy*, 80(9), 896–903. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.9.896>
- Silva, J., Silva, N., Santos, V., & Silveira, T. (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 14–25.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2020). Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice. Em M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th Ed., pp. 21–32). F. A. Davis Company.

- Sousa, T. (2012). *Competências de Liderança nas Chefias de Enfermagem* [Universidade do Porto]. https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=6632
- Souza e Souza, L. P., Souza, A. M. V. de, Pereira, K. G., Figueiredo, T., Bretas, T. C. S., Mendes, M. A. F., Freitas Santana, J. M. de, Mota, É. C., & Oliveira e Silva, C. S. de. (2013). Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: Estudo de caso em um hospital de ensino. *Revista Gestão & Saúde*, 4, 1633–1643. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207>
- Trapl-Grundschober, M. (2017). *Instruções em como utilizar o gugging swallowing screen GUSS*. 1–19. https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/08/guss_instruc3a7c3b5e_s_pt.pdf
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 71–133). JBI. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., & Bhatnagar, P. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. *European Heart Network*, 94–100. <https://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Yayla, A., & Özer, N. (2019). Effects of early mobilization protocol performed after cardiac surgery on patient care outcomes...1st International Congress on Innovative Approaches in Nursing, June 20-22, 2019, Erzurum, Turkey. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(6), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1111/ijn.12784>

Apêndices

**Apêndice 1 – Projeto de formação: A Efetividade da Enfermagem
de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Opção II - Projeto

**A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação
na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica**

Tânia Marques Batista

**Lisboa,
setembro 2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Opção II - Projeto

**A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação
na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica**

Tânia Marques Batista



Regente: Professor Miguel Serra
Orientadora: Professora Cristina Saraiva



**Lisboa,
setembro 2021**

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

CEEER – Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EHN – *European Heart Network*

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

NREM – *Nursing Role Effectiveness Model*

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA.....	8
II. PREPARAÇÃO E PLANIFICAÇÃO O PROJETO.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
APÊNDICES.....	41
Apêndice I – Fluxograma da metodologia de pesquisa	42
Apêndice II – Tabela de extração de dados	44
Apêndice III – Cronograma de Atividades.....	52

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II, integrada no 2º semestre do 1º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração deste projeto de formação como método de avaliação. Este projeto consiste num processo de aprendizagem que se prende com o culminar dos conhecimentos adquiridos ao longo do 1º ano do Curso.

Este projeto de formação intitula-se “A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica” e, de modo a descrever o âmbito do projeto, foram eleitas as seguintes palavras-chave: Cirurgia Cardiotorácica; Enfermeiro de Reabilitação e Efetividade dos cuidados. Esta escolha resulta de motivações pessoais, profissionais e académicas, uma vez que a cirurgia cardiotorácica (CCT) e a Reabilitação Respiratória (RR) são parte integrante do quotidiano da minha prática de cuidados.

De acordo com os descritores de Dublin, no 2º ciclo de estudos, o estudante de deve mobilizar um pensamento crítico, bem como uma prática reflexiva, de modo a fundamentar a sua tomada de decisão com base na evidência científica (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). Com a finalidade de fomentar a prática baseada na evidência, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura dará suporte ao enquadramento conceptual deste projeto.

Assim, para responder à questão de investigação: “Qual a efetividade das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica?”, recorreu-se à mnemónica PI[C]O. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO Host®, recorrendo às bases de dados CINAHL® e MEDLINE®, nas quais foram utilizados os seguintes termos indexados (determinados através do MeSH2015® e CINAHL Headings®): Thoracic Surgery, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Nursing Interventions, Nursing Outcomes, Treatment Outcomes. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, leitura dos títulos, palavras-chave e resumos obtiveram-se 6 artigos para análise integral.

Com a evolução progressiva na área da RR, os programas deste foro deixaram de ter apenas como alvo as pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica e, passaram a abranger outros tipos de quadros clínicos, nomeadamente as cirurgias torácica e abdominal (Isaías, Sousa & Dias, 2014).

Ainda assim, as complicações cirúrgicas que ocorrem no pós-operatório influenciam, em grande escala, a mortalidade, morbidade, tempo de permanência no hospital e a recuperação das capacidades funcionais (WHO, 2009; Isaías et al., 2014). Portanto, a intervenção do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no desenvolvimento de planos de intervenção que permitam prevenir e/ou reduzir as complicações pós-operatórias nestas cirurgias, podem ter um grande impacto na capacitação da pessoa/família para a sua independência e, conseqüente aumento da qualidade de vida. Por outro lado, pode influenciar na diminuição do tempo de internamento e nos custos para o sistema de saúde.

Para Heitor, Canteiro, Ferreira, Olanzabal e Maia (1988), o EEER tem competências para conceber e implementar planos de Enfermagem de Reabilitação (ER) com componentes de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), motora e educacional, que promovam a satisfação das necessidades da pessoa e permitam atingir os melhores resultados no processo de recuperação pós-cirurgia.

De modo a demonstrar a efetividade das intervenções do EEER na pessoa submetida a CCT iremos adotar o Nursing Role Effectiveness Model (NREM) desenvolvido por Irvine Doran e colaboradores. Através deste modelo podemos analisar o contributo da ER para os cuidados de saúde, onde os domínios autónomos, dependentes e interdependentes do papel do enfermeiro são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e o doente, bem como entre os resultados obtidos no doente e o trabalho de equipa (Amaral, 2014).

A filosofia de cuidados de enfermagem e a sua prática devem ser sustentados por um modelo teórico que dê resposta aos objetivos da prestação e que sustente o exercício profissional (Smith & Parker, 2020). Para enquadrar este projeto, foi escolhido o Modelo dos Sistemas da Betty Neuman, uma vez que a sua abordagem holística o torna aplicável a pessoas que experimentem stressores complexos, que podem afetar diversas variáveis do seu sistema-cliente, como é exemplo o doente cirúrgico e a sua família. Além disso, é possível efetuar um paralelismo entre os três tipos de prevenção definidas por Neuman e as fases do perioperatório da CCT.

Para este projeto foram definidos dois objetivos gerais: compreender qual a efetividade da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados na pessoa submetida a CCT; e desenvolver competências necessárias ao exercício profissional da ER, em diferentes contextos. Sumariamente, pretende-se adquirir o máximo de conhecimentos e desenvolver competências para prestar cuidados de excelência, enquanto EEER e, que contribuam para maximizar as potencialidades da pessoa ao longo do ciclo de vida.

A previsão para a implementação deste projeto é de aproximadamente 18 semanas, iniciando-se a 11 de outubro de 2021 e terminando a 25 de fevereiro de 2022. O mesmo será desenvolvido em dois locais de estágio: o primeiro numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa; o segundo, num serviço de CCT de um Centro Hospitalar de Lisboa.

Este projeto foi dividido em dois capítulos, o primeiro em que é abordado o enquadramento conceptual da temática escolhida, nomeadamente o estado da arte, dando enfoque à pertinência desta temática para a ER e sociedade; a abordagem ao modelo escolhido para demonstrar a efetividade dos cuidados de enfermagem e ao referencial teórico que sustenta o projeto; e a metodologia de investigação utilizada. No segundo capítulo é organizado, preparado e planificado o projeto, com a construção dos objetivos gerais e específicos, identificação das competências a desenvolver, descrição das atividades a ser desenvolvidas e justificação da escolha dos locais de estágio. Por último, foram erigidas as considerações finais.

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

De acordo com a World Health Organization [WHO] (2020a), as doenças cardíacas continuam a ser a principal causa de morte no mundo, tal como nas duas últimas décadas. Desde o ano de 2000, o número de mortes por doença cardíaca teve um aumento superior a dois milhões, estando atualmente nas 8,9 milhões de mortes, o que equivale a 16% das mortes mundiais (WHO, 2020b). Ainda assim, a nível europeu o número de mortes por esta causa diminuiu em 15% (WHO, 2020a). Porém, apenas nos países com baixo rendimento é que as doenças cardíacas não tiveram o maior aumento no número de mortes absolutas, contrariamente ao que aconteceu nos países de médio (baixo e alto) e alto rendimento (WHO, 2020b).

Embora com uma percentagem menos significativa, o cancro da traqueia, brônquios e pulmão são a 6ª causa de morte no mundo, que corresponde a 1,8 milhões de pessoas, tendo o cancro do pulmão tido o maior aumento entre os três e nos países com rendimento médio-alto (WHO, 2020b).

Indo ao encontro dos valores apresentados a nível mundial, também em Portugal as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos da laringe e traqueia/brônquios/pulmão concentraram 34,1% dos óbitos ocorridos em 2019 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Concomitantemente, a esperança média de vida tem vindo a aumentar gradualmente e em 2019 situava-se nos 80,93 anos (INE, 2021). Este envelhecimento progressivo da população leva a um aumento das doenças crónicas e consequente procura dos cuidados de saúde. Entre as doenças crónicas que aumentam de prevalência com a idade estão a doença coronária e valvular cardíacas e o cancro do pulmão (Antunes et al., 2016). Para além da idade avançada, a diabetes também é considerada um fator de risco de génese e de comorbilidade das doenças cardiovasculares (Antunes et al., 2016), representando 3,4% os óbitos no nosso país (INE, 2021) e encontrando-se presente em cerca de um quarto dos doentes submetidos a cirurgia de revascularização coronária (Antunes et al., 2016).

Importa também salientar que os anos de vida perdidos em consequência da doença cardíaca e dos tumores traqueopulmonares situam-se acima dos dez anos (Antunes et al., 2016), o que pode representar uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e um elevado impacto económico para o sistema nacional de saúde (SNS). De acordo com o European Heart Network [EHN] (Wilkins et al., 2017), as doenças cardiovasculares custam por ano, aproximadamente, 210 biliões de euros à economia da União Europeia (UE). Dentro destes custos, 53% estão relacionados com os custos efetivos em cuidados de saúde, 26% relacionados com a perda de produtividade da população e 21% relacionados com os

cuidados informais à pessoa com patologia cardiovascular (Wilkins et al., 2017). Segundo este órgão europeu, também em Portugal, as doenças cardiovasculares têm um grande peso na despesa total da saúde, com 7% o que equivale a mais de 1 milhão de euros anuais (Wilkins et al., 2017).

A cirurgia cardíaca assume destaque no tratamento das doenças cardiovasculares, quer as congénitas ou adquiridas, apesar do desenvolvimento das técnicas de intervenção percutânea nas últimas décadas (Antunes et al., 2016). As principais intervenções cirúrgicas cardíacas são na doença das artérias coronárias e na doença valvular (Antunes et al., 2016). Dados de 2014, indicam que 37,2 pessoas em cada 100.000 habitantes foram submetidas a revascularização coronária, no nosso país (Wilkins et al., 2017). Na cirurgia torácica, para além da neoplasia primária do pulmão também a cirurgia a metástases pulmonares de outros tumores primários e a cirurgia por complicações de infeções respiratórias como as bronquiectasias ou patologia da pleura são passíveis de tratamento cirúrgico (Antunes et al., 2016). De acordo com os dados epidemiológicos mais recentes, em 2015, foram realizadas 9008 cirurgias cardiotorácica. A maior prevalência foi de cirurgias cardíacas, com 6403 intervenções e, a cirurgia torácica com 2605 intervenções, constituindo um aumento de ambas em relação a anos anteriores (Antunes et al., 2016).

A cirurgia cardiotorácica é o campo da cirurgia que trata os órgãos do tórax, englobando o tratamento da doença cardíaca e da doença pulmonar, mas inclui também o tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma (Antunes et al., 2016). Embora a cirurgia torácica tenha vindo a adotar ao longo do tempo técnicas menos invasivas e cirurgias toracoscópicas vídeo-assistidas, todas as cirurgias cardiotorácicas são consideradas intervenções *major* e, conseqüentemente com possibilidade de existirem complicações pós-operatórias (Malcato, 2017; OE, 2018). Segundo a WHO (2009), as complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de lesões e mortes, a nível mundial, bem como internamentos mais prolongados, maiores custos económicos para os hospitais e uma diminuição da sobrevida a longo prazo para os doentes (Ribeiro, 2019). As complicações pós-operatórias são definidas como qualquer disfunção desenvolvida no período pós-operatório e que têm como consequência uma alteração clinicamente significativa, que afeta negativamente o decorrer da recuperação da pessoa, podendo estar associadas com a efetividade dos cuidados (OE, 2018; Ribeiro, 2019). Embora existam muitos fatores que podem condicionar a recuperação de uma CCT, as complicações mais comuns são as pulmonares. Dentro das complicações pulmonares, as mais comuns são as atelectasias, o broncospasmo, a hipoxemia, o derrame pleural e a pneumonia (Heitor et al., 1988; Haugh & Ballener, 2003; Malcato, 2017; OE, 2018). Podem ocorrer também complicações cardiovasculares (disritmias cardíacas), tromboembólicas (embolias, flebotrombose), alterações neurológicas, desequilíbrios electrolíticos, alterações posturais e

perturbações do sono (Haugh & Ballener, 2003; Isaías, 2014; OE, 2018). São vários os fatores perioperatórios específicos dos doentes que podem estar associados ao desenvolvimento de complicações pós-operatórias, nomeadamente a idade, obesidade, tabagismo, doença pulmonar prévia, desnutrição e sedentarismo (Isaías et al., 2014). Por isso, é de extrema importância conhecer e avaliar os fatores de risco individuais, permitindo a implementação de medidas pré-operatórias e de prevenção das complicações pós-operatórias (Ribeiro, 2019).

As complicações pulmonares pós-operatórias podem iniciar-se na indução anestésica e continuar no período pós-operatório, surgindo associadas à disfunção da musculatura respiratória (OE, 2018). Os tipos de incisões cirúrgicas, o possível envolvimento do nervo frénico, a dor, a sedação e a imobilidade contribuem para as possíveis alterações ventilatórias (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2014; OE, 2018). Além destes fatores, a alteração da mecânica ventilatória, com interrupção da normal atividade dos músculos respiratórios, da disfunção temporária do diafragma e das estruturas mucociliares, pode levar à diminuição da capacidade residual funcional e da capacidade vital (Malcato, 2017; OE, 2018), aumentando o risco de ocorrência de infeções. Através da RFR, o EEER consegue preparar o doente para a cirurgia, prevenindo e corrigindo complicações pulmonares, pleurais e posturais no pós-operatório (Heitor et al., 1988).

Para Malcato (2017), é determinante que o EEER utilize os seus conhecimentos e competências, aliando a proximidade diária que tem com o doente, na deteção de complicações pós-operatórias. É também importante que intervenha dentro da equipa multidisciplinar, em todas as fases do perioperatório, contribuindo para a preparação da alta e minimizando as incapacidades que podem resultar duma intervenção cirúrgica, capacitando a pessoa para uma recuperação funcional mais rápida e completa, de acordo com o seu potencial (Malcato, 2017). Uma vez que as complicações pós-operatórias têm um impacto tão significativo nos sistemas de saúde, quer em taxas de mortalidade e morbilidade, quer em custos em saúde e, na pessoa intervencionada pela diminuição da qualidade de vida, intervir nesta área enquanto EEER tem uma componente social legítima.

A proposta desta temática surgiu após uma reflexão pessoal acerca da área que me poderia proporcionar mais ferramentas por forma a melhorar a minha intervenção enquanto EEER junto dos doentes que diariamente cuido. Para além dos doentes do foro cirúrgico, as competências desenvolvidas na área da função respiratória permitir-me-ão prestar cuidados enquanto EEER em doentes do foro médico. Sendo as intervenções autónomas do EEER na função respiratória e motora, áreas consideradas emergentes para investigação (OE, 2015), torna-se uma conjugação pertinente para este nível de formação. A razão que consolidou esta escolha foi a proposta de implementação de um programa cirúrgico na instituição em que trabalho, que prevê um papel preponderante de um EEER nas fases de pré e pós-operatório da pessoa submetida a CCT.

De acordo com Amaral (2010), as alterações dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e os novos modelos de gestão nesta área, levam a que os profissionais de saúde tenham necessidade de demonstrar e documentar a qualidade da sua contribuição para a saúde da população, resultando em maiores ganhos em saúde. Em particular na Enfermagem, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEEER) identificou como uma das áreas de investigação emergentes, a curto prazo, a investigação da efetividade das intervenções do EEER (OE, 2015). Com o desenvolvimento desta área, o objetivo do CEEER é evidenciar o valor/impacto que as intervenções do EEER têm na população e no sistema de saúde (Amaral, 2014).

O conceito de efetividade dos cuidados de Enfermagem é complexo e está normalmente associado ao estado da pessoa, resultante de um tratamento ou de uma intervenção e, envolve a avaliação de resultados (Amaral, 2010). O NREM, proposto por Irvine Doran e colaboradores, permite avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados (Amaral, 2010, 2014). O modelo conceptual apresentado baseia-se no modelo da qualidade desenvolvido por Donabedian em 1966, que se fundamenta na tríade de indicadores – estrutura, processo, resultados – desenvolvido para a avaliação da qualidade (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002). Os mesmos autores referem que o NREM propõe relações entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem na equipa de saúde e os resultados dos cuidados de enfermagem (Doran et al., 2002; Amaral, 2014).

Os componentes da Estrutura foram definidos por Doran et al. (2002) como variáveis do enfermeiro (nível de experiência, competência, autonomia e formação), do doente (idade, sexo, escolaridade, etnia, estado civil, diagnóstico médico, comorbilidades e gravidade da doença) e da organização (composição da equipa, carga de trabalho e rácios enfermeiro/doente, organização dos cuidados e ambiente de trabalho), influenciando o processo e os resultados dos cuidados (Amaral, 2014).

Quanto ao Processo, as variáveis do modelo, dizem respeito aos domínios independente, interdependente e dependente do papel de enfermagem (Doran et al., 2002; Amaral, 2014). O domínio independente refere-se às intervenções autónomas dos enfermeiros, ou seja, atividades que são iniciadas por eles e que não necessitam de uma prescrição de terceiros; no domínio dependente, o papel do enfermeiro passa por implementar prescrições e tratamentos médicos, como por exemplo, administração de terapêutica; e, o domínio interdependente relaciona-se com as funções e responsabilidades partilhadas com os outros elementos da equipa de multidisciplinar, como a promoção da continuidade de cuidados (Doran et al., 2002; Amaral, 2014; Folgado, 2019).

Por fim, a componente de Resultados do NREM está assente na prevenção de complicações, no controlo de sintomas, no conhecimento da doença e tratamento, nas

capacidades funcionais e de autocuidado, na satisfação da pessoa e nos custos (Doran et al., 2002; Amaral, 2014).

Doran et al. (2002) salientam que a avaliação dos efeitos das intervenções dos enfermeiros sobre os resultados da pessoa constitui uma relevante fonte de evidência científica, o que contribui para a investigação em Enfermagem.

Tendo em consideração a questão de investigação, os resultados sensíveis à intervenção do EEER que se pretende clarificar são a prevenção de complicações, o controlo de sintomas, e as capacidades funcionais e de autocuidado, recorrendo ao Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

De acordo com a OE (2019b), as intervenções do EEER visam avaliar as alterações funcionais e as necessidades de intervenção especializada, de forma a promover a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, a prevenção de complicações e a otimização e/ou reeducação de funções. Deste modo, as suas competências específicas permitem ao EEER atuar nos diferentes domínios suscetíveis aos seus cuidados, nos quais se inclui o contexto cirúrgico. Aqui, o EEER pode intervir em todo o percurso cirúrgico da pessoa, capacitando-a para a reintegração no seu ambiente social desde o pré-operatório, agindo durante o internamento hospitalar (preferencialmente que decorra sem complicações) e alargando a sua intervenção ao contexto comunitário, se necessário.

A adoção de um modelo teórico torna-se essencial para o desenvolvimento da prática de Enfermagem, pois ajuda a enquadrar, planear, desenvolver e avaliar os cuidados prestados (Smith & Parker, 2020). Deste modo, a conceção teórica escolhida para sustentar este projeto foi o Modelo dos Sistemas da Betty Neuman. Este modelo é abrangente e tem por base a teoria geral dos sistemas e assenta em quatro conceitos fundamentais para a prática de cuidados de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem (Neuman, 2011). Encara a pessoa como um ser holístico, definindo-o como um sistema único, aberto, dinâmico, em constante interação o ambiente (interno e externo), ou *stressores*, tendo em conta as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Neuman, 2011; Lawson, 2014; Beckman & Fawcett, 2020).

Segundo Neuman, enquanto sistema, a Pessoa não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade ou um problema social (Neuman, 2011). O sistema em si mesmo engloba o núcleo ou estrutura básica (por exemplo estrutura genética e ego, capacidade cognitiva, forças e fraquezas) e as linhas de defesa concêntrica, correspondendo do centro para a periferia, respetivamente, às linhas de resistência, de defesa normal e de defesa flexível (Neuman, 2011; Beckman & Fawcett, 2020). A pessoa está em constante interação com o ambiente, sendo este entendido como todos os fatores internos ou externos que afetam o sistema-cliente (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Nesta interação

pressupõe-se a manutenção de um grau de estabilidade/equilíbrio, que corresponde ao estado de saúde, podendo esta ser afetada por diferentes *stressores* (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Os *stressores* são estímulos produtores de tensão, de natureza intrapessoal (p.e. resposta autoimune), interpessoal (p.e. expectativas de papéis ou padrões de comunicação) ou extrapessoal (p.e. problemas financeiros ou sociais), com o potencial de causar instabilidade no sistema-cliente, podendo ter um efeito positivo ou negativo neste, dependendo das estratégias necessárias para lidar com o *stressor* que a pessoa possui (Neuman, 2011).

Neste modelo, a saúde para o cliente é equiparada à estabilidade ideal do seu sistema, ou seja, o melhor estado de bem-estar possível em determinada ocasião, no qual o *continuum* de “*wellness-illness*” implica que o fluxo de energia entre o sistema-cliente e o ambiente seja constante (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

Para esta teórica, a Enfermagem surge como a profissão à qual interessam todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa aos *stressores* (Lawson, 2014). Assim, o objetivo principal da ação do enfermeiro, contribuir para a manutenção da estabilidade do sistema-cliente, através da identificação dos problemas causados pelos *stressores* ambientais e consequente, adequação da intervenção usando três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária (Neuman, 2011). A prevenção primária tem como o objetivo evitar ou reduzir a reação do sistema-cliente ao *stressor* identificado previamente, fortalecendo as linhas de defesa flexíveis; a prevenção secundária fornece tratamento adequado dos sintomas para atingir a estabilidade ideal do sistema-cliente ou bem-estar, após reação a um determinado *stressor*; e a prevenção terciária, que visa fortalecer o sistema-cliente para a manutenção da sua estabilidade, num período após a reação e com o equilíbrio do sistema já restabelecido (Neuman, 2011; Lawson, 2014; Beckman & Fawcett, 2020). Fazendo uma analogia entre estes níveis de prevenção e as competências específicas do EEER, a prevenção primária relaciona-se com a prevenção de complicações e incapacidades, a prevenção secundária com as intervenções terapêuticas que visam melhorar a função, manter ou recuperar a independência; e a prevenção terciária foca-se na maximização das funções e do potencial da pessoa, promovendo a independência e a qualidade de vida (OE, 2019b; Neuman, 2011).

No seu modelo teórico, Neuman definiu um Processo de Enfermagem particular, constituído por três fases: 1) diagnóstico de Enfermagem, onde se determina as variações do bem-estar; 2) metas de Enfermagem, onde são estabelecidas as alterações a efetivar para corrigir as variações de bem-estar (através de negociação entre a pessoa e o enfermeiro); e, 3) resultados de Enfermagem, onde são estabelecidos os efeitos das intervenções, baseadas num ou mais níveis de prevenção (Lawson, 2014).

De forma a contextualizar as intervenções que surgem como adequadas nesta área, torna-se crucial compreender qual o estado da arte da problemática em estudo. Para viabilizar

uma intervenção mais adequada e eficaz houve necessidade de investigar a evidência científica produzida até à atualidade acerca da efetividade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a CCT. Foi, então, realizada uma revisão narrativa da literatura, recorrendo ao método PI[C]O, com a intenção de responder à seguinte questão de investigação: “Qual a efetividade (*Outcomes*) das intervenções do EEER (Intervenção) na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica (População)?”, não sendo aplicável o elemento “C” de Comparação (The Joanna Briggs institute, 2015). A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO Host[®], recorrendo às bases de dados CINAHL[®] e MEDLINE[®], nas quais foram utilizados os seguintes termos indexados (determinados através do MeSH2015[®] e CINAHL Headings[®]): *Thoracic Surgery, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Nursing Interventions, Nursing Outcomes, Treatment Outcomes*. Posteriormente, combinaram-se os termos indexados com as expressões booleanas (OR e AND), resultando num total de 94 artigos (18 na MEDLINE[®] e 76 na CINAHL[®]). Após remoção dos duplicados, ficou-se com um total de 91 artigos para análise. Os critérios de inclusão englobavam artigos com todos os tipos de estudo, sobre CCT, em que os participantes fossem maiores de 18 anos e nas línguas português e inglês. Como critérios de exclusão definiram-se artigos anteriores a 2010, sem acesso ao texto integral e estudos em contexto de ambulatório. Após análise e consequente aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 26 artigos. Depois da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave, 20 deles não respondiam à questão de investigação, pelo que no final obtiveram-se 6 artigos para análise integral. O fluxograma da metodologia de pesquisa pode ser validado no Apêndice I. De forma a ser feita uma análise mais detalhada e eficaz de cada artigo, foi construída uma tabela para extração de dados de cada um e que podem ser consultadas no Apêndice II.

Embora nem todos os artigos tenham sido produzidos por EEER, foram construídos por outros profissionais de saúde, que partilham competências com o EEER na mesma área de saber e intervenção, sendo uma mais-valia para este projeto. Após uma análise mais detalhada de cada artigo, é possível constatar que, globalmente, os resultados obtidos são bastante benéficos para o doente, família e sociedade.

Para Humphrey e Malone (2015), um programa de reabilitação no pré-operatório pode reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias, bem como diminuir o tempo de internamento hospitalar. Demonstraram que os níveis de atividade e a condição física do doente no pré-operatório têm influência nos resultados obtidos no pós-operatório, ou seja, a má condição física e o estado funcional reduzem a capacidade dos doentes de lidar mental e fisicamente com a hospitalização e a cirurgia em si (Humphrey & Malone, 2015). Portanto, para os estes autores, deve ser melhorada a capacidade funcional e a reserva respiratória do doente através do aumento da atividade física, treino aeróbio, exercícios de resistência e

treino muscular inspiratório, idealmente nas 4 semanas precedentes à cirurgia (Humphrey & Malone, 2015).

No estudo realizado por Savci et al. (2011), em que pretendiam perceber a eficiência do treino muscular inspiratório na força muscular respiratória pós-operatória, capacidade funcional, qualidade de vida e estado psicossocial em doentes com cirurgia de revascularização do miocárdio, vai ao encontro das conclusões do estudo anterior, ainda que com uma população maior e com medições dos resultados mais concretas. Tanto o grupo de intervenção como o grupo de controlo, receberam os mesmos cuidados uma vez ao dia - mobilização, exercícios ativos de membros superiores e inferiores, fisioterapia respiratória (exercícios respiratórios e técnicas de tosse). Os doentes foram mobilizados o mais precocemente possível após a cirurgia e, foram instruídos a sentar-se para fora da cama e ficar de pé no primeiro dia de pós-operatório, caminhar 45 metros no corredor no segundo dia, caminhar livremente (aproximadamente 150-300 metros) no terceiro e quarto dias e subir um vão de escadas no quinto dia de pós-operatório. O grupo de intervenção treinou 2x/dia por 30 minutos, durante 10 dias (5 pré-operatório e 5 pós-operatório), enquanto o grupo de controlo treinou apenas no pós-operatório. Estes autores concluíram que a aplicação do treino muscular inspiratório no pré-operatório pode prevenir complicações pulmonares e encurtar o tempo de ventilação mecânica e internamento; que pode aumentar a capacidade funcional de marcha após a cirurgia cardíaca e, conseqüentemente, pode levar os doentes a participarem em atividades de vida diária; e que melhora a dimensão do sono (Savci et al., 2011). Todos estes fatos associam-se a uma melhor qualidade de vida e a níveis de ansiedade e depressão mais baixos, no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca (Savci et al., 2011).

O estudo conduzido por Crisafulli et al. (2013) pretendia avaliar a eficácia clínica e a viabilidade de um dispositivo de treinamento muscular expiratório (Respilift) aplicado a doentes em recuperação de CCT aberta recente. Para tal, a sua intervenção passou pelo uso de espirómetro de incentivo com resistência, em que cada sessão de treino teve a duração de 15 minutos e foi realizada duas vezes ao dia. O uso deste dispositivo foi acompanhado por expansão pulmonar assistida manualmente, conforme recomendado. Concluíram que um dispositivo respiratório fácil de usar para treinar músculos expiratórios tem efeitos adicionais quando comparado a um treino simulado na população de doentes em recuperação de cirurgia torácica ou cardíaca aberta. Esta intervenção permitiu reduzir mais rapidamente a percepção da dispneia e não provocou um aumento da dor, o que poderia ser expectável (Crisafulli et al., 2013).

Num estudo para determinar o efeito da mobilização precoce nos resultados pós-operatórios em doentes submetidos à cirurgia cardíaca, Yayla e Özer (2019) implementaram um protocolo para mobilizar os doentes precocemente, que consistia primeiramente em entregar ao grupo experimental um folheto no dia anterior à cirurgia, de forma a aumentar a

sua orientação e obter participação ativa no programa de mobilização precoce. O folheto incluía exercícios de respiração profunda, tosse, exercícios passivos de amplitude de movimento ativo e espirometria de incentivo, e informações sobre o programa de atividades e seus benefícios de acordo com o protocolo de mobilização precoce. Seguindo o protocolo, no dia 0 de pós-operatório, a cabeceira da cama deve ser elevada para 30° a 45°; com o espirómetro de incentivo, exercícios de respiração profunda e tosse foram realizados 8x/dia na forma de 5 exercícios de respiração profunda e 1 exercício de tosse em 3/4 ciclos; exercícios passivos de amplitude de movimento (membros inferiores e superiores) foram realizados 2x/dia e os doentes foram autorizados a sentar-se na beira da cama ou colocar a cama inclinada para permitir a posição sentada por 15 minutos, 2x/dia. No 1º dia de pós-operatório, aos exercícios já mencionados acrescentaram-se exercícios ativos de amplitude de movimentos dos membros inferiores e superiores e realizados 3x/dia; o doente foi autorizado a sentar-se numa cadeira por 20 minutos, 3x/dia e tinha permissão para caminhar 150 passos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), 2-3x/dia. No dia 2 de pós-operatório mantiveram-se todos os exercícios, mas aumentou-se o número de passos para 250, 3-4x/dia. Nos dois dias seguintes de pós-operatório, para além de todos os exercícios se manterem, os doentes poderiam sentar-se por 30 minutos, 3x/dia e tinham permissão para caminhar 400 passos no corredor 4x/dia. A partir do 5º dia de pós-operatório tinham autorização para se sentar numa cadeira por 45 minutos, 3x/ dia e permissão para caminhar 400 passos no corredor 4x/dia. Este protocolo foi aplicado a mais de 100 doentes e, os autores concluíram que a mobilização precoce na UCI e internamento de cirurgia cardíaca é eficaz na redução de complicações pós-operatórias e no tempo de internamento hospitalar, bem como na melhoria da qualidade do sono (Yayla & Özer, 2019).

Para Borzou, Amiri, Salavati, Soltanian e Safarpour (2018), o objetivo do seu estudo foi determinar os efeitos da implementação da primeira fase de um programa de reabilitação cardíaca sobre a autoeficácia em doentes após cirurgia de revascularização do miocárdio. Embora este projeto não se foque em nenhuma fase de reabilitação cardíaca, as conclusões que estes autores alcançaram são bastante pertinentes. A implementação da primeira fase do programa de reabilitação cardíaca aumentou a autoeficácia em relação às atividades diárias independentes, levando a uma menor necessidade da segunda fase do programa (Borzou et al., 2018). Esta primeira fase do programa consistiu numa 1ª sessão pós-operatória, com exercícios de respiração profunda e movimentos ativos dos membros em decúbito dorsal, exercícios em posição semi-sentada na cama, exercícios em posição sentada ao lado da cama e repetição dos exercícios anteriores sentado em uma cadeira (2x/dia, 10-15 min); na 2ª sessão pós-operatória realizaram-se exercícios na posição de pé (por exemplo, rotação do tronco e movimentos rotacionais da escápula e do braço), caminhar desacompanhados, flexão e extensão dos joelhos, rodar o corpo em diferentes direções e repetir os movimentos anteriores; e, nas sessões seguintes todas as intervenções anteriores

foram revisadas e as atividades adequadas foram programadas para a alta (Borzou et al., 2018).

Por último, o estudo de Westerdahl e Möller (2010), pretendia determinar a prática atual de mobilização supervisionada por fisioterapia e exercícios após cirurgia cardíaca na Suécia. Foi aplicado um questionário a todos os fisioterapeutas que trabalham nesta área e concluíram que o principal objetivo da fisioterapia após a cirurgia cardíaca é prevenir e tratar complicações pós-operatórias, melhorar a função pulmonar e estimular a atividade física (Westerdahl & Möller, 2010).

II. PREPARAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DO PROJETO

Embora este projeto esteja direcionado para duas áreas de intervenção do EEER mais específicas (cardíaca e respiratória), foram traçados dois objetivos gerais, com o intuito de desenvolver todas as competências requeridas, as comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER:

- 1) Compreender qual a efetividade da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica;
- 2) Desenvolver competências necessárias ao exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos.

A partir destes dois objetivos gerais, foram construídos nove objetivos específicos, que podem ser considerados o alicerce para se atingir os objetivos gerais. Para a sua construção foi feito um levantamento das atividades necessárias à sua concretização, de modo a refletirem o impacto das intervenções do EEER na independência e qualidade de vida da pessoa/família cuidada.

A prática de cuidados do EEER é sustentada por domínios de competências descritos nos Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das competências específicas do EEER, aprovados pela OE (OE, 2019a, 2019b). Para desenvolver essas competências e concretizar os objetivos específicos, foi necessário delinear um plano de atividades, com os recursos necessários e definir os indicadores e critérios de avaliação utilizados. Para este planeamento foi construída uma tabela para cada objetivo específico, permitindo uma maior clareza e perceção e, serão apresentadas de seguida. Importa salientar que algumas atividades propostas poderão ser aplicáveis a mais do que um objetivo específico, contudo tentou evitar-se a sua repetição de forma a simplificar as tabelas. Desta forma, cada atividade constará no objetivo específico para a qual a sua implementação seja mais pertinente.

Objetivo específico	1. Conhecer a organização, a dinâmica, a equipa multidisciplinar do serviço e a intervenção do EEER
----------------------------	--

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade;</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>	<p>Realização de uma entrevista semi-estruturada com a Enfermeira Responsável e/ou EEER orientador de cada local de estágio;</p> <p>Conhecimento da estrutura física de cada local de estágio;</p> <p>Identificação da dinâmica organizacional de cada serviço, bem como os respetivos recursos humanos e materiais;</p> <p>Apresentação à equipa multidisciplinar de forma empática, disponível e interessada;</p> <p>Consulta de manuais, protocolos, normas, projetos, instrumentos de registo, escalas de avaliação dos doentes que existem em cada instituição;</p> <p>Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional junto dos pares;</p> <p>Fomentação do respeito pelo direito do doente à privacidade;</p> <p>Observação e análise da intervenção do EEER e a sua função dentro da equipa multidisciplinar e no serviço;</p> <p>Gestão, dentro da equipa, de práticas que fomentem a segurança, privacidade e a dignidade da pessoa;</p> <p>Colaboração na prestação de cuidados e atividades desenvolvidas pelo EEER.</p>	<p>Realizou entrevistas semi-estruturadas com a Enfermeira Responsável e/ou EEER orientador;</p> <p>Conhece e descreve a estrutura física, dinâmica organizacional, bem como a equipa multidisciplinar de cada serviço;</p> <p>Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar, tendo em conta a condição de estudante;</p> <p>Conhece a proveniência dos doentes admitidos no serviço e o seu destino após a alta;</p> <p>Conhece os manuais, protocolos, normas, orientações, instrumentos de registo, programas e projetos existentes nos serviços;</p> <p>Mobiliza para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos aprendidos;</p> <p>Identifica as intervenções do EEER e contextualiza-as no funcionamento da equipa multidisciplinar;</p> <p>Beneficia das oportunidades de aprendizagem;</p> <p>Gere as práticas dentro da equipa que promovam a ética profissional;</p> <p>Participa na prestação de cuidados e nos projetos em curso desenvolvidos pelo EEER.</p>
Recursos		
<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guias de integração e acolhimento; ▪ Manuais de normas e protocolos; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; 	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u>Temporais:</u></p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulamentos de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; ▪ Código Deontológico do Enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. ▪ Ver cronograma.
Critérios de avaliação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para o conhecimento da organização, da dinâmica, da equipa multidisciplinar do serviço e da intervenção do EEER. 	

Objetivo específico	2. Gerir os cuidados prestados à pessoa e família com a equipa multidisciplinar e, de acordo com os recursos existentes e ajustados às suas necessidades
----------------------------	---

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>C – Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados.</p>	<p>Compreensão da articulação entre serviços, profissionais de diferentes áreas de atuação e entidades externas;</p> <p>Reconhecimento dos papéis/funções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>Identificação dos materiais e recursos existentes que promovam a qualidade dos cuidados prestados;</p> <p>Análise da intervenção do EEER e a sua função dentro da equipa multidisciplinar e no serviço;</p> <p>Participação nos processos de tomada de decisão;</p> <p>Coordenação dos cuidados com a equipa multidisciplinar;</p> <p>Otimização dos processos de transmissão de informações à equipa sobre os cuidados que promovam o potencial da pessoa;</p> <p>Referenciação para outros profissionais ou nível de cuidados, em caso de necessidade da pessoa;</p> <p>Promoção de ambiente positivo e favorável à prática de cuidados;</p> <p>Participação em atividades que proporcionem a aprendizagem individual;</p> <p>Desenvolvimento de competências relacionais e técnicas.</p>	<p>Gere a prática de cuidados promovendo a segurança, o respeito e a dignidade da pessoa/família;</p> <p>Reflete sobre a intervenção do EEER no seio da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p> <p>Participa na construção da tomada de decisão em equipa;</p> <p>Reconhece as competências do EEER como elemento promotor de ambientes saudáveis;</p> <p>Utiliza recursos disponíveis de forma adequada e eficaz na promoção da qualidade dos cuidados;</p> <p>Promove a continuidade dos cuidados disponibilizando assessoria de enfermagem à restante equipa;</p> <p>Identifica oportunidades para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.</p>

Recursos		
<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo clínico da pessoa; ▪ Manuais de normas e protocolos; ▪ Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; 	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); ▪ Código Deontológico do Enfermeiro; ▪ Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; ▪ Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro orientador da ESEL.
Critérios de avaliação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para a gestão dos cuidados prestados à pessoa e família com a equipa multidisciplinar e, de acordo com os recursos existentes e ajustados às suas necessidades. 	
Objetivo específico	3. Aprofundar conhecimentos que fundamentem, com base na evidência científica, a tomada de decisão e as intervenções efetuadas na prestação de cuidados especializados pelo EEER, em todos os contextos da prática de cuidados

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<p>Identificação e rentabilização das oportunidades de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio, desenvolvendo as competências de enfermeiro especialista;</p> <p>Identificação de necessidades formativas pessoais e, eventuais necessidades, da equipa de enfermagem/serviço;</p> <p>Elaboração ou colaboração em ações formativas junto da equipa multidisciplinar ou do doente/família, conforme as necessidades verificadas;</p> <p>Avaliação do impacto da formação realizada, caso se justifique;</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades formativas identificadas;</p> <p>Revisão de conhecimentos ao longo do estágio, através de consulta de temáticas abordadas nas sessões letivas;</p>	<p>Verifica as necessidades formativas pessoais e da equipa de enfermagem/serviço de forma correta;</p> <p>Realiza pesquisa bibliográfica dirigida à CCT e aos cuidados inerentes;</p> <p>Mobiliza para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos adquiridos;</p> <p>Detém conhecimentos científicos sobre as patologias das pessoas a quem presta cuidados e, os cuidados de enfermagem de reabilitação inerentes às mesmas;</p> <p>Analisa a prestação de cuidados realizada pelo EEER a pessoas submetidas a CCT, de modo a prevenir ou minimizar complicações pós-operatórias;</p>

	<p>Colaboração nos cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com o plano de intervenção desenvolvido pela equipa multidisciplinar;</p> <p>Debate e reflexão informal com o EEER orientador e restante equipa diferentes casos clínicos e práticas realizadas.</p>	<p>Discute e reflete informalmente casos clínicos com o EEER e com a restante equipa;</p> <p>Participa num momento formativo, caso surja oportunidade.</p>
--	--	--

Recursos

<p><u> Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuais de normas e protocolos; ▪ Regulamentos de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; ▪ Código Deontológico do Enfermeiro; ▪ Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL. 	<p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. 	<p><u> Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u> Temporais:</u> Ver cronograma.</p>
--	--	---

Critérios de avaliação

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para aprofundar conhecimentos que fundamentem, com base na evidência científica, a tomada de decisão e as intervenções efetuadas na prestação de cuidados especializados pelo EEER em todos os contextos da prática de cuidados.

Objetivo específico	4. Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardiorácica, de forma a prevenir ou minimizar complicações pós-operatórias
----------------------------	--

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>	<p>Realização da avaliação inicial de enfermagem, procurando fontes de informação pertinentes de forma a obter uma colheita de dados completa e fiável, nomeadamente, processo clínico, exames complementares de diagnóstico, a própria pessoa e família;</p> <p>Avaliação da capacidade cognitiva da pessoa para participar num programa de reabilitação;</p>	<p>Caracteriza a situação da pessoa submetida a CCT e reconhece a necessidade de identificar e prevenir riscos que possam comprometer a independência funcional da pessoa;</p> <p>Identifica fatores que influenciem o processo de reabilitação da pessoa, sobretudo, a nível da função respiratória e motora;</p>

<p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Avaliação da capacidade funcional, aplicando instrumentos de avaliação da capacidade funcional e força muscular utilizadas no serviço;</p> <p>Identificação e avaliação de alterações nos exames radiológicos e a nível da auscultação para o desenvolvimento destas competências;</p> <p>Avaliação da função respiratória, de forma a intervir eficientemente no período pré-operatório com técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, prevenindo complicações pós-operatórias;</p> <p>Implementação das várias técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, nas fases pós-operatória e preparação para a alta, consoante as necessidades identificadas e a abordagem cirúrgica;</p> <p>Identificação das necessidades específicas em enfermagem de reabilitação diariamente, elaboração de um plano individualizado e centrado no utente/família e avaliação das intervenções realizadas, validando este processo com a enfermeira orientadora;</p> <p>Reformulação das intervenções planeadas sempre que necessário;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a CCT, maximizando a sua funcionalidade, preparando a alta para a comunidade, incluindo a família/cuidador no processo de reabilitação;</p> <p>Realização de ensinamentos à pessoa/família de acordo com o seu potencial para prevenção de complicações;</p> <p>Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas e os seus resultados;</p> <p>Observação da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação nas diversas situações da prática diária.</p>	<p>Desenvolve competências na auscultação pulmonar e avaliação de exames radiológicos;</p> <p>Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa submetida a CCT, de forma a minimizar e prevenir complicações pós-cirúrgicas;</p> <p>Identifica as intervenções que previnem o aparecimento de complicações pós-operatórias;</p> <p>Desenvolve perícia na execução de técnicas de Reeducação Funcional Respiratória;</p> <p>Elabora, implementa e avalia planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, valorizando a participação da pessoa/família no processo;</p> <p>Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a prevenção de complicações pós-operatórias;</p> <p>Coopera nas decisões da EEER orientadora e da equipa multidisciplinar;</p> <p>Efetua registos de EEER completos e adequados à metodologia aplicada no serviço.</p>
Recursos		
<p><u>Materiais:</u> Processo clínico da pessoa submetida a CCT;</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; 	

<p>Manuais de normas e protocolos e projetos do serviço;</p> <p>Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço;</p> <p>Produtos de apoio;</p> <p>Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica. <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma.</p>
Critérios de avaliação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardiorácica, prevenindo ou minimizando as complicações pós-operatórias. 	

Objetivo específico	5. Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alterações de funções a nível sensoriomotor, neurológico, respiratório, cognitivo, de alimentação e de eliminação, maximizando a sua capacidade funcional
----------------------------	---

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Realização da avaliação inicial de enfermagem, procurando fontes de informação pertinentes de forma a obter uma colheita de dados completa e fiável, nomeadamente, processo clínico, exames complementares de diagnóstico, a própria pessoa e família;</p> <p>Monitorização da capacidade funcional, potencial de reabilitação, força muscular e espasticidade da pessoa com alterações das funções sensoriomotor, neurológica, respiratória, cognitiva, de alimentação e de eliminação;</p> <p>Avaliação do contexto habitacional da pessoa e família, visando a diminuição/eliminação de riscos decorrentes de barreiras arquitetónicas;</p> <p>Participação na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de programas de reeducação funcional respiratória e/ou motora, reeducação de eliminação, de deglutição e no treino de AVD;</p> <p>Planificação diária das atividades conforme os objetivos definidos no plano de cuidados acordado com a EEER orientadora;</p> <p>Análise dos recursos disponíveis na comunidade para a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa/família;</p> <p>Otimização dos recursos disponíveis;</p> <p>Realização de ensinamentos à pessoa/família sobre os produtos de apoio ou ajudas técnicas, quando necessário;</p> <p>Registo das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas e os seus resultados;</p>	<p>Caracteriza a situação da pessoa/família com alterações das funções sensoriomotor, neurológica, respiratória, cognitiva, de alimentação e de eliminação e reconhece a necessidade de identificar e prevenir riscos que possam comprometer a independência funcional da pessoa;</p> <p>Identifica fatores que influenciem o processo de reabilitação da pessoa;</p> <p>Aplica instrumento de avaliação da capacidade funcional, força muscular e espasticidade, permitindo identificar as intervenções adequadas a implementar;</p> <p>Identifica possíveis barreiras arquitetónicas;</p> <p>Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família e na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de programas de reeducação funcional respiratória e/ou motora, reeducação de eliminação, de deglutição e no treino de AVD;</p> <p>Elabora um plano de atividades diárias, em conjunto com a EEER orientadora;</p> <p>Otimiza os recursos disponíveis;</p> <p>Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a realização das AVD, capacitando-os para o futuro;</p>

	<p>Coordenação com a restante equipa de multidisciplinar de forma a assegurar a continuidade de cuidados;</p> <p>Observação da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação nas diversas situações da prática diária;</p> <p>Discussão e reflexão com a EEER orientadora sobre questões da prática diária que sejam relevantes para a minha aprendizagem;</p> <p>Mobilização e aplicação na prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, evidenciando as competências desenvolvidas.</p>	<p>Efetua registos de EEER completos e adequados à metodologia aplicada no serviço;</p> <p>Descreve as intervenções implementadas utilizando fundamentação teórica;</p> <p>Reflete sobre os cuidados especializados de reabilitação prestados e na contribuição destes para a evolução clínica da pessoa com alterações das funções sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, de alimentação e de eliminação;</p> <p>Mobiliza os conhecimentos teóricos na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração sensoriomotora decorrente de patologia cerebrovascular e condição de imobilidade;</p> <p>Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio.</p>
--	--	--

Recursos

<p><u> Materiais:</u> Processo clínico da pessoa; Manuais de normas e protocolos e projetos do serviço; Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço; Produtos de apoio; Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. <p><u> Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u> Temporais:</u> Ver cronograma.</p>
--	---

Critérios de avaliação

- Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo;
- De que forma as atividades planejadas e desenvolvidas contribuíram para a compreensão e reflexão das intervenções do EEER na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alterações de funções a nível sensoriomotor, neurológico, respiratório, cognitivo, de alimentação e de eliminação, maximizando a sua capacidade funcional, em contexto comunitário.

Objetivo específico	6. Conceber planos de intervenção que otimizem as funções e promovam a independência e a qualidade de vida da pessoa
----------------------------	---

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
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	<p>Identificação da patogénese das complicações pós-operatórias, na pessoa submetida a CCT;</p> <p>Identificação da etiologia dos défices motores, cognitivos, sensoriais e de eliminação da pessoa cuidada;</p> <p>Avaliação dos potenciais riscos à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>Discussão das alterações funcionais com a pessoa/família e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;</p> <p>Elaboração de planos de cuidados promotores de redução das complicações pós-operatórias, na pessoa submetida a CCT, em contexto hospitalar;</p> <p>Seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação necessários);</p> <p>Identificação e gestão dos recursos necessários para a concretização das atividades propostas no plano de cuidados;</p> <p>Mobilização e aplicação na prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, evidenciando as competências desenvolvidas;</p> <p>Discussão e reflexão com a EEER orientadora sobre o plano de cuidados construído;</p> <p>Criação de registos diários com a descrição dos planos de cuidados construídos e reflexões pessoais acerca dos cuidados prestados e dificuldades encontradas.</p>	<p>Elabora planos de cuidados para a pessoa com défice das funções motoras, cognitivas, sensoriais e de eliminação, de forma a reduzir o risco de compromisso da capacidade funcional da mesma;</p> <p>Adequa os planos de cuidados às necessidades da pessoa alvo de cuidados, promovendo a independência e a qualidade de vida;</p> <p>Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a realização das AVD, capacitando-os para o futuro;</p> <p>Participa no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados de reabilitação com a restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Colabora com a equipa multidisciplinar na conceção do plano de cuidados à pessoa/família e na sua aplicação;</p> <p>Reflete sobre os cuidados especializados de reabilitação prestados e na contribuição destes para a evolução clínica da pessoa com alterações das funções sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, de alimentação e de eliminação.</p>
Recursos		
Materiais:	Humanos:	Físicos:

<p>Processo clínico da pessoa;</p> <p>Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço;</p> <p>Produtos de apoio;</p> <p>Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma.</p>
Critérios de avaliação		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuirão para a conceção de planos de intervenção que otimizem as funções e promovam a independência e a qualidade de vida da pessoa 		
Objetivo específico	7. Implementar programas de treino motor, cardiorrespiratório e de AVD, individualizado e promotor da melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida da pessoa	

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>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;</p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p>	<p>Promoção da execução de programas de reeducação funcional: cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal);</p> <p>Definição de estratégias para implementação de planos de intervenção que reduzam o risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>Ensinos de técnicas e tecnologias específicas para melhorar a capacidade funcional, à pessoa/família;</p> <p>Realização de treinos específicos de AVD, nomeadamente utilizando produtos de apoio, assim como treinos inerentes à atividade e exercício físico.</p> <p>Promoção de ambiente seguro, diminuindo os fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação da eliminação e da sexualidade.</p>	<p>Promove a construção e a efetivação dos programas de reeducação funcional, de acordo com as necessidades específicas da pessoa e família;</p> <p>Define as estratégias de atuação de forma ativa;</p> <p>Identifica as necessidades específicas da pessoa e família e adequa os ensinos aos mesmos;</p> <p>Promove a educação para a saúde e continuidade dos cuidados.</p>

Recursos	
<p><u> Materiais:</u> Processo clínico da pessoa; Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço; Produtos de apoio; Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. <p><u> Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u> Temporais:</u> Ver cronograma.</p>
Crítérios de avaliação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para a implementação de programas de treino motor, cardiorrespiratório e de AVD, individualizado e promotor da melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida da pessoa. 	
Objetivo específico	8. Participar em projetos institucionais ou programas de melhoria da qualidade dos cuidados, na área da reabilitação

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<p>Reavaliação da capacidade funcional global, nomeadamente da função respiratória e motora, aplicando instrumentos de avaliação;</p> <p>Redefinição dos objetivos e plano de cuidados de enfermagem de reabilitação em conjunto com a pessoa e família, de forma a que sejam o mais realistas possíveis;</p> <p>Avaliação das aprendizagens da pessoa e família na aquisição de estratégias e habilidades que promovam a sua independência nas AVD;</p> <p>Identificação dos aspetos relevantes para a pessoa e família após a intervenção do EEER.</p>	<p>Avalia a capacidade funcional da pessoa para a realização das AVD, após as intervenções do EEER;</p> <p>Otimiza os recursos disponíveis;</p> <p>Elabora um plano de atividades diárias, em conjunto com a EEER orientadora;</p> <p>Descreve as intervenções implementadas utilizando fundamentação teórica;</p>

<p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>Participa nas atividades de reabilitação motora, estimulação sensorial e treino de AVD, que visem a máxima independência da pessoa;</p> <p>Efetua registos de EEER completos e adequados à metodologia aplicada no serviço;</p> <p>Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a realização das AVD, dando destaque à prevenção de complicações pós-operatórias, com intuito da sua capacitação futura.</p>
Recursos		
<p><u>Materiais:</u> Processo clínico da pessoa;</p> <p>Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço;</p> <p>Produtos de apoio;</p> <p>Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiorácica; ▪ UCC. <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma.</p>	
Critérios de avaliação		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo; ▪ De que forma as atividades planificadas e desenvolvidas contribuíram para o conhecimento dos ganhos em saúde na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica, decorrentes das intervenções do EEER. 		

Objetivo específico	9. Avaliar a efetividade das intervenções do EEER desenvolvidas com a pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica
----------------------------	---

Domínio de competências	Atividades/Estratégias	Indicadores
<p>J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>Monitorização da implementação dos programas concebidos;</p> <p>Reavaliação da capacidade funcional global, nomeadamente da função respiratória e motora, aplicando instrumentos de avaliação;</p> <p>Monitorização dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa e família;</p> <p>Redefinição dos objetivos e plano de cuidados de enfermagem de reabilitação em conjunto com a pessoa e família, de forma a que sejam o mais realistas possíveis;</p> <p>Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida);</p> <p>Promoção de estratégias de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação aquando da implementação dos programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p>	<p>Monitoriza a realização dos programas elaborados;</p> <p>Avalia a capacidade funcional da pessoa para a realização das AVD, após as intervenções do EEER;</p> <p>Otimiza os recursos, instrumentos/escalas de avaliação disponíveis;</p> <p>Elabora um plano de atividades diárias, em conjunto com a EEER orientadora;</p> <p>Descreve as intervenções implementadas utilizando fundamentação teórica;</p> <p>Participa nas atividades de reabilitação motora, estimulação sensorial e treino de AVD, que visem a máxima independência da pessoa;</p> <p>Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a realização das AVD, dando destaque à prevenção de complicações pós-operatórias, com intuito da sua capacitação futura.</p>
Recursos		
<p><u>Materiais:</u></p> <p>Processo clínico da pessoa;</p> <p>Instrumentos/escalas de avaliação implementadas no serviço;</p> <p>Produtos de apoio;</p> <p>Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na biblioteca e nas bases de dados da ESEL.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro EEER orientador; ▪ Equipa multidisciplinar; ▪ Doente e respetiva família; ▪ Enfermeiro orientador da ESEL. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Cirurgia Cardiotorácica. 	

Temporais:
Ver cronograma.

Critérios de avaliação

- Reflete nas atividades realizadas e na sua importância para alcançar o objetivo;
- De que forma as atividades planejadas e desenvolvidas contribuíram para a avaliação da efetividade das intervenções do EEER desenvolvidas com a pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica.

A calendarização das atividades é um importante guia para a sequência das atividades e para alcançar os objetivos propostos. Assim, foi elaborado um cronograma de atividades com a distribuição temporal de início e fim dos objetivos específicos propostos, podendo ser consultado no Apêndice III.

Para desenvolver todas as competências do EEER (comuns e específicas), bem como ampliar a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos, torna-se imprescindível efetuar estágio em dois contextos clínicos distintos, não se limitando à problemática escolhida.

Indo ao encontro da temática escolhida e dos locais de estágio facultados e disponíveis, optou-se por selecionar um local de estágio para a vertente hospitalar de acordo com a especificidade da temática que me propus a estudar – um serviço de CCT de um Centro Hospitalar de Lisboa. Por outro lado, o local de estágio escolhido para a vertente comunitária foi uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa, pela proximidade da minha área de residência e local de trabalho.

Dado o contexto pandémico não foi possível realizar as entrevistas nos locais de estágio, uma vez que as confirmações para a efetivação dos estágios por parte das instituições foram dadas à Escola após os *timings* definidos para a realização das mesmas. Ainda assim, considero que as escolhas feitas podem tornar os objetivos definidos exequíveis. O campo de estágio da vertente hospitalar dará resposta ao objetivo geral relacionado com a temática deste projeto. Por outro lado, o segundo objetivo geral é possível de alcançar em qualquer um dos dois locais escolhidos, permitindo abranger mais áreas de intervenção do EEER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de formação envolveu organização e rigor em todo o seu planeamento, de forma a criar as condições ideais para o desenvolvimento das competências de EEER, exigidas pela OE. Uma vez que será implementado ao longo de 500 horas de estágio, prevê-se que os conhecimentos e aptidões já adquiridos sejam mobilizados e consolidados durante esse período. Tenciono que as competências de futura EEER sejam desenvolvidas através da execução das atividades propostas neste trabalho e, da contínua pesquisa de evidência científica sobre a temática escolhida.

Importa salientar que este planeamento será o fio condutor para o percurso que se iniciará no próximo semestre. Contudo, considero que este projeto é dinâmico, pelo que serão ajustadas eventuais mudanças, sempre que se justificar e que seja enriquecedor para a minha aprendizagem.

A revisão narrativa da literatura efetuada permite concluir que as intervenções do EEER, dentro da equipa multidisciplinar, são relevantes na recuperação da capacidade funcional, autonomia, independência e qualidade de vida da pessoa submetida a CCT. Isto porque, a aplicação de planos de reeducação funcional contribui para a prevenção e redução de complicações pós-operatórias, otimiza os resultados cirúrgicos, diminuindo o tempo de internamento e os gastos em saúde em geral.

Uma vez que as competências exigidas ao EEER não se esgotam na área da reeducação respiratória e cardíaca, a definição dos dois objetivos gerais já mencionados constituem um alicerce sólido para que todas as competências sejam desenvolvidas no final deste percurso.

Após identificar que existe pouca evidência científica que demonstre os benefícios das intervenções específicas da ER na pessoa submetida a CCT e, que a existente é produzida por outras classes profissionais, acredito que o meu projeto poderá ser uma mais-valia na produção de conhecimento e dar uma clara contribuição para o desenvolvimento da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. F. S. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, (96–105). Disponível em https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise
- Amaral, A. F. S. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem: qualidade e efetividade (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28468?mode=full>
- Antunes, M. (Coord.) (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Cirurgia Cardiorácica. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-CCT.pdf>
- Beckman, S. & Fawcett, J. (2020). Betty Neuman's Systems Model. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5ªed) (pp. 165-181). Philadelphia: F. A. Davis Company
- Borzou, S. R., Amiri, S., Salavati, M., Soltanian, A. R., & Safarpour, G. (2018). Effects of the First Phase of Cardiac Rehabilitation Training on Self-Efficacy among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Tehran University Heart Center*, 13(3), 126–131. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132750237&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Crisafulli, E., Venturelli, E., Siscaro, G., Florini, F., Papetti, A., Lugli, D., Cerulli, M. & Clini, E. (2013). Respiratory muscle training in patients recovering recent open cardiothoracic surgery: a randomized-controlled trial. *BioMed Research International*, 2013, 354276. Disponível em <https://doi.org/2013/354276>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. *Diário da República*, 1ª Série, (N.º 60 de 24-03-2006), 2242 – 2257. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/671387>
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143>.
- European Heart Network (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. Bruxelas: EHN. Disponível em <https://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.htm>

- Folgado, E. (2019). A Efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Independência Funcional da Pessoa internada num hospital da região centro (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Haugh, K. H. & Ballener, K. (2003). Intervenção junto de pessoas com doença cardíaca inflamatória crónica, insuficiência cardíaca, e pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. In Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (Ed.) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. (pp. 783-846). Lisboa: Lusociência
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olanzabal, M. & Maia, M. O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim
- Humphrey, R., & Malone, D. (2015). Effectiveness of Preoperative Physical Therapy for Elective Cardiac Surgery. *Physical Therapy*, 95(2), 160–166. Disponível em <https://doi.org/10.2522/ptj.20130323>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas da Saúde: 2019*. Lisboa: INE, 2021. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2014). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardiaca/abdominal. In M., Cordeiro & E., Menoita (Eds.). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work (8ªed)* (pp. 281-302). Missouri: Elsevier Mosby
- Malcato, M. E. (2017). A Pessoa Submetida a Cirurgia Cardiotorácica. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.57- 65) Loures: Lusodidacta
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model (5ªed)* (pp.3-33). New Jersey: Pearson
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Cadernos OE, Série 1 (nº. 10). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, (N.º 26 de 06-02-2019), 4744–4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série (Nº 85 de 03/05/2019), 13565–13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Ribeiro, B. (2019). Causas e Consequências das Complicações Pós-operatórias do Cancro Colo-Retal Causas e Consequências das Complicações Pós-operatórias Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa: Escola de Saúde Pública, Portugal. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/92680/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Bruno%20Ribeiro.pdf>
- Savci, S., Degirmenci, B., Saglam, M., Arıkan, H., Inal-Ince, D., Nurturan, H., & Demircin, M. (2011). Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 45(5), 286–293. Disponível em <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/14017431.2011.595820>
- Smith, M. C. & Parker, M. E. (2020). Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5ªed) (pp. 21-32). Philadelphia: F. A. Davis Company
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs institute reviewers' manual: 2015 edition*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Westerdahl, E., & Möller, M. (2010). Physiotherapy-supervised mobilization and exercise following cardiac surgery: a national questionnaire survey in Sweden. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 5(67). Disponível em <https://doi.org/10.1186/1749-8090-5-67>
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., & Bhatnagar, P. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network, 94–100. www.ehnheart.org
- World Health Organization (2009). *WHO guidelines for safe surgery : 2009 : safe surgery saves lives*. Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

World Health Organization (2020a). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

World Health Organization (2020b). The top 10 causes of death. 9 December 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Yayla, A., & Özer, N. (2019). Effects of early mobilization protocol performed after cardiac surgery on patient care outcomes...1st International Congress on Innovative Approaches in Nursing, June 20-22, 2019, Erzurum, Turkey. *International Journal of Nursing Practice* (John Wiley & Sons, Inc.), 25(6). Disponível em <https://doi.org/10.1111/ijn.12784>

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma da metodologia de pesquisa

Total de artigos obtidos através da
pesquisa nas bases de dados
(*n*= 94)

CINAHL (*n*= 76)
MEDLINE (*n*= 18)

Artigos duplicados
(*n*= 3)

Total de artigos após exclusão dos
duplicados
(*n*= 91)

Artigos excluídos após
aplicação dos critérios de
inclusão e exclusão
(*n*= 65)

Total de artigos para leitura dos
títulos, palavras-chave e *abstract*
(*n*= 26)

Artigos excluídos por não
darem resposta à
questão de investigação
(*n*= 20)

Total de artigos para análise
(*n*= 6)

Apêndice II – Tabela de extração de dados

	Artigo 1
Título	“Effects of the First Phase of Cardiac Rehabilitation Training on Self-Efficacy among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery”
Autor(es)	Borzou, S. R., Amiri, S., Salavati, M., Soltanian, A. R., & Safarpour, G.
Ano	2018, Irão
Publicação	Journal of Tehran University Heart Center, 13(3)
Tipo de estudo	Ensaio Clínico
População	60 pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio, internados UCI com 72 horas de pós-operatório
Contexto	Implementação da 1ª fase do programa de reabilitação cardíaca
Intervenções	<p>1ª sessão pós-operatória: exercícios de respiração profunda e movimentos ativos dos membros na posição deitada de costas, exercícios em posição semissentada na cama, exercícios em posição sentada ao lado da cama e repetição dos exercícios anteriores sentado em uma cadeira (2x/dia, 10-15 min);</p> <p>2ª sessão pós-operatória: exercícios na posição de pé (por exemplo, rotação do tronco e movimentos rotacionais da escápula e do braço), caminhar desacompanhados, dobrar e endireitar os joelhos, torcer o corpo em diferentes direções e repetir os movimentos anteriores;</p> <p>3ª sessão: todas as atividades anteriores foram revisadas e as atividades adequadas foram programadas para a alta;</p> <p>Acompanhamento pós-alta via telefone.</p>
Resultados/Conclusões do estudo?	A implementação da primeira fase do programa de reabilitação cardíaca aumentou a autoeficácia em relação às atividades diárias independentes e reduziu a necessidade da segunda fase do programa entre nossos pacientes pós-cirurgia.

	Artigo 2
Título	“Respiratory muscle training in patients recovering recent open cardiothoracic surgery: a randomized-controlled trial”
Autor(es)	Crisafulli, E., Venturelli, E., Siscaro, G., Florini, F., Papetti, A., Lugli, D., Cerulli, M., & Clini, E.
Ano	2013, Itália
Publicação	BioMed Research International
Tipo de estudo	Ensaio randomizado
População	60 pacientes internados em recuperação de CTS recente e internados precocemente em um programa de reabilitação pulmonar
Contexto	Avaliar a eficácia clínica e a viabilidade de um dispositivo de treinamento muscular expiratório (Respilift) aplicado a pacientes em recuperação de CCT aberta recente
Intervenções	Uso de espirômetro de incentivo com resistência; cada sessão de treino teve duração de 15 minutos e foi realizada duas vezes ao dia. Acompanhado por expansão pulmonar assistida manualmente ELTGOL conforme recomendado por 20 minutos consecutivos duas vezes ao dia
Resultados/Conclusões do estudo?	Um dispositivo respiratório fácil de usar para treinar músculos expiratórios tem efeitos adicionais quando comparado a um treinamento simulado na população de pacientes em recuperação de cirurgia torácica ou cardíaca aberta. Reduz mais rapidamente a percepção da dispneia em conjunto com a ausência de qualquer interferência negativa na recuperação da dor torácica.

Artigo 3

Título	“Effectiveness of Preoperative Physical Therapy for Elective Cardiac Surgery”
Autor(es)	Humphrey, R., & Malone, D.
Ano	2015, EUA
Publicação	Physical Therapy, 95(2)
Tipo de estudo	Estudo de caso
População	1 doente com mais de 70 anos, HTA, DMII, hipercolesterolemia, obesidade com indicação cirúrgica para CABG
Contexto	Eficácia da fisioterapia pré-operatória para cirurgia cardíaca eletiva
Intervenções	Treino muscular inspiratório (TMI), treino funcional e exercícios aeróbicos no pré-operatório (4 semanas). O TMI consiste num protocolo de força (diariamente, por 2 semanas, 2x/dia e progride para 3x/dia nas outras 2 semanas) e outro de resistência (diariamente durante 2 semanas, 20 minutos e progride a resistência gradualmente até aos 60% nas outras 2 semanas, 30 minutos/dia)
Resultados/Conclusões do estudo?	Evolução pós-operatória foi notável, com extubação rápida e início de fisioterapia na unidade de terapia intensiva. Alta para domicílio mais precoce, com capacidade funcional equiparada à pré-operatória.

	Artigo 4
Título	“Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial”
Autor(es)	Savci, S., Degirmenci, B., Saglam, M., Arikan, H., Inal-Ince, D., Nurturan, H., & Demircin, M.
Ano	2011, Turquia
Publicação	Scandinavian Cardiovascular Journal, 45(5)
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado
População	43 pacientes submetidos aa cirurgia de revascularização do miocárdio
Contexto	Investigar a eficiência do treinamento muscular inspiratório (TMI) na força muscular respiratória pós-operatória, capacidade funcional, qualidade de vida e estado psicossocial em pacientes com cirurgia de revascularização do miocárdio
Intervenções	Os indivíduos de ambos os grupos receberam o mesmo cuidado usual uma vez ao dia - mobilização, exercícios ativos de membros superiores e inferiores, fisioterapia respiratória. Os pacientes foram mobilizados o mais precocemente possível pelo fisioterapeuta. Os pacientes foram instruídos a sentar-se para fora da cama e ficar de pé no primeiro dia de pós-operatório, caminhar 45 m no corredor no segundo dia, caminhar livremente (aproximadamente 150-300m) no terceiro e quarto dias e escalar um vão de escadas nos quintos dias de pós-operatório. A fisioterapia respiratória consistia em exercícios respiratórios e técnicas de tosse. O grupo de intervenção treinou 2x/dia por 30 minutos, durante 10 dias (5 pré-operatório e 5 pós-operatório).
Resultados/Conclusões do estudo?	A aplicação do treino muscular inspiratório no pré-operatório pode prevenir complicações pulmonares e encurtar o tempo de ventilação mecânica e internamento; o treino muscular inspiratório pode aumentar a capacidade funcional de marcha após a cirurgia cardíaca; treino muscular inspiratório melhorou a dimensão do sono medida pelo Nottingham Health Profile

	Artigo 5
Título	“Physiotherapy-supervised mobilization and exercise following cardiac surgery: a national questionnaire survey in Sweden”
Autor(es)	Westerdahl, E. & Möller, M.
Ano	2010, Suécia
Publicação	Journal of Cardiothoracic Surgery, 5(67)
Tipo de estudo	Estudo transversal descritivo
População	28 fisioterapeutas que trabalham em serviços de cirurgia torácica na Suécia responderam a um questionário sobre a sua prática diária
Contexto	Determinar a prática atual de mobilização supervisionada por fisioterapia e exercícios após cirurgia cardíaca na Suécia
Intervenções	<p>Informações pré-operatórias fornecidas pelos fisioterapeutas: mobilização precoce, restrições pós- esternotomia, risco de complicações pulmonares pós-operatórias, técnicas para entrar e sair da cama/cadeira, exercícios respiratórios e técnicas de tosse e informações sobre exercícios de membros inferiores.</p> <p>Plano de reabilitação no pós-operatório: exercícios de amplitude de movimento torácico/de extremidades superiores/de extremidades inferiores; técnicas de relaxamento; consciência corporal, exercícios de postura – no 1º dia PO com 1 a 3 sessões, no 2º dia PO com 1 a 2 sessões, restantes dias PO com pelo menos 1 sessão.</p> <p>Na preparação para a alta são fornecidas informações acerca da atividade física, exercícios a realizar no domicílio (durante pelo menos 7/8 semanas), bem como é aconselhado evitar levantar pesos acima dos 5Kg</p>
Resultados/Conclusões do estudo?	O principal objetivo da fisioterapia após a cirurgia cardíaca era principalmente visto como prevenir e tratar complicações pós-operatórias, melhorar a função pulmonar e estimular a atividade física, embora nem todas as intervenções sejam realizadas com a mesma frequência, intensidade e na mesma fase de pós-operatório do doente, havendo algumas discrepâncias entre profissionais.

	Artigo 6
Título	“Effects of early mobilization protocol performed after cardiac surgery on patient care outcomes”
Autor(es)	Yayla, A. & Özer, N.
Ano	2019, Turquia
Publicação	International Journal of Nursing Practice, 25(6)
Tipo de estudo	Estudo quase-experimental
População	102 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca
Contexto	Determinar o efeito da mobilização precoce nos resultados pós-operatórios em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca
Intervenções	<p>Entregues folhetos no dia anterior à cirurgia (ao grupo experimental), para aumentar sua orientação e obter participação ativa no programa de mobilização precoce. O folheto incluía exercícios de respiração profunda, tosse, exercícios passivos de amplitude de movimento ativo e espirometria de incentivo, e informações sobre o programa de atividades e seus benefícios de acordo com o protocolo de mobilização precoce.</p> <p>Dia 0: cabeceira da cama elevada para 30° a 45°; com o espirómetro de incentivo, exercícios de respiração profunda e tosse foram realizados 8x/dia na forma de 5 exercícios de respiração profunda e 1 exercício de tosse em 3/4 ciclos; exercícios passivos de amplitude de movimento ativo (membros inferiores e superiores) foram realizados 2x/dia; os pacientes foram autorizados a sentar-se na beira do leito ou na cama inclinada para permitir a posição sentada por 15 minutos, 2x/dia.</p> <p>Dia 1: cabeceira da cama elevada para 30° a 45°; com o espirómetro de incentivo, exercícios de respiração profunda e tosse foram realizados 8x/dia na forma de 5 exercícios de respiração profunda e 1 exercício de tosse em 3/4 ciclos; exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimento ativo (membros inferiores e superiores) foram realizados 3x/dia; o paciente foi autorizado a sentar-se numa cadeira por 20 minutos, 3x/dia; o paciente tinha permissão para caminhar 150 passos na UCI, 2-3x/dia.</p>

	<p>Dia 2: igual ao 1º dia + podia dar 250 passos na UCI ou na sala de 3-4x/dia.</p> <p>Dia 3 e 4: igual aos dias anteriores + autorização para se sentar numa cadeira por 30 minutos, 3x/ dia + permissão para caminhar 400 passos no corredor 4x/dia.</p> <p>A partir do dia 5: igual aos dias anteriores + autorização para se sentar numa cadeira por 45 minutos, 3x/ dia + permissão para caminhar 400 passos no corredor 4x/dia.</p>
Resultados/Conclusões do estudo?	A mobilização precoce na UCI e internamento de cirurgia cardíaca é eficaz na redução de complicações pós-operatórias e tempo de internamento hospitalar e na melhoria dos escores de sono RCSQ.

Apêndice III – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

Ano	2021											2022												
Mês	outubro			novembro				dezembro				janeiro				fevereiro				março				
Semana	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21
	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27
Local de estágio	UCC											Serviço Cirurgia Cardiorácica												
Objetivo específico	1											P a u c L e t i v									Entrega do relatório de estágio			
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
Elaboração do relatório de estágio																								

**Apêndice 2 – Jornal de Aprendizagem: O Cuidar na
Comunidade**


**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
O Cuidar na Comunidade**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira 



Lisboa, outubro 2021

A reabilitação na comunidade é, geralmente, vista como uma continuação dos programas de reabilitação iniciados em unidades de reabilitação aguda, como por exemplo o contexto hospitalar, após uma situação de agudização da doença ou nova condição de doença (Mumma & Nelson, 2011). De acordo com as mesmas autoras, um dos indicadores de sucesso da reabilitação, consiste na “generalização ou transferência das competências para o seu ambiente natural - o domicílio” (Mumma & Nelson, 2011, p. 27). Para Hoeman (1992), a reabilitação na comunidade tem por base um trabalho de colaboração (multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar), focando-se na promoção do autocuidado da pessoa, maximizando a sua funcionalidade e prevenindo complicações. Desta forma, a intervenção do EEER na comunidade centra-se na pessoa e na sua família bem como nos seus valores culturais. Esta parceria pessoa/família/EEER tem como finalidade alcançar as metas (a curto, médio, longo prazo) estabelecidas conjuntamente, conduzindo à melhoria da qualidade de vida, no contexto da família e da pessoa (Hoeman, 1992).

Deste modo, a reabilitação comunitária promove a autonomia, independência e reintegração na comunidade (Mumma & Nelson, 2011) e, o EEER torna-se o elo de ligação dentro do plano de intervenção definido para a pessoa com necessidade de reabilitação e a sua família.

Este primeiro estágio decorre na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) [REDACTED] e, durante estas duas primeiras semanas, fui confrontada com uma realidade totalmente diferente e desconhecida para mim. Durante todo o meu percurso até à data, como estudante e posteriormente enfermeira generalista, tive apenas uma experiência de prestação de cuidados de Enfermagem na Comunidade no último ano da licenciatura em Enfermagem, há aproximadamente onze anos. Por este motivo, um dos maiores receios que tinha era o desconhecimento da tipologia de cuidados, das possíveis intervenções do EEER, da dinâmica da ECCI e da articulação de todos os intervenientes nos cuidados de reabilitação. Para além desta questão mais direcionada para a vertente da profissão, deparei-me com sentimentos de apreensão relativamente à integração já como enfermeira numa equipa formada e

oleada (e que não a minha) e de voltar ao papel de estudante (agora na vertente prática) ao fim de tantos anos. Ainda assim, o entusiasmo de poder aplicar na prática a teoria que foi lecionada no ano letivo anterior e de adquirir novas competências (agora como EEER) foi bastante mais significativo que as incertezas.

Durante a construção do Projeto de Estágio defini alguns objetivos para este contexto de estágio, tendo a ambição de conseguir alcançar o maior número de situações distintas e específicas, podendo desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alterações de funções a nível sensoriomotor, neurológico, respiratório, cognitivo, de alimentação e de eliminação. Embora neste mesmo Projeto não contemplasse o utente pediátrico e não fosse um dos meus objetivos, irei ter a oportunidade de intervir nesta fase do ciclo da vida, pois a ECCL tem na sua carteira 2 utentes pediátricos, o que será uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EEER.

Ainda assim, para que possa atingir todas as competências a que me propus, inicialmente foi necessário "*Conhecer a organização, a dinâmica, a equipa multidisciplinar do serviço e a intervenção do EEER*" (primeiro objetivo específico para este contexto de estágio). Para tal, tive necessidade de realizar pesquisas mais pormenorizadas acerca deste modelo de cuidados.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, procurava dar resposta ao progressivo envelhecimento da população e às carências a nível dos cuidados de longa duração e paliativos, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Decreto-Lei nº 101/2006). Assim, o principal objetivo da RNCCI passa por prestar cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade (Decreto-Lei nº 101/2006).

Os cuidados continuados integrados (CCI) são articulados entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, e “assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva” (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3858). Estes cuidados englobam a reabilitação, a readaptação e a reintegração social da pessoa/família, e procuram proporcionar e manter o conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-Lei nº 101/2006).

Os CCI são assegurados por unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e, unidades de cuidados paliativos); unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia); equipas hospitalares (equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos); e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

A ECCI é caracterizada como “uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários” (Decreto-Lei nº 136/2015, p. 5088). A atuação desta equipa decorre da avaliação integral das necessidades da pessoa/família (cuidados médicos e/ou de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, entre outros), em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença (Decreto-Lei nº 136/2015).

A referenciação para a ECCI é realizada por um dos elementos da equipa de saúde familiar (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área de residência da pessoa ou pelas equipas de gestão de altas (EGA) dos hospitais de referência da zona, em articulação com as equipas coordenadoras locais (ECL).

De acordo com a Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro, os beneficiários da ECCI são “as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social” (p. 610). Além

destas situações, podem também beneficiar dos cuidados da ECCI, as pessoas em situações de necessidade de alimentação entérica, administração de terapêutica parentérica, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, suporte respiratório (oxigenoterapia ou ventilação assistida), ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada (Portaria nº 50/2017).

Posteriormente, em 2008, são criados os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES) através do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que são constituídos por várias unidades funcionais (podem agrupar um ou mais centros de saúde) e com o objetivo de “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (p. 1182). As unidades funcionais criadas operam conjuntamente dentro do centro de saúde e do ACES, podendo ser unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) (Decreto-Lei nº 28/2008). Segundo o mesmo Decreto-Lei, cada uma destas unidades assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

Centrando-me na UCC, contexto em que se realiza o estágio, esta é descrita no artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 como a unidade prestadora de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (...)” (p.1184). É através da UCC, que o ACES participa na RNCCI e a constituição de uma ECCI fica a cargo da UCC (Decreto-Lei nº 28/2008).

A UCC [REDACTED] existe desde janeiro de 2010 e pertence ao ACES [REDACTED], da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] é o centro de referência hospitalar para esta UCC. Esta UCC abrange diversas freguesias do concelho de [REDACTED], com uma população de 87.675 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021a).

A população que é abrangida pela UCC é envelhecida e com um grau de dependência moderado. De acordo com Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP] (2017), a UCC apresenta um índice de dependência total de 65,09%, correspondendo 41,99% à população idosa e 23,09% à população jovem, e um índice de envelhecimento, em 2020, de 165,6% (valor engloba todas as freguesias do concelho de [REDACTED] e não apenas as pertencentes à UCC [REDACTED]) (INE, 2021b).

A capacidade de intervenção da ECCI é de vinte utentes em carteira, em simultâneo e admitidos pela ECL Oeiras. À data do início do meu estágio, a ECCI tem uma taxa de “ocupação” de 70%, com dois utentes a aguardar admissão. A ECCI contempla uma grande diversidade de patologias, embora exista uma maior prevalência de status pós acidente vascular cerebral (AVC) e status pós fraturas do foro ortopédico e traumático (nomeadamente fratura do colo do fémur).

A equipa multidisciplinar da ECCI é constituída por quatro enfermeiras (três EEER e uma EEESIP), uma psicóloga, uma assistente social e uma médica de Medicina Geral e Familiar. A ECCI funciona todos os dias úteis das 9h às 16h e aos fins-de-semana sempre que algum dos utentes tenha necessidade da continuidade dos cuidados diária. Cada enfermeiro é gestor de caso de um determinado número de utentes e é responsável por desenvolver um plano de intervenção individual (PII) para cada utente, devendo contemplar os objetivos e as intervenções de forma a atingir os resultados propostos. As escalas de avaliação preconizadas e utilizadas, decorrentes das necessidades dos utentes, pela ECCI são a Escala de *Braden*, Escala de *Barthel*, Escala de *Morse*, Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), Escala de *Asworth* Modificada, Escala de *Berg*, Escala de *Borg* e Escala de *Doloplus* (avaliação comportamental da dor na pessoa idosa). Os registos clínicos são efetuados através das plataformas informáticas *SClínico CSP* e *GestCare CCI*, permitindo que as várias vertentes deste processo de cuidados possam aceder às informações atualizadas de um determinado utente.

O âmbito de intervenção da ECCI fundamenta-se no princípio dos três R's – Reabilitação, Readaptação e Reinserção, indo ao encontro das competências do EEER que são expectáveis de adquirir ao longo deste estágio.

Através de toda a pesquisa e das orientações da enfermeira orientadora, pude compreender toda a dinâmica do ACES e RNCCI, bem como o funcionamento da ECCI dentro da UCC e a importância que os cuidados do EEER assumem para com os utentes. Esta integração dinâmica, organizada e estruturada permitir-me-á ter uma maior capacidade de gestão dos cuidados dos utentes que fazem parte da carteira da minha enfermeira orientadora. Desta forma, saberei a que recursos recorrer em diferentes situações que possam ocorrer durante todo o estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, 1ª Série*, (N.º 109 de 06-06-2006), 3856 – 3865. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1ª Série*, (N.º 38 de 22-02-2008), 1182 – 1189. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. *Diário da República, 1ª Série*, (N.º 145 de 28-07-2015), 5081 - 5091. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2015/07/14500/0508105091.pdf>
- Hoeman, S. P. (1992). Community-based rehabilitation. *Holistic Nursing Practice*, 6 (2), 32-41. Disponível em https://journals.lww.com/hnpjjournal/citation/1992/06020/community_based_rehabilitation.7.aspx
- Instituto Nacional de Estatística (2021a). Censos 2021 – Resultados Preliminares. Disponível em https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Estatística (2021b). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013). Disponível em https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Mumma, C. M. & Nelson, A. (2011). Modelos Teóricos para a Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman, S. P. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ªed) (pp. 23-36). Loures: Lusodidacta.

Portaria n.º 50/2017 (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. *Diário da República, 1ª Série*, (N.º 24 de 02-02-2017), 608 - 629. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2017/02/02400/0060800629.pdf>

**Apêndice 3 - Jornal de Aprendizagem: Integrar o meio
hospitalar**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Integrar o meio hospitalar**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira [REDACTED]



Lisboa, janeiro 2022

Este jornal de aprendizagem representa um progresso e uma mudança no meu percurso de aquisição de competências enquanto futura EEER. Iniciou-se o segundo momento de estágio, num contexto hospitalar, por forma a contemplar a aquisição das competências até aqui em falta.

Este estágio realizar-se-á num internamento de Cirurgia Cardiorácica (CCT), de um hospital pertencente ao Centro Hospitalar de [REDACTED] ([REDACTED]), sendo este serviço uma unidade de referência para diversas unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo, bem como do distrito de Faro e Região Autónoma dos Açores (Ministério da Saúde, 2022).

Este local de estágio assume uma maior relevância no meu processo de aprendizagem, uma vez que vai ao encontro do tema do meu Projeto de Formação – *“A Efetividade da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica”*. Consequentemente, espero que me proporcione diversas experiências da prática clínica nesta área tão específica.

Uma vez que a minha atividade profissional se insere num contexto hospitalar, mas na vertente privada, este foi um dos principais receios antes de iniciar o estágio – questões como *“será que a realidade é muito diferente do lido diariamente?”* ou *“consegurei adaptar-me à forma de trabalhar em equipa deles?”* ocuparam algum tempo da minha reflexão. Questões relacionadas com a tipologia de cirurgias, expectativas dos doentes em relação à cirurgia e internamento não me provocaram tantas inseguranças, pois são temas aos quais estou mais familiarizada.

Contudo, para me integrar neste contexto específico e, consequentemente conseguir atingir o objetivo inicial para este estágio, senti necessidade de caracterizá-lo, atendendo à população, à dinâmica, aos recursos existentes e à forma de gestão e planeamento.

O Centro Hospitalar em que se insere este serviço de CCT é referência para algumas freguesias do concelho de Lisboa (Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique), bem como para todas as freguesias do concelho de Oeiras, atingindo diretamente um total de 238.627 habitantes (CHLO, 2021). Abrange também outras

prestações de cuidados diferenciados em diversas áreas específicas como Saúde Mental, Cardiologia e Nefrologia, Neurocirurgia ou Infeciologia, abrangendo os concelhos vizinhos (Cascais, Amadora e Sintra) e a sua população - estimada em 1.009.939 (CHLO, 2021).

Importa salientar que este Centro Hospitalar "*é reconhecido como Centro de Referência Nacional para a área da Cardiologia de Intervenção estrutural, Cardiopatias congénitas (...), Transplante de coração - adultos*" (CHLO, 2021, p.11). Este fator constitui uma mais-valia para o meu percurso ao longo destas nove semanas de estágio, pois no planeamento do meu Projeto de Estágio não defini nenhum objetivo que incluísse a vertente da transplantação cardíaca. Assim espero alcançar competências de enfermagem de reabilitação na readaptação e/ou reabilitação da pessoa submetida a esta cirurgia major, que a maioria dos locais onde pudesse realizar este estágio não me permitiria. Embora ainda não tenha surgido essa oportunidade, dado ser uma situação muito específica e esporádica, tenho algum receio de colocar em risco a recuperação clínica do doente transplantado mas por outro um grande entusiasmo em aplicar o que aprendi até este momento e poder maximizar a funcionalidade desta pessoa, que teve uma oportunidade de vida única.

A CCT está inserida no Departamento do Coração e, em 2021 foram intervencionados 1116 doentes, representando um aumento de 13,9% em relação ao ano anterior (CHLO, 2021). A maioria das cirurgias são eletivas, ainda que 20,8% do total de cirurgias de 2021 tenha sido em contexto de urgência (CHLO, 2021). São utilizadas 3 salas de bloco operatório e por vezes são feitas intervenções em sala de arritmologia e em sala híbrida situadas no laboratório de hemodinâmica.

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas de 2021, 84,8% dos doentes considerados muito prioritários, foram intervencionados dentro do tempo máximo de resposta garantido (15 dias), o que demonstra a rápida intervenção da equipa multidisciplinar em situações mais urgentes.

Os doentes são referenciados para CCT, maioritariamente, pelo seu cardiologista, mas podendo ser referenciados por outras especialidades ou até

mesmo recorrerem a esta especialidade por iniciativa própria. Segundo o Ministério da Saúde (2022), o primeiro contacto do doente com a cirurgia acontece através da consulta externa, sendo também fundamental para o período pós-alta. No [REDACTED] há consultas externas de CCT diariamente, fazendo-se cerca de 4000 consultas/ano.

Em contexto de urgência (não existindo um serviço de urgência específico para esta especialidade), os doentes podem ser referenciados por outros hospitais, serviços de urgência geral ou médicos. Existe uma equipa cirúrgica de prevenção, sempre disponível para operar os casos emergentes (Ministério da Saúde, 2022).

O Serviço de internamento contempla três áreas de cuidados divididos em Unidade de Cuidados Intermédios, Enfermaria e Transplante Cardíaco. Estão disponíveis 20 camas de enfermaria e 8 camas de cuidados intermédios. Para os doentes de transplante cardíaco é necessário transformar um dos quartos duplos em quarto individual, de modo a implementar todas as medidas de proteção para com o mesmo. Existem ainda 13 camas de cuidados intensivos (situadas num piso diferente), onde os doentes permanecem no período pós-operatório imediato, até apresentarem as condições clínicas para serem transferidos para a enfermaria ou unidade de cuidados intermédios.

As patologias mais comuns que levam a uma intervenção cirúrgica do foro da CCT são as doenças das artérias coronárias, doenças valvulares e a patologia aórtica. Alguns casos de insuficiência cardíaca que podem levar à necessidade de um transplante cardíaco também são uma das etiologias para uma cirurgia deste foro. A abordagem efetuada nestas cirurgias é sempre a esternotomia, que ainda assim vai sendo menos extensa com o melhoramento das técnicas cirúrgicas.

O foco de toda a equipa multidisciplinar é o doente e o seu bem-estar. Esta equipa é constituída por 12 cirurgiões cardíacos, 45 enfermeiros (que se dividem nos cuidados de enfermagem entre a enfermaria e a unidade de cuidados intermédios), 16 assistentes operacionais (divididas entre a prestação direta de cuidados e a função de copa), uma administrativa e uma assistente social. Sempre que necessário, há articulação direta com a equipa de fisioterapia, nutrição, psicologia e capelão.

Dentro da equipa de enfermagem, existem 2 EEER que prestam cuidados especializados aos doentes os sete dias da semana, no turno da manhã. Os doentes são distribuídos por essas duas EEER, de forma a que sejam assegurados os melhores cuidados de enfermagem de reabilitação durante o seu internamento. Uma das EEER assume também funções de gestão do serviço, aquando da ausência da enfermeira chefe, o que por vezes sobrecarrega a outra EEER (minha orientadora).

Até agora percebi que a minha presença constitui uma mais-valia para o trabalho desta pequena equipa de enfermagem de reabilitação, pois há turnos em que a minha orientadora teria de assumir todos os doentes internados e assim, poderá dividi-los comigo. Ainda que possa ser algo benéfico para a minha aquisição de competências, leva-me a refletir que por vezes terei de ser mais autónoma (talvez mais do que fosse o ideal) e assumir toda a responsabilidade dos cuidados que estou a prestar enquanto futura EEER, de modo a não prejudicar os doentes na sua recuperação.

Embora seja algo para o qual temos de estar preparados, não foi essa a experiência que tive no estágio anterior. Embora me tivesse sido dada muita autonomia, foram poucos os momentos em que prestei cuidados sem estar supervisionada. Por todos estes motivos, sinto que neste estágio as minhas capacidades serão ainda mais postas à prova e espero que o receio não prevaleça.

Os registos de enfermagem são realizados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na premissa da uniformização e visibilidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2011). Quer na vertente da enfermagem de reabilitação, quer para os cuidados gerais é esta classificação utilizada. Pessoalmente não me sinto tão familiarizada com esta tipologia de registos, embora já tivesse tido contacto com o programa no estágio anterior.

Embora não estejam preconizadas a utilização de escalas de avaliação, durante todo o período perioperatório dos doentes e no que toca à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, julgo que terei de utilizar algumas escalas com as quais pude avaliar os utentes e a sua evolução (no estágio anterior). Apenas

desta forma conseguirei dar resposta à grande questão do meu Projeto de Formação. Ainda que não tenha terminado quais as escalas a utilizar, dado o pouco tempo que passou desde o início deste estágio, serão uma mais-valia para chegar a alguma conclusão.

Os sistemas de informação/aplicações informáticas mais utilizados, de modo a aceder a informações clínicas e a realizar registos da prática enquanto aluna de EEER, são o *S Clínico V2*[®] (para registos clínico e de enfermagem), *ClinidataNet 5.3.1*[®] (sistema do laboratório de análises), *First Solutions - SiiMAWeb*[®] (sistema de visualização de exames de imagiologia) e *CardioBase*[®] (sistema de visualização de exames cardiológicos).

Após esta pesquisa e consequente caracterização, bem como das orientações da enfermeira orientadora, pude compreender toda a dinâmica do serviço de CCT e a importância que os cuidados do EEER assumem para com os doentes e as suas famílias. Desta forma, considero que a minha escolha neste local de estágio foi a mais acertada, pois permitir-me-á desenvolver várias competências inerentes aos cuidados de um EEER e, desta forma atingir os objetivos definidos no meu Projeto de Formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (2021). Relatório de Gestão e Contas 2021. Disponível em https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/CHLO_RelatorioGestaoContas_2021.pdf

Ministério da Saúde (2022). Cirurgia Cardiotorácica. Disponível em <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/42-coracao-e-vasos/158-cirurgia-cardiotoracica>

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

**Apêndice 4 – Jornal de Aprendizagem: Os Cuidadores
Informais**


**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Os Cuidadores Informais**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira 



Lisboa, outubro 2021

Após estas três semanas de estágio e já tendo tido a oportunidade de visitar os mesmos utentes mais do que uma vez, sinto que os utentes me veem como alguém que está ali para os ajudar no seu processo de reabilitação e todos me receberam muito bem desde o primeiro dia. O mesmo posso dizer das suas famílias, que abrem a porta das suas casas a “estranhos” e nos recebem sempre de forma afável e acolhedora. E, por isso, neste Jornal de Aprendizagem, quero refletir um pouco mais sobre estas pessoas que tanto contribuem connosco (EEER) no processo de reabilitação dos seus familiares. Questões políticas à parte, este papel de cuidador pode ser tantas vezes minimizado ou esquecido e, desde que iniciei o meu estágio testemunho a minha orientadora a integrar os cuidadores formais e informais em cada visita e a dar-lhes o reforço positivo que merecem ou o incentivo que precisam para não desmoronar. E esta intervenção tão importante no processo de reabilitação, que parece tão “simples” pode tomar proporções significativas para a melhoria funcional e de qualidade de vida da pessoa cuidada.

Tenho acompanhado a Sr.^a M. J. que sofreu uma queda e conseqüentemente uma fratura do colo do fémur esquerdo. Já é acompanhada pela ECCL há mais de dois meses e os objetivos do processo de reabilitação estão atingidos. A utente reside no andar superior de uma vivenda com dois andares independentes e a filha vive no andar inferior, mas a relação entre as duas é conflituosa desde há muito tempo. A utente tem uma cuidadora formal, que vive num anexo dentro da propriedade da sua casa, e que está grande parte do dia a acompanhar a Sr.^a M. J., ficando a mesma sozinha no período noturno. Numa das visitas efetuadas, a utente queixou-se de uma dor na região gemelar esquerda, que acabava por limitar a mobilidade da utente e verificámos que possivelmente se tratava de uma contratura. Depois de executados os exercícios que foram possíveis devido ao desconforto da utente, realizámos ensino à cuidadora para que aplicasse uma fonte de calor (p.e saco de água quente) no local e depois aplicasse um creme anti-inflamatório, pelo menos 2x/dia. Na visita seguinte, constatámos que a cuidadora havia cumprido com o tratamento que foi proposto e conseguimos realizar mais exercícios com a Sr.^a M. J., nomeadamente treino de marcha no exterior.

Esta situação pode parecer tão simples, com uma resolução tão eficaz, mas que só teve um resultado positivo porque a utente tem uma cuidadora. E se não tivesse? Se apenas tivesse apoio domiciliário e não nos cruzássemos com as cuidadoras no horário da nossa visita? Poderíamos dar as recomendações à utente, mas será que conseguiria transmiti-las? Deveríamos solicitar o apoio da filha, apesar da relação conflituosa entre ambas? Quais seriam os resultados se não agíssemos tão prontamente perante esta situação? Eventualmente poderiam existir retrocessos no processo de reabilitação, uma vez que a utente sentia desconforto ao realizar marcha, o que poderia levar a períodos de imobilidade forçados. São questões pertinentes, que me podem ajudar a desenvolver estratégias alternativas, caso a realidade fosse outra. A existência de um cuidador formal ou informal é uma mais-valia para a intervenção do EEER na ECCL.

A idade avançada acarreta fragilidade e, conseqüentemente mais doenças, quer físicas como psíquicas, levando à incapacidade para realizar algumas atividades básicas como a mobilidade, alimentação e higiene pessoal conduzindo à dependência (Pereira & Filgueiras, 2009). Muitos idosos regressam à comunidade, após um internamento no hospital ou num serviço de reabilitação, com problemas cognitivos e funcionais que impõem a companhia de membros da família (Hoeman, 2011). Perante uma situação de dependência, a tarefa de cuidar pode produzir no familiar cuidador uma sobrecarga/exaustão intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, disponibilidade financeira, as rotinas, o desempenho profissional e muitos outros aspetos da vida pessoal e familiar (Imaginário, 2008; Hoeman, 2011), podendo levar mesmo a uma disfuncionalidade do sistema familiar (Hoeman, 2011).

De acordo com vários autores, os cuidadores informais são, quase sempre, os membros do sexo feminino da família (mãe, esposa, filha, nora, neta), sem atividade profissional ativa, com habilitações literárias de baixo grau de instrução, de meia-idade e, que sentem a prestação de cuidados do familiar dependente como responsabilidade sua (Hoeman, 2011; Pereira & Filgueiras, 2009; Gil et al., 2020).

Os cuidados prestados pelas famílias nem sempre cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e bem-estar da pessoa dependente, para que se lhes possa proporcionar um suporte psicológico, emocional e cuidados nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (Lage, 2007). Ainda assim, Hoeman (2011) afirma que os cuidadores familiares “oferecem qualidades que não se encontram em outros cenários, como a afeição” (p. 235). Por outro lado, as diferenças de geração e de cultura quanto às expectativas da família e do suporte social também podem ser positivas ou preocupantes.

Existem cada vez mais situações em que a pessoa dependente é cuidada no domicílio, em que um familiar assume o papel de cuidador informal (Gil et al., 2020). Sequeira (2010) reforça que o papel do cuidador informal é algo complexo, considerando o número excessivo de funções com as quais se depara. O desempenho deste papel depende de vários fatores, como o tipo e a frequência das necessidades dos cuidados, a circunstância em que a pessoa dependente está incluída ou, até mesmo, o contexto do cuidador (Sequeira, 2010). Ainda assim, os cuidadores desempenham um papel fulcral e incontestável de suporte, quer seja apenas por um período de tempo, quer seja definitivo (Sequeira, 2010). Torna-se, portanto, de extrema importância que o enfermeiro avalie também as necessidades do cuidador no domicílio (Gil et al., 2020). No processo de cuidados, o foco central é a pessoa cuidada e, por isso, o enfermeiro deverá assumir um papel de educador para com o cuidador (formal ou informal), de modo a capacitá-lo das competências necessárias à prestação de cuidados à pessoa dependente (Gil et al., 2020). Segundo estes mesmos autores, cabe ao enfermeiro perceber como cuidar da família da pessoa dependente em contexto domiciliário, através da educação para a saúde. Só assim se torna possível que a família/cuidador seja um elemento ativo e único da equipa prestadora de cuidados, sendo indispensável estabelecer uma verdadeira relação de ajuda onde impere a empatia, a sinceridade e a personalização (Gil et al., 2020). Indo de encontro ao que estes autores defendem, a ECCI trabalha de forma a que cada EEER gira cada caso de forma autónoma, tentando-se que seja sempre o mesmo profissional a realizar as visitas domiciliárias, o que permite ganhar uma

relação de confiança com o utente/família que pode trazer grandes benefícios para todo o processo de reabilitação.

Nesta situação particular, o facto de termos instruído a cuidadora aos cuidados mais adequados para o problema que encontramos, permitiu que a utente recuperasse da lesão de forma célere e pudesse continuar o plano de cuidados definido pela EEER, o que foi extremamente benéfico para a mesma. Caso não existisse esta possibilidade, poderíamos incentivar a filha da utente a participar no plano de reabilitação da mãe, mostrando-lhe que o objetivo seria não atrasar todo os ganhos atingidos até então e que seria benéfico para a utente.

Enquanto futura EEER, percebo que somos os profissionais com melhores condições para desempenhar o papel de educadores desta díade (pessoa com dependência/cuidador), pois temos um conhecimento da problemática de ambos, lidamos frequentemente com os mesmos e muitas vezes somos o primeiro recurso dos cuidadores, em situações de necessidade. A relação terapêutica que conseguimos consolidar com todos estes intervenientes, leva à melhoria da capacidade funcional da pessoa e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. (2020). Intervenções De Enfermagem Que Capacitam O Cuidador Informal Da Pessoa Com Afasia Em Contexto Domiciliário: Uma Scoping Review. *Revista da UI_IPSantarém - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 124–137. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19884>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed)*. Loures: Lusodidacta.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente no contexto familiar (2ªed)*. Coimbra: Formasau
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal*. Dissertação de Doutoramento (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSSÃO%2008%20ABRIL.pdf>
- Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista Associação Portuguesa Sociologia*, 12 (1), 72-82.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Apêndice 5 – Planos de Cuidados


**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Enfermagem de Reabilitação à pessoa com
AVC isquémico da artéria cerebral média
esquerda**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira 



Lisboa, novembro 2021

ÍNDICE

I. AVALIAÇÃO INICIAL.....	2
1.1) <i>Dados biográficos e história de vida.....</i>	<i>3</i>
1.2) <i>História da doença pregressa e atual</i>	<i>4</i>
1.3) <i>Avaliação objetiva e subjetiva.....</i>	<i>5</i>
1.4) <i>Avaliação da Funcionalidade.....</i>	<i>6</i>
1.5) <i>Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....</i>	<i>8</i>
II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APÊNDICES.....	22
Apêndice n.º 1 – Escala de coma de <i>Glasgow</i>	2
Apêndice n.º 2 – Escala de <i>Braden</i>	3
Apêndice n.º 3 – Escala <i>Doloplus</i>	5
Apêndice n.º 4 – Escala Qualitativa da Dor	4
Apêndice n.º 5 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de <i>Ashworth</i>).....	6
Apêndice n.º 6 – Avaliação da Força Muscular (Escala <i>Medical Research Council</i>).....	7
Apêndice n.º 7 – Avaliação do Equilíbrio (Escala de <i>Berg</i>).....	8
Apêndice n.º 8 – Avaliação do Riscos de Queda (Escala de <i>Morse</i>)	11
Apêndice n.º 9 – Avaliação da Marcha (FAC).....	12
Apêndice n.º 10 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de <i>Barthel</i>).....	13

I. AVALIAÇÃO INICIAL

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, estruturei e descrevo o primeiro Plano de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), deste contexto de estágio. A sua organização obedece à normativa descritiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da Ordem dos Enfermeiros (OE), no sentido de desenvolver as mesmas. Deste modo, este Plano de CEER será direcionado a uma utente com alterações da funcionalidade sensoriomotora, resultante das sequelas de uma doença aguda.

De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, é necessário que os EEER documentem o seu processo de tomada de decisão (juízo clínico), permitindo assim uma caracterização da condição de saúde da pessoa alvo dos cuidados mais objetiva e uma monitorização quantificável (OE, 2014). A OE estabelece como referencial para a construção de planos de cuidados, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), permitindo padronizar a linguagem e catalogar os diagnósticos de Enfermagem (OE, 2014).

De acordo com o modelo teórico de Betty Neuman, que foi a conceção teórica escolhida como referencial teórico dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o objetivo principal da ação do enfermeiro é contribuir para a manutenção da estabilidade do sistema-cliente, através da identificação dos problemas causados pelos stressores ambientais e consequente, adequação da sua intervenção (Neuman, 2011). Assim, torna-se necessário realizar o levantamento dos fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que afetam a pessoa e as suas relações pessoais; identificar os agentes de stress sentidos pela pessoa, pela sua família e pelo enfermeiro; definir os problemas de acordo com o entendimento das perceções de cada um dos intervenientes; e construir um plano de resolução comum (Pearson & Vaughan, 1992).

Deste modo, o plano de cuidados será construído com base nos diagnósticos enunciados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), que assentam na CIPE® versão 2 e no Modelo dos Sistemas da Betty Neuman. Este plano de cuidados refere-se à prestação de CEER na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]. A utente será denominada por Sr.ª J., ao longo de todo o trabalho. As informações dos dados biográficos, história da doença atual e doença pregressa foram recolhidas e validadas através do processo clínico, da equipa multidisciplinar e de dados fornecidos pela pessoa e família, bem como pela minha observação informal.

1.1) Dados biográficos e história de vida

A Sr.^a J., de 85 anos, foi referenciada para ECCI pela EGA do Centro Hospitalar da área de residência para Reabilitação por situação de fragilidade – dependência em atividades de vida diária (AVD) e com necessidade de ensino doente/cuidadores sobre regime terapêutico, após Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média direita.

A utente é viúva e tem cinco filhos. Foi professora de português/inglês e está reformada. Previamente autónoma nas AVD. Reside sozinha num primeiro andar de um prédio com três andares; o acesso é feito por lanço de escadas estreito, tendo boas condições de habitabilidade e de saneamento. O seu quarto é amplo e luminoso, com janelas grandes. O WC também é amplo, sendo possível mover a cadeira de rodas com facilidade; tem poliban com pequeno degrau e banco para banho.

A principal cuidadora é a filha Sr.^a A., que reside no mesmo concelho. Embora dois dos seus filhos residam no mesmo edifício, o agregado familiar é constituído apenas pela Sr.^a J.; todos os filhos estão muito presentes, ficando a pernoitar na casa da mãe alternadamente e colaboram na gestão do regime terapêutico. A filha Sr.^a G. (vive no apartamento contíguo ao da utente) é professora de educação física, mas foi submetida a uma cirurgia ortopédica ao ombro. Ainda que se encontre de baixa médica, a sua situação clínica impossibilita-a de realizar determinadas funções que detinha anteriormente, o que constitui um grande sentimento de inutilidade para a mesma. O filho Sr. J. demonstra alguma ansiedade relativamente ao processo de reabilitação da mãe e apreensão relativamente a uma eventual alta para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

A Sr.^a J. usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) nos dias úteis para os cuidados de higiene e a família tenta manter rotinas como, por exemplo, as refeições serem feitas na sala de refeições e não no quarto da Sr.^a J. Tem ainda, diariamente, uma empregada para os trabalhos domésticos, que labora no período da tarde e, dado o contexto clínico da Sr.^a J. presta também algum apoio mais técnico ao deitar.

A utente possui várias ajudas técnicas que facilitam os cuidados, nomeadamente uma cama articulada com grades, cadeirão reclinável, cadeira de rodas com almofada anti-escaras viscoelástica que permite o levante e a deslocação pela casa e calcanheira anti-escaras de gel.

1.2) História da doença progressa e atual [retirada do processo clínico]

A Sr.^a J. tem com antecedentes pessoais: AVC isquémico cardioembólico do hemisfério direito, em 2014 e sem sequelas, Cardiopatia valvular, com substituição válvula biológica mitral em 2017, Fibrilhação Auricular (FA), Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidémia, Síndrome Vertiginosa periférico, Estenose e úlcera duodenal, Hérnia do hiato esofágico, Síndrome do túnel cárpico e osteoporose. É alérgica à Penicilina.

A 17 de agosto foi encontrada caída no chão, com défice motor esquerdo e desvio oculocefálico (OC) à direita, tendo sido encaminhada para o serviço de urgência do Centro Hospitalar da área de residência. No exame neurológico à admissão, apresentava-se vígil, nomeia e repete, cumpre ordens complexas; disartria ligeira; desvio OC para direita que corrige com ROC; paralisia facial central (PFC) esquerda; hemiparesia esquerda espástica de predomínio braquial; ataxia não avaliável; inatenção a estímulos ambientais à esquerda; NIHSS 12. Assumindo-se AVC isquémico da artéria cerebral média (ACM) direita após realização de exames complementares de diagnóstico e foi acionada a Via Verde AVC. Foi então submetida a tratamento endovascular – trombectomia e fica internada no serviço de Neurologia. Às 24h pós procedimento foi observado agravamento clínico, com a utente mais sonolenta, febril, sem abertura ocular à chamada, inicialmente discurso pouco perceptível, depois mantem-se de olhos fechados, mas capaz de responder a questões colocadas, com orientação no TEP; disartria moderada; desvio OC preferencial para a direita, ultrapassável; PFC esquerda; plegia do membro superior esquerdo; discreto movimento contra gravidade do MI esquerdo; reflexo cutâneo plantar (RCP) extensor à esquerda; anestesia do MS esquerdo e hipostesia do MI esquerdo; extinção sensitiva à esquerda; hemihipostesia esquerda; NIHSS 15. A TAC-CE das 24h revela transformação hemorrágica intraparenquimatosa.

Durante o internamento com evolução favorável imagiológica (a 31/08 e 06/09), verificando-se reabsorção das densidades hemáticas lenticulo-capsulares anteriores e com ausência de novas lesões hemorrágicas. De salientar, neste internamento, quadro de pielonefrite nosocomial a E. Coli e Parotidite à direita, tendo realizado antibioterapia dirigida.

Durante o internamento, realizou fisioterapia para reabilitação motora e treino de marcha, mantendo necessidade de apoio por plegia do MIE e hemiparésia com força 1/5 do MSE. Manteve também disfagia para líquidos, sendo necessário utilização de

espessante (consistência néctar) para ingestão de água. Teve alta para o domicílio, com fisioterapeuta privado 2x/semana até integrar ECCI.

Terapêutica habitual (após internamento):

Fármaco e Posologia	Frequência
Amlodipina 5mg	1 comprimido (cp) ao pequeno-almoço
Bisoprolol 2,5mg	1 cp ao pequeno-almoço
Espironolactona 25mg	½ cp ao pequeno-almoço
Fentanilo TD 12mcg	Troca de 72/72horas
Furosemida 40mg	1 cp em jejum
Gabapentina 300mg	1 cp ao pequeno-almoço, almoço e jantar
Rivaroxabano 20mg	1 cp ao almoço
Rosuvastatina 10mg	1 cp ao jantar
Sertralina 50mg	1 cp ao pequeno-almoço
Trazodona 50mg	½ cp antes de deitar
Lactulose	1 saqueta até 3x/dia, se obstipação
Paracetamol 1gr	1 cp em SOS, se dor
Risperidona 0,5mg	1 cp em SOS, se agitação

1.3) Avaliação objetiva e subjetiva

Estas avaliações foram realizadas no decorrer da primeira visita domiciliária em que fiquei responsável pela utente, dia 18 de outubro.

A Sr.^a J. encontra-se consciente, com resposta verbal correta a questões simples, embora com discurso pouco fluente, mas compreensível. Orientada no espaço, mas com períodos de confusão temporal. Sem alterações a nível da atenção ou memória. Consciente da mudança no seu estado de saúde, motivada no seu processo de recuperação funcional e recuperação de autonomia. Segundo a Escala de Glasgow apresenta um score de 14 (ver Apêndice n.º 1).

A Sr.^a J. encontra-se eupneica em repouso, com frequência respiratória de cerca de 16 ciclo/minuto. Ritmo regular, padrão tóraco-abdominal, de amplitude superficial, mas simétrica. O tórax é simétrico e sem deformações aparentes.

Apresenta pele e mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas. Na minha primeira observação (a 18 de outubro), apresenta uma úlcera de pressão (UP) grau II, a nível da região nadegueira à esquerda, com cerca de 2cmx1cm, superficial, sem presença de exsudado. Realiza-se tratamento com limpeza com soro fisiológico e aplicação de Inadine® + película transparente, em dias alternados. Apresenta também um UP de grau III no calcanhar esquerdo, com aproximadamente 3cmx2cm, sugestiva de flictena hemática (?). Realiza-se tratamento com limpeza e irrigação com soro fisiológico e aplicação de Inadine® + espuma de poliuretano de proteção. Aplicada calcanheira anti-escaras de gel neste calcanhar, quer na posição de sentada, quer no leito. Restante pele íntegra. Pela avaliação da Escala de *Braden* (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011b), o seu risco de desenvolvimento de novas UP é elevado, como é possível validar no Apêndice n.º 2.

A utente necessita de ajuda total para a sua higiene pessoal, que é realizada pelos elementos do SAD. Os cuidados de higiene são realizados no leito. Na visita efetuada a 26 de outubro foi possível levar a utente até ao wc para evacuar na sanita, com sucesso. A transferência para cadeira é efetuada com ajuda total de duas pessoas, nomeadamente as cuidadoras da SAD (no período da manhã) ou os filhos e a empregada (no período da tarde).

Presentemente, a Sr.ª J. alimenta-se oralmente de uma dieta pastosa, que é preparada por terceiros. A utente consegue alimentar-se com a mão direita, mas tem necessidade de que os alimentos sejam arranjados por terceiros. Já não se verifica disfagia para líquidos, como aquando da alta hospitalar. Ingera água através de garrafa com palhinha incorporada.

É incontinente vesical, mas continente intestinal, conseguindo identificar quando sente necessidade de evacuar. Utiliza fralda de proteção 24h/dia. Por história de obstipação, tem terapêutica laxante em SOS e a alimentação é mais rica em fibras.

1.4) Avaliação da Funcionalidade

Avaliação da Dor: recorrendo à avaliação da dor através da Escala Qualitativa da Dor (DGS, 2003), verificou-se um agravamento da mesma ao longo das observações (ver Apêndice nº 3), mais acentuado a nível do membro superior esquerdo. Por ser tratar de uma utente idosa, foi também avaliada a dor através da Escala Doloplus (DGS, 2010), que avalia a dor nesta faixa etária (Apêndice nº 4). Esta escala complementa a

informação da escala qualitativa e, pela sua avaliação admite-se a existência de dor, uma vez que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor.

Avaliação do Tónus Muscular: avaliado em todos os movimentos e nos segmentos corporais, do distal para o proximal e bilateralmente, através de mobilização passiva dos mesmos. Para esta avaliação recorreu-se à Escala Modificada de *Ashworth* (Bohannon & Smith, 1986) e os resultados da avaliação são apresentados no Apêndice n.º 5.

Avaliação da Força Muscular: avaliada a força em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, do distal para o proximal e, bilateralmente, segundo a Escala *Medical Research Council* (Apêndice n.º 6). A classificação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através da aplicação de resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

Avaliação do Equilíbrio: através da Escala de *Berg*, avalia-se o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 itens que envolvem tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio (na posição de sentado e de pé), tal como alcançar, girar, transferir-se, permanecer de pé e levantar-se (Apóstolo, 2012; Oliveira et al., 2006). O resultado da avaliação é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e movimentos voluntários (Apóstolo, 2012). De acordo com Oliveira et al. (2006), as pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável e, entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. A avaliação realizada à Sr.^a J. deu uma pontuação total de 3 (ver Apêndice n.º 7), correspondendo a diminuição do equilíbrio e, conseqüentemente uma predição de alto risco de queda (Shumway-Cook et al., 2000). Houve então necessidade de avaliar o risco de queda, através da Escala de *Morse*, de modo a corroborar esta correspondência (ver Apêndice n.º 8). A pontuação total é de 60, o que corresponde a um Alto Risco de Queda (DGS, 2019).

Avaliação da Marcha: A Sr.^a J. não realiza marcha, sendo mobilizada pelo domicílio em cadeira de rodas, por terceiros. Mehrholz et al. (2007) utiliza no seu estudo as Categorias Funcionais de Marcha (*Functional Ambulation Category – FAC*) para

avaliação clínica comum da marcha. Esta escala distingue 6 níveis de habilidades de locomoção com base na quantidade de suporte físico necessário (ver Apêndice n.º 9).

Avaliação do Grau de Dependência: o nível de independência da pessoa para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) pode ser avaliado através do Índice de *Barthel*, que contempla atividades com comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo et al., 2007). De acordo com a DGS (2011a), a pontuação final (20) da avaliação feita à Sr.ª J. equivale a Dependência Grave.

1.5) Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O Formato do Processo de Enfermagem de Neuman consiste em três passos: (1) diagnóstico de enfermagem, (2) objetivos da enfermagem e (3) resultados de enfermagem (Freese, 2004). De acordo com este modelo, a avaliação inicial por parte do enfermeiro deve incluir os dados biográficos da pessoa; os agentes de stress sentidos pelo enfermeiro, isto é os fatores que são considerados as causas das principais dificuldades da pessoa; os fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que afetam a pessoa e as suas relações pessoais e, que são as respostas os agentes de stress (fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e de desenvolvimento); e uma definição ordenada dos problemas reconciliando quaisquer diferenças entre as perceções do enfermeiro e as da pessoa (Pearson & Vaughan, 1986). O diagnóstico de enfermagem envolve uma abordagem progressiva, começando em questões mais gerais para detalhes mais específicos. De acordo com Pearson e Vaughan (1986), podem ser feitas seis perguntas fundamentais para que se obtenha a informação necessária acerca dos agentes stressores:

1. O que considera ser o seu problema, dificuldade, ou área de preocupação mais importante?
2. Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado a forma como o resolveu?

4. Como prevê para si o futuro em consequência da situação presente?
5. O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os prestadores de cuidados, a família, os amigos e outras pessoas façam por si? (Pearson & Vaughan, 1986, pp.117,120)

Os objetivos dos cuidados são, seguindo o Modelo dos Sistemas de Neuman, estabelecidos através da negociação com a pessoa/família para as alterações prescritivas desejadas corrigirem as variações do bem-estar (Freese, 2004). A intervenção de enfermagem deve considerar os três tipos de ação – primária, secundária e terciária, e deve ser concretizada quer pela redução dos agentes de stress, quer pelo fortalecimento das linhas de defesa. A ação primária destina-se a prever as dificuldades antes que apareçam, a fim de as reduzir ou eliminar; a ação secundária tenciona restituir a saúde; e com a ação terciária pretende-se manter a saúde (Pearson & Vaughan, 1986). Durante a avaliação, os resultados reais dos cuidados são revistos e comparados com os que foram definidos, podendo ser necessária outra apreciação, reconsiderar os objetivos definidos, ajustar a ação ou o período de tempo ter de ser alargado para permitir a mudança (Freese, 2004; Pearson & Vaughan, 1986).

Da minha apreciação enquanto EEER, considerei os seguintes agentes de stress para a Sr.^a J.:

- Perda total de autonomia, relacionada com as várias alterações que apresenta a nível funcional e, que determinam a sua dependência nas atividades de vida.
- Perda de capacidades sensoriomotoras, que se traduz na diminuição da força e tónus muscular;
- Presença de dor à mobilização do hemicorpo esquerdo, mais acentuada ao nível do MSE, conduzindo a períodos mais prolongados de imobilidade;
- Alteração da integridade da pele, demonstrada pela presença de UP na região nadequeira e no calcanhar esquerdo.

Analisando os fatores que possam ter contribuído para estes stressores, considerei como:

- Fatores intrapessoais – o status pós-AVC da Sr.^a J., a imobilidade, a idade avançada, comorbilidades associadas;

- Fatores interpessoais – dependência de terceiros (filhos e empregada) para a realização de ABVD, implicando a presença constante de algum cuidador;
- Fatores extrapessoais – as condições arquitetónicas do domicílio, que dificultam a mobilidade com cadeira de rodas.

A Sr^a. J. manifesta que a dor que sente aquando da mobilização do membro superior esquerdo e a diminuição da capacidade de mobilidade e da força, causando a sua dependência de terceiros são os principais problemas para si. O que a utente refere sentir mais falta é de usar o sanitário, algo no qual era independente.

Relativamente à família da Sr^a. J., na apreciação dos mesmos, as dificuldades e problemas mais significativos passam pela diminuição da mobilidade da mãe, que lhes dificulta as mobilizações no leito e nas transferências feitas só por uma pessoa (necessitando sempre da presença de duas pessoas); pela presença de dor crónica, que leva a menos colaboração da mãe em algumas atividades; e pela gestão das dinâmicas familiares dos quatro filhos que estão mais presentes, para que possam participar neste processo de reabilitação da Sr^a. J.

A família tem consciência da gravidade da situação clínica da Sr^a. J., mas tem esperança de que existam algumas melhorias funcionais, que permitam à utente voltar a ter alguma da autonomia que tinha anteriormente. Embora notem algumas melhorias na sua familiar desde que foi admitida na ECCI, foi-lhes sugerido desde a primeira observação, que fosse referenciada para uma UMDR para programa de reabilitação mais direcionado e complementar.

Do conjunto de apreciações que pude apurar, destaco como problemas a perda de capacidades sensoriomotoras, que levam ao condicionamento da mobilidade da Sr^a. J. e conseqüente dependência para as ABVD, necessitando dos familiares e cuidadores formais para estes cuidados. Na família, embora muito presente e disponível, pode existir o risco de exaustão familiar. Por estes motivos, as intervenções enquanto EEER passam pela remoção dos agentes stressores. Por outro lado, as intervenções de reforço das linhas de defesa e manutenção da estabilidade também serão importantes, tendo em conta a idade da utente, a situação clínica e a possibilidade de ocorrência de complicações clínicas.

II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Dor neuropática	Controlar a dor neuropática	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia dor, através da escala qualitativa da dor e Escala Doloplus; - Evitar que a dor seja um fator de stress para a utente e limitativa da sua mobilidade; - Monitorizar o efeito da medicação analgésica e a necessidade de ajuste terapêutico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a intensidade da dor associada ao <i>status</i> pós-AVC, com o controlo analgésico adequado e medidas não farmacológicas de posicionamento e relaxamento; - Instruir a família das alterações de terapêutica analgésica (quando estas ocorrerem). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a dor em intensidade reduzida, de modo a não limitar a atividade. 	<p>Nas primeiras 3 avaliações, a Sr^a. J. apresenta dor moderada apenas às mobilizações da escapulo-umeral e mão esquerdas e dor ligeira a nível do MIE (coxofemoral e tibiotársica). Mantida terapêutica instituída pela médica assistente. Utilizadas técnicas de distração e relaxamento, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com efeito durante o treino de mobilizações.</p> <p>05/11 - Utente com dor mais acentuada a nível da escapulo-umeral e coxofemoral esquerdas. Contactada médica assistente para eventual necessidade de aumento da terapêutica analgésica já em esquema.</p>

		- Ensinar à família técnicas de controlo algico.			
--	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Movimento muscular diminuído do hemicorpo esquerdo	Aumentar o movimento muscular e articular do hemicorpo esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular dos segmentos, através da Escala <i>MRC</i>; - Reforçar importância do levante diário à utente, aos filhos e cuidadora; - Incentivar a utente a realizar levante diariamente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular de todos os segmentos articulares: ativo-assistido (no hemicorpo direito e membro inferior esquerdo), ativo resistido (no hemicorpo direito) e passivo (no membro superior esquerdo); 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter treino de mobilizações em todas as visitas domiciliárias, envolvendo os cuidadores. 	<p>18/10 – Avaliada força muscular e tónus muscular em todos os segmentos corporais (ver apêndices nº 5 e 6). Avaliado equilíbrio estático na cadeira de rodas (diminuição do equilíbrio) e capacidade de realizar levante (utente não tem capacidade). Realizadas mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo e ativas assistidas no hemicorpo direito.</p> <p>25/10 – Realizadas mobilizações ativas do membro inferior direito, ativas assistidas do membro inferior esquerdo e passivas do membro superior esquerdo, na cadeira de rodas. Realizado treino de equilíbrio estático sentada na cadeira de rodas e treino de</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar os filhos e cuidadoras as técnicas de levantar e transferência; - Estimular a mobilização ativa do hemicorpo direito, quer no leito, quer na cadeira de rodas/cadeirão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de levantar e/ou de transferência com ajuda bilateral, em todas as visitas domiciliárias; - Executar técnica de aquisição de posição ortostática, com apoio bilateral, no peitoral da janela; - Realizar treino de equilíbrio estático em posição de sentada. 		<p>sensibilidade (removido apoio posterior na cadeira de rodas e removidas as meias, apoiados os pés no chão). Feita transferência para o leito, com apoio bilateral.</p> <p>26/10 – Realizadas mobilizações ativas e ativas resistidas dos membros inferiores. Realizado treino flexão e extensão dos membros inferiores, para aquisição da posição ortostática, com apoio bilateral. Utente não tem capacidade para adquirir a posição ortostática, mesmo que apoiada.</p> <p>05/11 - Utente menos colaborante devido à dor mais acentuada. Realizadas mobilizações ativas do membro inferior direito, ativas assistidas do membro inferior esquerdo e passivas do membro superior esquerdo, no leito.</p>
--	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio (estático sentada)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, através da Escala de <i>Berg</i>; - Estimular a manter o equilíbrio corporal, através da correção postural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a família e cuidadoras sobre as técnicas de equilíbrio corporal; - Executar treino de equilíbrio estático, com a utente sentada na beira da cama; - Incentivar a exercícios de facilitação cruzada, rolamento na cama e báscula anterior; - Executar técnica de posição ortostática, com apoio bilateral, no peitoral da janela; 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o equilíbrio corporal, através de reavaliações frequentes da Escala de <i>Berg</i>. 	<p>18/10 – Avaliado equilíbrio estático e dinâmico, com a utente sentada na beira da cama, sem qualquer tipo de apoio na região lombar (sem equilíbrio e sem controlo postural).</p> <p>25/10 – Realizado treino de equilíbrio estático, sentada na beira da cama, através da correção postural (utente com desequilíbrio para o lado esquerdo e sem capacidade de correção autónoma da postura).</p> <p>26/10 – Orientados familiares para as técnicas de correção postural e respetivo treino.</p>

			- Realizar treino de equilíbrio estático em posição de sentada.		
--	--	--	---	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Risco de Queda	Potenciar a diminuição do risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda, através da Escala de <i>Morse</i>; - Ensinar a família sobre a condição clínica (hemiplegia pós AVC), promover a adesão ao regime terapêutico; - Ensinar o treino de equilíbrio e transferências; - Ensinar cuidadores sobre medidas de 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a família e cuidadoras sobre o uso de cinto de contenção, quando a Sr^a. J. está na posição de sentada; - Instruir família e cuidadoras sobre as técnicas de mobilização da cadeira de rodas, de acordo com a disposição arquitetónica da 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar/manter intervenções anteriores. 	<p>18/10 – Avaliado o risco de queda – Score 60 (ALTO risco de queda).</p> <p>26/10 – Validado com os filhos presentes a forma de manusear a cadeira de rodas, consoante os obstáculos no apartamento. Competentes nos ensinamentos feitos.</p> <p>Durante as visitas que a Sr^a. J. se encontrava no leito, foram encontradas as grades da cama elevadas.</p>

		segurança (calçado adequado antiderrapante/velcro, fixar ou remover tapetes); - Ensinar a família e a cuidadora sobre como atuar no caso de queda.	habitação (p.e. para se dirigirem até ao wc, ultrapassando obstáculo/degraus).		
--	--	---	--	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
<i>Risco de coping familiar comprometido</i>	Aumentar a linha de defesa flexível dos familiares	- Consciencializar os filhos dos sinais de <i>burnout</i> ; - Favorecer os momentos de expressão de sentimentos e	- Incentivar à alternância entre cuidadores (filhos) para não existir sobrecarga de nenhum em particular; - Envolver a família e cuidadora no	- Reforçar/manter intervenções anteriores.	Filhos sempre muito presentes e envolvidos no processo de reabilitação, em todas as visitas. Não apresentam sinais de exaustão. Concordam com a referenciação da Srª. J. para uma UMDR, para onde se aguarda vaga.

		<p>partilha de dificuldades;</p> <p>- Ensinar sobre estratégias de prevenção de lesões músculo-esqueléticas e de facilitação da prestação de cuidados;</p> <p>- Informar a família de todos os recursos existentes na comunidade, que possam oferecer outros cuidados à Sr^a. J., dos quais esta beneficiaria.</p>	<p>processo de reabilitação, para que se sintam parte integrante da equipa;</p> <p>- Efetuar reforços positivos sobre os cuidados prestados, e encontrar estratégias de facilitação para os cuidadores;</p> <p>- Encaminhar para intervenção de Assistente Social e/ou Psicóloga da ECCI à utente e/ou familiares, se necessário.</p>		
--	--	--	---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)* (Documento de apoio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Bohannon, R., & Smith, M. (1986). Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*, 67 (2), 206–207. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3809245/>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 019/DGCG de 14/06/2003. Disponível em <http://nocs.pt/registo-sistemico-intensidade-dor/>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Orientação n.º 015/2010 de 14/02/2010. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011a). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011b). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Orientação n.º 17/2011 de 19/05/2011. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. Em A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp.335-375). Loures: Lusociência.

- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde (2015). ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- Mehrholz, J., Wagner, K., Rutte, K., Meißner, D., & Pohl, M. (2007). Predictive Validity and Responsiveness of the Functional Ambulation Category in Hemiparetic Patients After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(10), 1314–1319. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.06.764>
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model (5ªed)* (pp.3-33). New Jersey: Pearson.
- Oliveira, R., Cacho, E. W. A., & Borges, G. (2006). POST-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64(3 B), 731–735. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2006000500006>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª Série* (Nº 85 de 03/05/2019), 13565–13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up and go test. *Physical Therapy*, 80(9), 896–903. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.9.896>

APÊNDICES

Apêndice n.º 1 – Escala de coma de *Glasgow*

Critério	Classificação	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Ao som	3
	À pressão	2
	Ausente	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Ausente	1
Resposta Motora	A ordens	6
	Localizadora	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Ausente	1
Total		14

(Adaptado de <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>, 2015).

Apêndice n.º 2 – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Casa: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebela nem se agita e nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiências sensorial que possa limitar a capacidade de sentir o espírito do ou desconforto.</p>	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Parte a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come duramente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	
Fricção e forças de deslizamento	<p>1. Problema: Requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Nem sempre tem alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total 15	
<p>© Copyright Bettes Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Versão Portuguesa 2001. Carlos Marques, Cristina Mota, Pedro Femenias, João Gomes, Kátia Fomado. Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CESUC).</p>					

(Adaptado de DGS, 2011b).

Apêndice n.º 3 – Escala Qualitativa da Dor

Localização	Avaliação da dor	Fatores de agravamento	Fatores de alívio
Escapulo-umeral esquerda	18/10 – Dor moderada	Elevação, depressão, adução, abdução e rotação interna/externa	Repouso; analgesia
	25/10 – Dor ligeira		
	05/11 – Dor intensa		
Mão esquerda	Dor moderada em todas as avaliações	Punho: flexão, extensão, desvio radial/cubital e circundução	Repouso; analgesia
Psoas ilíaco esquerdo	18/10 – Dor ligeira	Flexão da anca; posição ortostática	Calor; massagem; exercícios de alongamento muscular
	25/10 – Dor ligeira		
	05/11 – Dor moderada		
Tricípite sural esquerdo	Dor ligeira em todas as avaliações	Flexão plantar	Exercícios de alongamento muscular

Apêndice n.º 4 – Escala Doloplus

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO.....NOME PRÓPRIO		DATAS			
SERVIÇO.....		18/10	25/10	05/11	
		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer soliditação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer soliditação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há soliditação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Palliativos - Fevereiro 2006 - Hiron d'ina Guarda		PONTUAÇÃO			
		10	10	12	

(Adaptado de DGS, 2010).

Apêndice n.º 5 – Avaliação do Tónus Muscular (Escala Modificada de Ashworth)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação do Tónus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	1	
	Rotação	0	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo
Dedos das mãos	Flexão/Extensão	0	3
	Adução/Abdução	0	3
	Circundação	0	3
	Oponência polegar	0	3
Punho	Flexão/Extensão	0	2
	Desvio radial/cubital	0	2
	Circundação	0	2
Antebraço	Pronação/Supinação	0	1
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	2
Escapulo-umeral	Elevação/Depressão	0	2
	Adução/Abdução	0	2
	Rotação interna/externa	0	2
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	0	1+
	Adução/Abdução	0	1+
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	0	2
	Inversão/Eversão	0	2
Joelho	Flexão/Extensão	0	1
Coxofemoral	Flexão/Extensão	0	1
	Adução/Abdução	0	1
	Rotação interna/externa	0	1

0 - Nenhum aumento no tónus muscular;

1 - Leve aumento do tónus, manifestado por tensão ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, em flexão ou extensão;

1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido por resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento restante;

2 - Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento, mas a região é movida facilmente;

3 - Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil;

4 - Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

(Adaptada de Bohannon & Smith, 1986)

Apêndice n.º 6 – Avaliação da Força Muscular (Escala *Medical Research Council*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação da Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5	
	Inclinação lateral	5/5	
	Rotação	4/5	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo
Dedos das mãos	Flexão/Extensão	5/5	1/5
	Adução/Abdução	5/5	1/5
	Circundação	5/5	1/5
	Oponência polegar	5/5	1/5
Punho	Flexão/Extensão	5/5	1/5
	Desvio radial/cubital	5/5	1/5
	Circundação	5/5	1/5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5	2/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5	2/5
Escapulo-umeral	Elevação/Depressão	4/5	2/5
	Adução/Abdução	4/5	2/5
	Rotação interna/externa	4/5	2/5
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	5/5	1/5
	Adução/Abdução	5/5	1/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	5/5	1/5
	Inversão/Eversão	5/5	1/5
Joelho	Flexão/Extensão	5/5	2/5
Coxofemural	Flexão/Extensão	5/5	2/5
	Adução/Abdução	5/5	2/5
	Rotação interna/externa	5/5	2/5

- 0 - Sem contração muscular palpável ou visível;
- 1 - Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro;
- 2 - Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular;
- 3 - Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência;
- 4 - Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade;
- 5 - Força normal.

(Adaptado de OE, 2016)

Apêndice n.º 7 – Avaliação do Equilíbrio (Escala de Berg)

1. Da posição de sentado para posição de pé (instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar mãos como suporte.)
<input type="checkbox"/> 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma <input type="checkbox"/> 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos <input type="checkbox"/> 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas <input type="checkbox"/> 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável <input checked="" type="checkbox"/> 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar
2. Ficar em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.) NOTA: Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.
<input type="checkbox"/> 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos <input type="checkbox"/> 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão <input type="checkbox"/> 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos <input type="checkbox"/> 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda
3. Senta-se com as costas desapoizadas, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco (Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.)
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos <input type="checkbox"/> 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão <input type="checkbox"/> 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos <input type="checkbox"/> 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos <input type="checkbox"/> 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos
4. Da posição de pé para posição de sentado (Instruções: Por favor, sente-se.)
<input type="checkbox"/> 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos <input type="checkbox"/> 3 Ao sentar-se recorre às mãos <input type="checkbox"/> 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida <input type="checkbox"/> 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida <input checked="" type="checkbox"/> 0 Necessita de ajuda para se sentar
5. Transferências (Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.)
<input type="checkbox"/> 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos <input type="checkbox"/> 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos <input type="checkbox"/> 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão <input type="checkbox"/> 1 Necessita de ajuda de uma pessoa <input checked="" type="checkbox"/> 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança
6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados (Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.)
<input type="checkbox"/> 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos <input type="checkbox"/> 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão <input type="checkbox"/> 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos

1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável

0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos (Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.)

4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto

3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos

1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos

0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé (Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé (Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.)

4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé (Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.)

4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso

3 Olha para trás para ambos os lados, apenas um dos lados revela menos capacidade de transferir o peso

2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio

1 Necessita de supervisão ao virar

0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. Dar uma volta de 360 graus (Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.)

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio (Instruções: coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.)

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro (Instruções: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal.)

- 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. Ficar em pé sobre uma perna (Instruções: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.)

- 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Pontuação Total: 3 pontos	0 a 20 – diminuição do equilíbrio	< 46 pontos - alto risco para quedas
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

(Adaptado de Apóstolo, 2012)

Apêndice n.º 8 – Avaliação do Riscos de Queda (Escala de Morse)

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/andarilho 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
Total	60

(Adaptado de DGS, 2019)

Apêndice n.º 9 – Avaliação da Marcha (FAC)

Level of FAC
“0” (nonfunctional ambulator) - indicates a patient who is not able to walk at all or needs the help of 2 therapists
“1” (ambulator, dependent on physical assistance [level II]) indicates a patient who requires continuous manual contact to support body weight as well as to maintain balance or to assist coordination
“2” (ambulator, dependent on physical assistance [level I]) indicates a patient who requires intermittent or continuous light touch to assist balance or coordination
“3” (ambulator, dependent on supervision) indicates a patient who can ambulate on level surface without manual contact of another person but requires standby guarding of one person either for safety or for verbal cueing
“4” (ambulator, independent, level surface only) indicates a patient who can ambulate independently on level surface but requires supervision to negotiate (eg, stairs, inclines, nonlevel surfaces)
“5” (ambulator, independent) indicates a patient who can walk everywhere independently, including stairs

(Retirado de Mehrholz et al., 2007)

Apêndice n.º 10 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toailete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0
TOTAL	20

(Retirado de DGS, 2011a)




**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Enfermagem de Reabilitação à pessoa com
status pós-fratura da anca**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira 



Lisboa, dezembro 2021

ÍNDICE

I. AVALIAÇÃO INICIAL.....	2
1.1) <i>Dados biográficos e história de vida.....</i>	<i>2</i>
1.2) <i>História da doença pregressa e atual [retirada do processo clínico].....</i>	<i>3</i>
1.3) <i>Avaliação objetiva e subjetiva.....</i>	<i>4</i>
1.4) <i>Avaliação da Funcionalidade.....</i>	<i>5</i>
1.5) <i>Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....</i>	<i>7</i>
II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APÊNDICES.....	22
Apêndice n.º 1 – Escala de <i>Braden</i>	23
Apêndice n.º 2 – Escala Qualitativa da Dor	24
Apêndice n.º 3 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de <i>Ashworth</i>).....	25
Apêndice n.º 4 – Avaliação da Força Muscular (Escala <i>Medical Research Council</i>).....	26
Apêndice n.º 5 – Avaliação do Equilíbrio (Escala de <i>Berg</i>).....	27
Apêndice n.º 6 – Avaliação do Riscos de Queda (Escala de <i>Morse</i>)	2
Apêndice n.º 7 – Avaliação da Marcha (FAC).....	3
Apêndice n.º 8 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de <i>Barthel</i>).....	4

I. AVALIAÇÃO INICIAL

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, estruturei e descrevo o segundo Plano de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), deste contexto de estágio. A sua organização obedece à normativa descritiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da Ordem dos Enfermeiros (OE), no sentido de desenvolver as mesmas. Deste modo, este Plano de CEER será direcionado a um utente com alterações da funcionalidade motora, resultante das sequelas de um episódio agudo.

O plano de cuidados será construído com base nos diagnósticos enunciados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), que assentam na CIPE® versão 2 e no Modelo dos Sistemas da Betty Neuman. Este plano de cuidados refere-se à prestação de CEER na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]. O utente será denominado por Sr. P., ao longo de todo o trabalho. As informações dos dados biográficos, história da doença atual e doença pregressa foram recolhidas e validadas através do processo clínico, da equipa multidisciplinar e de dados fornecidos pela pessoa e família, bem como pela minha observação informal.

1.1) Dados biográficos e história de vida

O Sr. P., de 62 anos, foi referenciado para ECCI pela EGA do Centro Hospitalar da área de residência para Reabilitação por situação de fragilidade, com necessidade de tratamento pós-traumático a ferida do MID e necessidade de ensino utente/cuidadora sobre execução de técnicas, após ter sido submetido a encavilhamento do fémur direito por fratura basicervical do mesmo.

O utente é natural da Polónia (vive em Portugal há cerca de 30 anos), casado e sem filhos. É músico no Teatro Nacional de São Carlos, embora se encontre de baixa médica desde 2020. Previamente autónomo nas AVD. Reside com a esposa num apartamento (cave) com condições de habitabilidade e saneamento, acesso por elevador e/ou escadas, em ambiente seguro e apto para plano de reabilitação no domicílio. O quarto é amplo e luminoso, com janelas grandes. O WC é amplo, tendo espaço suficiente para utilizar a cadeira de rodas; não possui alçador de sanita, tem poliban com banco de duche.

A principal cuidadora é a esposa (Sr.^a E.), sendo o agregado familiar constituído apenas pelos dois. A Sr.^a E. também é de nacionalidade polaca e já se encontra reformada. Embora esteja bastante presente, tem uma condição clínica a nível da coluna lombar que a impossibilita de realizar vários movimentos para auxiliar o Sr. P., o que causa grande ansiedade à mesma e alguma frustração ao Sr. P. Dada esta condição, a Sr.^a E. realiza fisioterapia 3x/semana.

A família tem uma empregada doméstica 2x/semana, que dá apoio nas lides domésticas.

O utente possui várias ajudas técnicas que facilitam os cuidados, nomeadamente, cadeira de rodas e canadianas.

1.2) História da doença progressa e atual [retirada do processo clínico]

O Sr. P. tem como antecedentes pessoais: DMII, HVC (sob tratamento de março a setembro de 2017; alta consulta de Infeciologia em 2018), Pancitopénia multifatorial (seguido em consulta de hematologia); Acidente de viação (queda de mota) em novembro de 2018, com fratura das costelas e internamento em cirurgia, Cirurgia coluna lombar em janeiro 2020 por fratura do corpo vertebral L4 e re-operado em março 2020 por falência de fixação L3-L4-L5; Disfunção caracterizada por lentificação psicomotora, em provável contexto de DHC (alta da consulta de neurologia), Encefalopatia hepática, Cirrose hepática (seguido na consulta de hepatologia); hábitos etílicos marcados. É alérgico à Penicilina e intolerante à Metformina e Lactose.

A 21 de setembro com queda da própria altura, na via pública, após realização de exercício, com TCE parietotemporal esquerdo sem perda de conhecimento, fratura transtrocantérica basicervical à esquerda e fratura alinhada do rádio distal esquerdo. Foi intervencionado a 13 de outubro para redução incruenta e encavilhamento do fémur esquerdo + redução cruenta e osteossíntese do punho esquerdo com placa volar e parafusos, que decorreu sem intercorrências. Esteve internado no serviço de ortopedia de 22 de setembro a 27 de outubro e foi feita a primeira referência para ECCI pela EGA do Centro Hospitalar da área de residência. Trazia como indicações para a alta: marcha com carga total conforme tolerado, com auxiliar de marcha; descarga total do membro superior esquerdo, mantendo suspensão braquial simples, elevação do membro e gelo local; manter analgesia em SOS e restante medicação habitual; encaminhamento para fisioterapia para reforço muscular e treino de marcha. Até

integração em ECCI, o utente realizou sessões de FT privado no domicílio (2x/semana); removeu totalidade de material de sutura em consulta de Enfermagem a 2 de novembro.

A 22 de novembro, aquando da visita domiciliária da ECCI (2ª visita), o utente refere que sofreu nova queda no dia anterior, ao final do dia, na transferência do cadeirão para a cadeira de rodas, com TCE à direita sem perda de consciência e traumatismo do MIE; não tendo considerado ir ao SU. À observação da equipa, utente com dor no MID, sem encurtamento do membro, mas com rotação externa do pé e com dor agravada na tentativa de rotação interna do membro. Utente consciente e orientado em todas as vertentes; sem outras queixas associadas. Foi então contactado o 112 e encaminhado para SU, a fim de realizar exames complementares de diagnóstico, de modo a descartar eventual fratura e, para avaliação de Ortopedia e Traumatologia. O Sr. P. foi avaliado no SU, tendo realizado TAC que revelou fratura basicervical do fémur direito. Foi então submetido a encavilhamento do fémur direito no dia 23 de novembro e teve alta a 29 do mesmo mês. Durante este período foi realizada agudização da vaga em ECCI.

Terapêutica habitual (após internamento):

Fármaco e Posologia	Frequência
Sitagliptina 50mg	1 comprimido (cp) ao pequeno-almoço
Magnésio 40mg	1 cp ao jantar
Vigantol® 0,5mg/ml	2 gotas ao pequeno-almoço
Maltofer® 100mg/5ml	1 frasco ao almoço
Metamizol Magnésio 575mg	1 cp de 12/12h, em SOS, se dor

1.3) Avaliação objetiva e subjetiva

Estas avaliações foram realizadas no decorrer da primeira visita domiciliária após o segundo internamento, dia 30 de novembro.

O Sr. P. encontra-se consciente, orientado na pessoa, tempo e espaço. Discurso verbal mantido, pouco fluente em português, mas aparentemente fluente na língua mãe. Consciente da mudança no seu estado de saúde, motivado no seu processo de recuperação funcional e recuperação de autonomia.

O utente encontra-se eupneico em repouso, com SpO₂= 97%, frequência respiratória de cerca de 15 ciclo/minuto. Ritmo regular, padrão tóraco-abdominal, de amplitude normal e simétrica. O tórax é simétrico e sem deformações aparentes. À auscultação pulmonar (AP) apresenta murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta ferida cirúrgica na anca direita com material de sutura (agrafes) sem sinais inflamatórios ou de deiscência e cicatrizes operatórias do punho esquerdo e anca esquerda íntegras. Restante pele íntegra. Pela avaliação da Escala de *Braden* (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011b), o seu risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é elevado, como é possível validar no Apêndice n.º 1.

O Sr. P. necessita de ajuda parcial para a sua higiene pessoal. A higiene é realizada no wc, com auxílio da esposa para lavar e vestir/despir metade inferior do corpo; o utente consegue realizar a higiene da metade superior do corpo de forma autónoma. Necessita também de auxílio nas transferências para as eliminações. Continência vesical e intestinal mantidas.

Alimenta-se de forma autónoma de dieta fracionada (diabética) e sem lactose, sendo as refeições confeccionadas pela esposa. Ingesta hídrica adequada.

Sono mantido no leito, não dispondo de cama com grades, nem colchão anti escara; possui cama de casal baixa em altura.

1.4) Avaliação da Funcionalidade

Avaliação da Dor: recorrendo à avaliação da dor através da Escala Qualitativa da Dor (DGS, 2003), verificou-se uma melhoria da mesma ao longo das observações (ver Apêndice nº 2). O Sr. P. refere que a dor a nível do quadríceps direito apenas quando realiza marcha. O utente aplica crioterapia e o repouso no leito/cadeirão revertem o quadro algico. Faz também a analgesia em SOS (muito esporádico).

Avaliação do Tónus Muscular: avaliado em todos os movimentos e nos segmentos corporais, do distal para o proximal e bilateralmente, através de mobilização passiva dos mesmos. Não se verificaram alterações (hipotonia ou hipertonia) na realização dos movimentos passivos. Para esta avaliação recorreu-se à Escala

Modificada de *Ashworth* (Bohannon & Smith, 1986) e os resultados da avaliação são apresentados no Apêndice n.º 3.

Avaliação da Força Muscular: avaliada a força em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, do distal para o proximal e, bilateralmente, segundo a Escala *Medical Research Council* (Apêndice n.º 4). A classificação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através da aplicação de resistência à mobilização ativa (OE, 2016). O Sr. P. mobiliza autonomamente os 4 membros, tolerando mobilizações assistidas. Na avaliação realizada a 30 de novembro, verificou-se alteração da força muscular ao nível do punho esquerdo (flexão/extensão 4/5, desvio radial/cubital 3/5 e circundação 4/5) e ao nível dos membros inferiores, em todos os segmentos, mais acentuado do membro inferior direito (3/5 em todos os movimentos avaliados e 4/5 no membro inferior esquerdo). Restantes segmentos corporais sem alterações na força muscular.

Avaliação do Equilíbrio: através da Escala de *Berg*, avalia-se o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 itens que envolvem tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio (na posição de sentado e de pé), tal como alcançar, girar, transferir-se, permanecer de pé e levantar-se (Apóstolo, 2012; Oliveira et al., 2006). O resultado da avaliação é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e movimentos voluntários (Apóstolo, 2012). De acordo com Oliveira et al. (2006), as pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável e, entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. A 1ª avaliação realizada ao Sr. P. deu uma pontuação total de 27 (ver Apêndice n.º 5), correspondendo a um equilíbrio aceitável mas ainda assim, a uma predição de alto risco de queda (Shumway-Cook et al., 2000), pois apresenta o equilíbrio dinâmico em pé comprometido. Houve então necessidade de avaliar o risco de queda, através da Escala de *Morse*, de modo a corroborar esta correspondência (ver Apêndice n.º 6). A pontuação total é de 65, o que corresponde a um Alto Risco de Queda (DGS, 2019).

Avaliação da Marcha: O Sr. P. é capaz de realizar marcha com o auxílio de canadianas/cadeira de rodas por curtas distâncias no interior do domicílio. Mehrholz et

al. (2007) utilizam no seu estudo as Categorias Funcionais de Marcha (*Functional Ambulation Category – FAC*) para avaliação clínica comum da marcha. Esta escala distingue 6 níveis de habilidades de locomoção com base na quantidade de suporte físico necessário (ver Apêndice n.º 7).

Avaliação do Grau de Dependência: o nível de independência da pessoa para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) pode ser avaliado através do Índice de *Barthel*, que contempla atividades com comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo et al., 2007). O utente é dependente para realizar a sua higiene pessoal no wc, necessitando de ajuda da esposa para higiene (lavar e vestir/despir metade inferior do corpo); necessita ajuda nas transferências para eliminações. De acordo com a DGS (2011a), a pontuação final (50) da avaliação feita ao Sr. P. equivale a Dependência Grave.

1.5) Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O Formato do Processo de Enfermagem de Neuman consiste em três passos: (1) diagnóstico de enfermagem, (2) objetivos da enfermagem e (3) resultados de enfermagem (Freese, 2004). De acordo com este modelo, a avaliação inicial por parte do enfermeiro deve incluir os dados biográficos da pessoa; os agentes de stress sentidos pelo enfermeiro, isto é os fatores que são considerados as causas das principais dificuldades da pessoa; os fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que afetam a pessoa e as suas relações pessoais e, que são as respostas os agentes de stress (fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e de desenvolvimento); e uma definição ordenada dos problemas reconciliando quaisquer diferenças entre as perceções do enfermeiro e as da pessoa (Pearson & Vaughan, 1986). O diagnóstico de enfermagem envolve uma abordagem progressiva, começando em questões mais gerais para detalhes mais específicos. De acordo com Pearson e Vaughan (1986), podem ser feitas seis perguntas fundamentais para que se obtenha a informação necessária acerca dos agentes stressores:

1. O que considera ser o seu problema, dificuldade, ou área de preocupação mais importante?

2. Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado a forma como o resolveu?
4. Como prevê para si o futuro em consequência da situação presente?
5. O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os prestadores de cuidados, a família, os amigos e outras pessoas façam por si? (Pearson & Vaughan, 1986, pp.117,120)

Os objetivos dos cuidados são, seguindo o Modelo dos Sistemas de Neuman, estabelecidos através da negociação com a pessoa/família para as alterações prescritivas desejadas corrigirem as variações do bem-estar (Freese, 2004). A intervenção de enfermagem deve considerar os três tipos de ação – primária, secundária e terciária, e deve ser concretizada quer pela redução dos agentes de stress, quer pelo fortalecimento das linhas de defesa. A ação primária destina-se a prever as dificuldades antes que apareçam, a fim de as reduzir ou eliminar; a ação secundária tenciona restituir a saúde; e com a ação terciária pretende-se manter a saúde (Pearson & Vaughan, 1986). Durante a avaliação, os resultados reais dos cuidados são revistos e comparados com os que foram definidos, podendo ser necessária outra apreciação, reconsiderar os objetivos definidos, ajustar a ação ou o período de tempo ter de ser alargado para permitir a mudança (Freese, 2004; Pearson & Vaughan, 1986).

Da minha apreciação enquanto EEER, considerei os seguintes agentes de stress para o Sr. P.:

- Perda parcial de autonomia, relacionada com as várias alterações que apresenta a nível funcional resultante das duas quedas e, que determinam a sua dependência em algumas atividades de vida diária;
- Perda parcial de capacidades sensoriomotoras, que se traduz na diminuição da força muscular em três dos seus quatro membros;
- Presença de dor no MID à mobilização/deambulação, conduzindo a períodos mais prolongados de imobilidade;
- Alteração da integridade da pele, demonstrada pela presença de ferida cirúrgica na anca direita e pelo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

Analisando os fatores que possam ter contribuído para estes stressores, considere como:

- Fatores intrapessoais – o *status* pós-cirúrgico do Sr. P., a diminuição da mobilidade, comorbidades associadas;
- Fatores interpessoais – dependência de terceiros (esposa) para a realização de ABVD, implicando uma maior disponibilidade/presença da esposa;
- Fatores extrapessoais – cama e sofá/cadeirão muito baixos, dificultando as transferências do utente.

O Sr. P. refere que o seu maior problema é a dependência da esposa, para a realização de ABVD que era autónomo antes da primeira queda e para as quais já conseguia ter menos dependência antes da segunda queda. O que o utente refere sentir mais falta é de sair de casa para passear.

Relativamente à apreciação da esposa do Sr. P. relativamente à sua condição atual, as dificuldades mais significativas passam pela diminuição da força e incapacidade em realizar transferências ou tomar banho sozinho (necessitando sempre da sua ajuda, apesar das suas limitações físicas), mas também em fazer o marido compreender que necessita efetivamente de auxílio, para que não volte a cair e conseguir reabilitar-se.

A Sr.^a E. prevê que a condição funcional do marido melhore a curto/médio prazo, embora perceba que esta melhoria só acontecerá se o Sr. P. cumpra as indicações dadas por toda a equipa de saúde que o acompanhará durante o processo de reabilitação, de modo a prevenir novos acidentes.

Do conjunto de apreciações que pude apurar, destaco como problemas a perda de capacidades motoras, que levam ao condicionamento da mobilidade do Sr. P. e consequente dependência para algumas ABVD, necessitando do auxílio da esposa para estes cuidados. Na família, embora muito presente e disponível dentro das suas possibilidades, pode existir o risco de exaustão familiar. Por estes motivos, as intervenções enquanto EEER passam pela remoção dos agentes stressores. Por outro lado, as intervenções de reforço das linhas de defesa e manutenção da estabilidade também serão importantes, tendo em conta a situação clínica e a possibilidade de ocorrência de complicações clínicas ou novos acidentes.

II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Dor musculoesquelética	Controlar/gerir a dor	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia dor, através da escala qualitativa da dor; - Evitar que a dor seja um fator de stress para a utente e limitativa da sua mobilidade; - Monitorizar o efeito da medicação analgésica e a necessidade de ajuste terapêutico; - Ensinar à família técnicas de controlo algico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a intensidade da dor associada à cirurgia da anca direita, com o controlo analgésico adequado e medidas não farmacológicas de posicionamento e relaxamento; - Instruir a família das alterações de terapêutica analgésica (quando estas ocorrerem). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a dor em intensidade reduzida, de modo a não limitar a atividade. 	<p>Na primeira avaliação, o Sr. P. apresenta dor moderada apenas na flexão do quadril e carga do MID e dor ligeira à extensão do joelho com flexão plantar. Mantida terapêutica em SOS, instituída pelo médico assistente na altura da alta. Utilizadas técnicas de distração e relaxamento, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com efeito durante o treino de mobilizações.</p> <p>Na avaliação seguinte, a dor moderada a nível do quadril e em carga diminuiu, passando o Sr. P. a referir apenas uma dor ligeira. Mantém dor ligeira à extensão do joelho com flexão plantar. A esposa refere que o utente se recusa a fazer analgesia, mesmo que apenas prescrita em SOS.</p>

					Na avaliação a 14/12, o utente refere não ter dor em nenhum segmento articular avaliado, sem ter necessidade de recorrer a analgesia.
--	--	--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Mobilidade comprometida	Melhorar o movimento muscular e articular do membro inferior direito (MID)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular dos segmentos, através da Escala <i>MRC</i>; - Avaliar o tônus muscular dos segmentos, através da Escala Modificada de Ashworth; - Incentivar o utente a realizar levante diariamente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular dos segmentos articulares (tibiotalar, joelho e coxofemoral): passivo, ativo-assistido e ativo-resistido; - Executar fortalecimento da musculatura abdominal e transversa (rolar na cama, fazer a ponte); 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter treino de mobilizações em todas as visitas domiciliárias, envolvendo a esposa. 	<p>30/11 – Avaliada força muscular e tônus muscular em todos os segmentos corporais (ver apêndices nº 3 e 4). Avaliada capacidade de realizar transferências (utente necessita de auxílio para sair do leito – cama muito baixa).</p> <p>Realizadas mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas-resistidas de extensão/flexão das articulações dos membros inferiores.</p> <p>Realizadas mobilizações passivas e ativas-assistidas de adução/abdução dos membros inferiores e de rotação externa, sem aplicar resistência.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento do quadríceps – comprimir a almofada contra a</p>

		<p>- Ensinar à esposa as técnicas de levante e transferência para auxiliar o Sr. P.;</p> <p>- Estimular a mobilização passiva do MID, quer no leito, quer na cadeira de rodas/cadeirão.</p>	<p>- Executar técnica de levante e/ou de transferência com ajuda unilateral, em todas as visitas domiciliárias;</p> <p>- Executar treino de marcha com canadianas/apoio unilateral.</p>	<p>cama, ao nível do joelho e, em pé realizar flexão do joelho.</p> <p>Realizado treino de marcha com canadianas, em cerca de 10-15 metros, com várias pausas durante o trajeto para correção do posicionamento dos membros inferiores.</p> <p>Reforçado ensino de transferência à esposa, de forma a não deteriorar a sua condição física.</p> <p>07/12 - Mantidos os exercícios da sessão anterior, mas acrescentada ligeira resistência nos exercícios de flexão/extensão da coxofemoral com e sem flexão/extensão do joelho direito.</p> <p>Realizado levante (apenas com ligeiro auxílio unilateral) e treino de marcha com canadianas, cerca de 30 metros, com melhor tolerância que na sessão anterior.</p> <p>14/12 – Realizadas mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas de flexão/extensão, adução/abdução, rotação externa/interna (apenas do MIE) das articulações dos membros inferiores.</p>
--	--	---	---	--

					<p>Supervisionado levante do Sr. P., já praticamente autónomo.</p> <p>Realizado treino de marcha com canadianas, do quarto até à sala (cerca de 50 metros), com necessidade de fazer uma pausa no trajeto.</p> <p>Realizada transferência para cadeira e reforçados ensinamentos dos exercícios para realizar diariamente – entregue folheto e exemplificado cada um dos exercícios individualmente, na presença da esposa.</p>
--	--	--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio (dinâmico)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, através da Escala de <i>Berg</i>; - Estimular a manter o equilíbrio corporal, 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar treino de equilíbrio estático, com o utente sentado na beira da cama e em posição ortostática, junto da cama; - Executar treino de equilíbrio dinâmico, 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o equilíbrio corporal, através de reavaliações frequentes da Escala de <i>Berg</i>. 	<p>30/11 – Avaliado equilíbrio estático e dinâmico (ver apêndice n.º 5), com o Sr. P. sentado na beira da cama e na posição ortostática, sem qualquer tipo de apoio na região lombar (bom equilíbrio estático e controlo postural). Equilíbrio dinâmico na posição ortostática comprometido.</p>

		através da correção postural.	<p>com o utente sentado na cadeira de rodas (auto mobilizações);</p> <p>- Ensinar e instruir a técnica de inversão do sentido de marcha (inverter sempre para o lado intervencionado, para evitar rotação interna).</p> <p>- Treinar a técnica de inversão do sentido de marcha.</p>	<p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado no leito e na cadeira de rodas (inclinação lateral do tronco, avião, push-up e flexão do tronco), efetuando ligeiras correções posturais (que o utente corrige de forma autónoma). Orientada a esposa para as técnicas de correção postural e respetivo treino.</p> <p>07/12 – Realizado o mesmo treino de equilíbrio da sessão anterior e aquando da realização de treino de marcha foi ensinada a técnica de inversão do sentido da marcha, que o utente refere ter compreendido. Solicitado ao Sr. P. que não utilizasse a técnica sem a presença da esposa.</p> <p>14/12 – Realizado treino da técnica de inversão do sentido da marcha, que o Sr. P. realizou devagar e sem perda de equilíbrio, com controlo do movimento (evitando movimentos luxantes). Reforçada a importância de realizar esta técnica sempre acompanhado.</p> <p>Embora apresente ligeira melhoria de equilíbrio dinâmico em posição ortostática, ainda não é capaz de apanhar um objeto do</p>
--	--	-------------------------------	--	---

					<p>chão (por exemplo), embora já seja capaz de ficar apoiado apenas sobre o MIE.</p> <p>Reavaliado o equilíbrio (ver Apêndice n.º 5), denotando-se uma melhoria em vários parâmetros avaliados.</p>
--	--	--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Integridade da pele comprometida	Cicatrizar a sutura operatória da anca direita	<ul style="list-style-type: none"> - Promover medidas de manutenção da integridade da pele, como redução da humidade, alternância de decúbitos (dentro das possibilidades), hidratação oral e alimentação variada e com aporte nutricional adequado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar estado de penso e sutura; - Vigiar possíveis sinais inflamatórios (edema, calor, rubor, hematoma) no MID; - Mudar o penso operatório, sempre que esteja repassado ou descolado; - Instruir o utente e a esposa para a 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter vigilância da integridade da pele e atuar de acordo com as intervenções primárias e secundárias quando necessário. 	<p>30/11 e 07/12 – penso cirúrgico íntegro; coxa direita com ligeiro edema, mas sem outros sinais inflamatórios. Utente mantém aplicação de crioterapia, embora com frequência menor à instruída pela equipa.</p> <p>14/12 – cicatriz da anca direita exposta, com bordos unidos e sem sinais inflamatórios (material de sutura removido em consulta de ortopedia a 10/12). Reforçados ensinios à esposa acerca da vigilância da integridade cutânea.</p>

			aplicação de crioterapia local (4/5 x/dia 10/15min), evitando o contacto direto com a pele.		
--	--	--	---	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Risco de queda	Reduzir o potencial de risco de queda (para baixo risco de queda ou sem risco de queda)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda, através da Escala de <i>Morse</i>; - Promover a adaptação do domicílio à sua condição clínica, nomeadamente diminuição dos obstáculos na circulação, remoção dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir o utente e a esposa sobre as técnicas de mobilização da cadeira de rodas, de acordo com a disposição arquitetónica da habitação (p.e. no wc, qual a forma mais adequada de colocar a cadeira de rodas para realizar as 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar/manter intervenções anteriores. 	<p>30/11 – Avaliado o risco de queda – Score 65 (ALTO risco de queda). Utente apresenta calçado inadequado (chinelos abertos atrás), pelo que foi instituída a utilização apenas de calçado fechado que o utente já possui. Reforçados ensinios ao Sr. P. e esposa, que referem ter compreendido.</p> <p>07/12 e 14/12 – Mantidas medidas de segurança; utente com calçado adequado e refere menos utilização da cadeira de rodas para as idas ao wc.</p>

		<p>tapetes/carpetes, evitar o piso molhado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre medidas de segurança (calçado adequado antiderrapante/velcro); - Ensinar a esposa sobre como atuar no caso de queda. 	transferências mais facilmente).		
--	--	---	----------------------------------	--	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Risco de coping familiar comprometido	Aumentar a linha de defesa flexível dos familiares (esposa)	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar a esposa dos sinais de <i>burnout</i>; - Favorecer os momentos de expressão de sentimentos e partilha de dificuldades; - Ensinar sobre estratégias de prevenção de lesões músculo-esqueléticas e de facilitação da prestação de cuidados; - Informar dos recursos existentes na comunidade, que possam facilitar o processo de recuperação ao Sr. P.. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a esposa a manter as suas rotinas e tratamentos, para que não se sinta sobrecarregada; - Envolver a esposa no processo de reabilitação, para que se sinta parte integrante da equipa; - Efetuar reforços positivos sobre os cuidados prestados, e encontrar estratégias de facilitação para a cuidadora (esposa); - Encaminhar para intervenção de Assistente Social e/ou Psicóloga da ECCI ao utente e/ou familiar, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar/manter intervenções anteriores. 	<p>Sr.ª E. sempre presente e envolvida no processo de reabilitação, em todas as visitas.</p> <p>07/12 – A esposa refere que tem aproveitado os períodos de presença da empregada doméstica para sair de casa e realizar algumas tarefas importantes para si. Tem conseguido manter as suas sessões de fisioterapia 2x/semana, as quais são uma mais-valia para o seu bem-estar físico (sic).</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)* (Documento de apoio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Bohannon, R., & Smith, M. (1986). Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*, 67 (2), 206–207. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3809245/>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 019/DGCG de 14/06/2003. Disponível em <http://nocs.pt/registo-sistemico-intensidade-dor/>
- Direção-Geral da Saúde (2011a). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011b). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Orientação n.º 17/2011 de 19/05/2011. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. Em A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp.335-375). Loures: Lusociência.
- Mehrholz, J., Wagner, K., Rutte, K., Meißner, D., & Pohl, M. (2007). Predictive Validity and Responsiveness of the Functional Ambulation Category in Hemiparetic Patients After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(10), 1314–1319. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.06.764>

- Oliveira, R., Cacho, E. W. A., & Borges, G. (2006). POST-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64(3 B), 731–735. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2006000500006>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up and go test. *Physical Therapy*, 80(9), 896–903. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.9.896>

APÊNDICES

Apêndice n.º 1 – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebela nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiências sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Parte a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come duramente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactónicos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactónicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactónicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactónicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total	16

(Adaptado de DGS, 2011b).

Apêndice n.º 2 – Escala Qualitativa da Dor

Localização	Avaliação da dor	Fatores de agravamento	Fatores de alívio
Músculos do quadríceps à direita	30/11 – Dor moderada	Flexão do quadril; Carga do membro inferior/marcha	Exercícios de alongamento muscular, Crioterapia, Repouso; Analgésia
	07/02 – Dor ligeira		
	14/12 – Sem dor		
Gastrocnémio à direita	30/11 – Dor ligeira	Extensão do joelho com flexão plantar	
	07/02 – Dor ligeira		
	14/12 – Sem dor		

Apêndice n.º 3 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de *Ashworth*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação do Tônus Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	0	
	Inclinação lateral	0	
	Rotação	0	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo
Dedos das mãos	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência polegar	0	0
Punho	Flexão/Extensão	0	0
	Desvio radial/cubital	0	0
	Circundação	0	0
Antebraço	Pronação/Supinação	0	0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0	0
Escapulo-umeral	Elevação/Depressão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	0	0
	Inversão/Eversão	0	0
Joelho	Flexão/Extensão	0	0
Coxofemoral	Flexão/Extensão	0	0
	Adução/Abdução	0	0
	Rotação interna/externa	0	0

0 - Nenhum aumento no tônus muscular;

1 - Leve aumento do tônus, manifestado por tensão ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, em flexão ou extensão;

1+ - Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido por resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento restante;

2 - Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento, mas a região é movida facilmente;

3 - Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil;

4 - Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

(Adaptada de Bohannon & Smith, 1986)

Apêndice n.º 4 – Avaliação da Força Muscular (Escala *Medical Research Council*)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação da Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5	
	Inclinação lateral	5/5	
	Rotação	4/5	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo
Dedos das mãos	Flexão/Extensão	5/5	4/5
	Adução/Abdução	5/5	4/5
	Circundação	5/5	4/5
	Oponência polegar	5/5	4/5
Punho	Flexão/Extensão	5/5	4/5
	Desvio radial/cubital	5/5	3/5
	Circundação	5/5	4/5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5	5/5
Escapulo-umeral	Elevação/Depressão	5/5	5/5
	Adução/Abdução	5/5	5/5
	Rotação interna/externa	5/5	5/5
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo
Dedos dos pés	Flexão/Extensão	3/5	4/5
	Adução/Abdução	3/5	4/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/flexão plantar	3/5	4/5
	Inversão/Eversão	3/5	4/5
Joelho	Flexão/Extensão	3/5	4/5
Coxofemural	Flexão/Extensão	3/5	4/5
	Adução/Abdução	3/5	4/5
	Rotação interna/externa	3/5	4/5

0 - Sem contração muscular palpável ou visível;

1 - Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro;

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

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

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

5 - Força normal.

(Adaptado de OE, 2016)

Apêndice n.º 5 – Avaliação do Equilíbrio (Escala de Berg)

15. Da posição de sentado para posição de pé (Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar mãos como suporte.)
<input type="radio"/> 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma <input checked="" type="radio"/> 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos <input type="radio"/> 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas <input type="radio"/> 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável <input type="radio"/> 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar
16. Ficar em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.) NOTA: Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.
<input type="radio"/> 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos <input type="radio"/> 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão <input checked="" type="radio"/> 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos <input type="radio"/> 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos <input type="radio"/> 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda
17. Senta-se com as costas desapoizadas, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco (Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.)
<input checked="" type="radio"/> 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos <input type="radio"/> 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão <input type="radio"/> 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos <input type="radio"/> 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos <input type="radio"/> 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos
18. Da posição de pé para posição de sentado (Instruções: Por favor, sente-se.)
<input type="radio"/> 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos <input checked="" type="radio"/> 3 Ao sentar-se recorre às mãos <input type="radio"/> 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida <input type="radio"/> 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida <input type="radio"/> 0 Necessita de ajuda para se sentar
19. Transferências (Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.)
<input type="radio"/> 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos <input checked="" type="radio"/> 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos <input type="radio"/> 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão <input type="radio"/> 1 Necessita de ajuda de uma pessoa <input type="radio"/> 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança
20. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados (Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.)
<input type="radio"/> 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos <input type="radio"/> 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão <input checked="" type="radio"/> 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos

<p><input type="checkbox"/> 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Necessita de ajuda para evitar a queda</p>
<p>21. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos (Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.)</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos</p>
<p>22. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé (Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo</p>
<p>23. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé (Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.)</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>
<p>24. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé (Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.)</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 Olha para trás para ambos os lados, apenas um dos lados revela menos capacidade de transferir o peso</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Necessita de supervisão ao virar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>
<p>25. Dar uma volta de 360 graus (Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.)</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos</p>

<input type="radio"/> 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos <input checked="" type="radio"/> 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente <input type="radio"/> 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais <input type="radio"/> 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta		
26. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio (Instruções: coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.)		
<input type="radio"/> 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos <input type="radio"/> 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos <input type="radio"/> 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão <input type="radio"/> 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda <input checked="" type="radio"/> 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar		
27. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro (Instruções: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal.)		
<input type="radio"/> 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos <input type="radio"/> 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos <input type="radio"/> 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos <input type="radio"/> 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos <input checked="" type="radio"/> 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé		
28. Ficar em pé sobre uma perna (Instruções: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.)		
<input type="radio"/> 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos <input type="radio"/> 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos <input type="radio"/> 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais <input checked="" type="radio"/> 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma <input type="radio"/> 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda		
Pontuação Total: <u>27 pontos</u>	21 a 40 – equilíbrio aceitável	< 46 pontos - alto risco para quedas

Na 2ª avaliação (a 14/12), os resultados foram os seguintes:

1) 3	6) 3	11) 3
2) 3	7) 3	12) 1
3) 4	8) 3	13) 2
4) 4	9) 1	14) 2
5) 3	10) 3	

Pontuação total: **38 pontos**

Apêndice n.º 6 – Avaliação do Riscos de Queda (Escala de *Morse*)

Item	Pontuação
7. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
8. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
9. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
10. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
11. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
12. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Total	65

(Adaptado de DGS, 2019)

Apêndice n.º 7 – Avaliação da Marcha (FAC)

Level of FAC
“0” (nonfunctional ambulator) - indicates a patient who is not able to walk at all or needs the help of 2 therapists
“1” (ambulator, dependent on physical assistance [level II]) indicates a patient who requires continuous manual contact to support body weight as well as to maintain balance or to assist coordination
“2” (ambulator, dependent on physical assistance [level I]) indicates a patient who requires intermittent or continuous light touch to assist balance or coordination
“3” (ambulator, dependent on supervision) indicates a patient who can ambulate on level surface without manual contact of another person but requires standby guarding of one person either for safety or for verbal cueing
“4” (ambulator, independent, level surface only) indicates a patient who can ambulate independently on level surface but requires supervision to negotiate (eg, stairs, inclines, nonlevel surfaces)
“5” (ambulator, independent) indicates a patient who can walk everywhere independently, including stairs

(Retirado de Mehrholz et al., 2007)

Apêndice n.º 8 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toailete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" 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 checked="" 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	50

(Retirado de DGS, 2011a)

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Enfermagem de Reabilitação à pessoa
submetida a implantação de válvula aórtica**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira [REDACTED]



Lisboa, fevereiro 2022

ÍNDICE.....	5
I. AVALIAÇÃO INICIAL.....	2
1.1) <i>Dados biográficos e história de vida.....</i>	<i>3</i>
1.2) <i>História da doença pregressa e atual [retirada do processo clínico].....</i>	<i>3</i>
1.3) <i>Avaliação objetiva e subjetiva.....</i>	<i>5</i>
1.4) <i>Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....</i>	<i>7</i>
II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APÊNDICES.....	22
Apêndice n.º 1 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de <i>Barthe</i>).....	23

I. AVALIAÇÃO INICIAL

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, estruturei e descrevo o primeiro Plano de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), do estágio de contexto hospitalar. A sua organização obedece à normativa descritiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da Ordem dos Enfermeiros (OE), no sentido de desenvolver as mesmas. Deste modo, este Plano de CEER será direcionado para a prevenção de complicações pós-operatórias decorrentes de uma cirurgia cardíaca.

De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, é necessário que os EEER documentem o seu processo de tomada de decisão (juízo clínico), permitindo assim uma caracterização da condição de saúde da pessoa alvo dos cuidados mais objetiva e uma monitorização quantificável (OE, 2014). A OE estabelece como referencial para a construção de planos de cuidados, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), permitindo padronizar a linguagem e catalogar os diagnósticos de Enfermagem (OE, 2014).

De acordo com o modelo teórico de Betty Neuman, que foi a conceção teórica escolhida como referencial teórico dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o objetivo principal da ação do enfermeiro é contribuir para a manutenção da estabilidade do sistema-cliente, através da identificação dos problemas causados pelos stressores ambientais e conseqüente, adequação da sua intervenção (Neuman, 2011). Assim, torna-se necessário realizar o levantamento dos fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que afetam a pessoa e as suas relações pessoais; identificar os agentes de stress sentidos pela pessoa, pela sua família e pelo enfermeiro; definir os problemas de acordo com o entendimento das perceções de cada um dos intervenientes; e construir um plano de resolução comum (Pearson & Vaughan, 1992).

Deste modo, o plano de cuidados será construído com base nos diagnósticos enunciados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), que assentam na CIPE® versão 2 e no Modelo dos Sistemas da Betty Neuman. Este plano de cuidados refere-se à prestação de CEER, em contexto hospitalar, num serviço de Cirurgia Cardiorácica. As informações dos dados biográficos, história da doença atual e doença pregressa foram recolhidas e validadas através dos registos presentes no processo clínico e aplicações informáticas *S Clínico V2*®, ClinidataNet 5.3.1® e First Solutions - SiiMAWeb®, tendo estes últimos sido os meios utilizados para monitorizar e documentar a resposta às intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação (ER) implementadas durante o período de

cuidados à utente, bem como através da minha observação. Para obter uma história clínica completa e mais detalhada, foi efetuada uma entrevista formal à utente, onde foi informada do objetivo académico da mesma e da manutenção da sua privacidade, tendo concedido o seu consentimento para a exposição das informações clínicas, biográficas, familiares e sociais. A utente será denominada por Sr.^a E., ao longo de todo o trabalho.

Este plano de cuidados compreende a prestação de cuidados enquanto EEER desde a admissão até à data da alta, correspondendo ao período de 28 de janeiro a 3 de fevereiro.

1.1) Dados biográficos e história de vida

A Sr.^a E. tem 64 anos, é de nacionalidade Portuguesa e natural de Setúbal. O agregado familiar é composto pela própria e o esposo (Sr. I.). Tem uma filha e dois netos menores, que vivem no mesmo concelho. É costureira e é proprietária de um pequeno negócio na área do vestuário; refere como passatempo a horticultura e a criação de galinhas. Sendo o marido e a filha os elementos da família mais presentes, auxiliam a utente no processo de aceitação da doença e internamento hospitalar, bem como na gestão de aspetos da vida pessoal e profissional.

Reside numa moradia de dois pisos, sendo o acesso à habitação por zona térrea e tendo boas condições de habitabilidade e de saneamento; WC amplo, com banheira e banco para banho, se necessário utilizar. Possui quintal com várias árvores de fruto e galinheiro, referindo que tem uma grande zona verde envolvente à casa; não identifica barreiras arquitetónicas e tem fácil acesso a bens de primeira necessidade.

1.2) História da doença progressa e atual [retirada do processo clínico]

A Sr.^a E. tem com antecedentes pessoais: hipertensão arterial (HTA), diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, dislipidémia, hepatite A na infância, amigdalectomia aos oito anos e cirurgia a cataratas bilateral em 2019. Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares. Tem a vacinação para COVID-19 completa (3 doses).

A utente faz a seguinte terapêutica no domicílio:

Fármaco e Posologia	Frequência
Metformina + Vildagliptina 1000mg + 50mg	1 comprimido (cp) ao pequeno-almoço e jantar
Atenolol 100mg	1cp ao pequeno-almoço
Lisinopril + Hidroclorotiazida 20mg + 12,5mg	1cp ao pequeno-almoço
Dapagliflozina 10mg	1cp ao almoço
BioActivo Arroz Vermelho	1cp ao jantar

A utente é seguida na especialidade de Cardiologia no hospital da sua área de residência por estenose aórtica grave e embora já tenha indicação cirúrgica desde 2019, protelou a mesma desde então. No ecocardiograma de abril de 2021 documenta-se *“Doença fibrocalcificante mitro-aórtica. Estenose aórtica muito grave e insuficiência moderada. Dilatação e calcificação do anel mitral, insuficiência ligeira a moderada. HVE e função sistólica global do VE com FEVE preservada, cavidade pequena em sístole. Gradiente intraventricular (no trato de saída) significativo em repouso. AE dilatada”*. Em maio de 2021 realizou cateterismo diagnóstico, sem presença de lesões coronárias. Por apresentar cansaço a médios esforços mais acentuada desde setembro, foi referenciada pela sua cardiologista à consulta de Cirurgia Cardíaca para avaliação cirúrgica. Foi, então, admitida a 28 de janeiro para ser submetida a implantação de válvula aórtica no dia seguinte, tendo permanecido na unidade de cuidados intensivos (UCI) durante cerca de 48h e posteriormente regressou à enfermaria.

A doença valvular é um importante problema de saúde pública, uma vez que tem um mau prognóstico e a sua prevalência está fortemente associada ao envelhecimento da população. Na atualidade, a valvulopatia sintomática mais comum é a estenose aórtica (EA), atingindo sobretudo a população acima dos 65 anos (Vahanian et al., 2021).

A substituição valvular é o tratamento definitivo para os doentes com EA severa que têm sintomas ou consequências objetivas como disfunção ventricular esquerda (Vahanian et al., 2021). A realização de cirurgia valvular implica necessariamente a circulação extracorporal com paragem cardíaca, existindo vários riscos associados a esta técnica (Malcato, 2017). Ainda assim, a mortalidade cirúrgica é reduzida, mesmo em doentes mais idosos e, os resultados a longo-prazo têm sido satisfatórios (Vahanian et al., 2021).

De acordo com vários autores, a intervenção do EEER junto dos doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica passa pela prevenção das complicações pós-operatórias, nomeadamente as complicações pulmonares pós-operatórias, as que resultam do trauma cirúrgico e as inerentes à imobilidade ou diminuição da mobilidade em resultado da limitação funcional imposta pela cirurgia em si (Isaías, Sousa e Dias, 2012; Malcato, 2017). Assim, para este planeamento de cuidados foram instituídos um conjunto de técnicas, manobras e exercícios de assistência respiratória - Reeducação Funcional Respiratória (RFR) - visando reduzir o risco de complicações pulmonares, circulatórias e posturais, decorrentes dos antecedentes pessoais da utente e da intervenção cirúrgica e a sua resolução prematuramente (Isaías, Sousa e Dias, 2012; Malcato, 2017; OE, 2018).

De seguida, serão apresentadas as avaliações subjetiva e objetiva, com base no exame físico da utente e documentada a história da doença progressa e atual.

1.3) Avaliação objetiva e subjetiva

Estas avaliações foram realizadas no dia de admissão hospitalar, ou seja, no dia anterior à cirurgia.

A Sr.^a E. encontra-se consciente, orientada auto e alo psicicamente, com discurso coordenado, espontâneo e fluente. Sem alterações a nível da atenção ou memória. Tem as acuidades auditiva e visual mantidas. Consciente da futura mudança no seu estado de saúde, motivada no seu processo de recuperação funcional e recuperação de autonomia, mostrando-se sempre recetiva às intervenções implementadas e aos exercícios prescritos.

Encontra-se eupneica em repouso, com frequência respiratória de cerca de 17 ciclo/minuto. O padrão respiratório é toraco-abdominal, regular, de amplitude profunda e movimentos respiratórios simétricos. O tórax é simétrico e sem deformações aparentes. À auscultação pulmonar (AP) apresenta murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares, sem presença de ruídos adventícios. Nega toracalgia ou tosse.

Como rotina pré-operatória, é realizado uma radiografia de tórax, onde é possível verificar não existirem alterações significativas a nível pulmonar (ver figura 1).

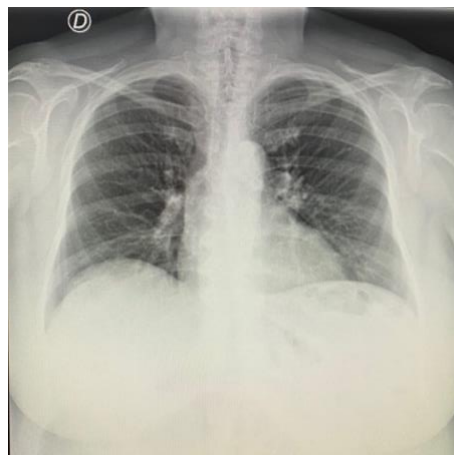


Figura 3 - radiografia do tórax pré-operatória

Para a avaliação da dispneia que é referida pela utente ter vindo a aumentar nos últimos meses, optou-se por utilizar a Escala de *Borg* Modificada, uma vez que esta é utilizada como ferramenta para a implementação e monitorização das intervenções de ER na pessoa com alterações do foro respiratório (OE, 2018), sendo possível avaliar o grau de dispneia em tempo real, associada a uma atividade específica (OE, 2016). A utente refere que em repouso apresenta ligeira dispneia e ao esforço dispneia moderada, correspondendo a uma *score* de 1 e 3, respetivamente, na Escala de *Borg* Modificada (Boshuizen et al., 2013).

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, sem cianose central ou periférica. Sem sinais de má perfusão periférica e sem lesões.

A utente é independente na realização das suas atividades de vida, como comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. De acordo com a avaliação do Índice de *Barthel* (DGS, 2011), a pontuação final da Sr.^a E. é de 100 (apêndice nº 1), o que corresponde ao nível de independência.

A Sr.^a E. faz uma alimentação provavelmente inadequada, uma vez que faz apenas 3 refeições diárias, apresenta o último valor de hemoglobina A1c de 8% (deve ser inferior a 6,5%) e um índice de massa corporal de 35.7Kg/m², o que equivale a obesidade de grau II (World Health Organization [WHO], 2006). Sendo diabética, está aconselhado ingerir 6 refeições/dia, privilegiando os alimentos de absorção lenta e moderada (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP], s.d.), algo que refere nem sempre fazer. Não se objetivam alterações ao nível da deglutição e é autónoma na confeção, preparação e ingestão dos alimentos.

É continente vesical e intestinal, não apresentando alterações a nível da quantidade, frequência e características dos produtos eliminados.

Sem alterações a nível do padrão do sono, referindo dormir 6 a 7 horas por dia, no período noturno.

1.4) Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O Formato do Processo de Enfermagem de Neuman consiste em três passos: (1) diagnóstico de enfermagem, (2) objetivos da enfermagem e (3) resultados de enfermagem (Freese, 2004). De acordo com este modelo, a avaliação inicial por parte do enfermeiro deve incluir os dados biográficos da pessoa; os agentes de stress sentidos pelo enfermeiro, isto é os fatores que são considerados as causas das principais dificuldades da pessoa; os fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que afetam a pessoa e as suas relações pessoais e, que são as respostas os agentes de stress (fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e de desenvolvimento); e uma definição ordenada dos problemas reconciliando quaisquer diferenças entre as percepções do enfermeiro e as da pessoa (Pearson & Vaughan, 1986). O diagnóstico de enfermagem envolve uma abordagem progressiva, começando em questões mais gerais para detalhes mais específicos. De acordo com Pearson e Vaughan (1986), podem ser feitas seis perguntas fundamentais para que se obtenha a informação necessária acerca dos agentes stressores:

1. O que considera ser o seu problema, dificuldade, ou área de preocupação mais importante?
2. Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado a forma como o resolveu?
4. Como prevê para si o futuro em consequência da situação presente?
5. O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os prestadores de cuidados, a família, os amigos e outras pessoas façam por si? (Pearson & Vaughan, 1986, pp.117,120)

Os objetivos dos cuidados são, seguindo o Modelo dos Sistemas de Neuman, estabelecidos através da negociação com a pessoa/família para as alterações prescritivas desejadas corrigirem as variações do bem-estar (Freese, 2004). A intervenção de enfermagem deve considerar os três tipos de ação – primária, secundária e terciária, e deve ser concretizada quer pela redução dos agentes de stress, quer pelo fortalecimento das linhas de defesa. A ação primária destina-se a prever as dificuldades antes que apareçam, a fim de as reduzir ou eliminar; a ação secundária tenciona restituir a saúde; e com a ação terciária pretende-se manter a saúde (Pearson

& Vaughan, 1986). Durante a avaliação, os resultados reais dos cuidados são revistos e comparados com os que foram definidos, podendo ser necessária outra apreciação, reconsiderar os objetivos definidos, ajustar a ação ou o período de tempo ter de ser alargado para permitir a mudança (Freese, 2004; Pearson & Vaughan, 1986).

Da minha apreciação enquanto EEER, considerei os seguintes agentes de stress para a Sr.^a E.:

- Alteração de ambiente associada a um internamento hospitalar;
- Ansiedade decorrente da realização de um ato cirúrgico;
- Fatores de risco cirúrgico no período pós-operatório, como as complicações pulmonares, a dor, a imobilidade, a anestesia e o seu efeito e o trauma cirúrgico.

Indo ao encontro dos níveis de prevenção de Neuman, será necessário desenvolver intervenções a nível da prevenção primária, de forma a reduzir/remover a presença destes stressores e consequentemente reforçar as linhas de defesa flexíveis da mesma. Assim, irei atuar no sentido da prevenção de ocorrência de CPP associadas a esta cirurgia. Consoante a evolução no período pós-operatório, as intervenções a nível da prevenção secundária e terciária terão de ser implementadas, com a finalidade de recuperar, readaptar e otimizar a função respiratória, mantendo a estabilidade do sistema que é o a Sr.^a E.

A utente demonstrou desde a admissão uma grande vontade/disponibilidade para participar no seu plano de reabilitação, intervindo ativamente desde a preparação para a cirurgia. Demonstrou uma grande expectativa em relação à intervenção do EEER durante todo o período perioperatório, nomeadamente para a sua recuperação pós-operatória.

Devido à situação pandémica em que nos encontramos, não foi possível validar junto da família quais são os seus agentes stressores, pelo que o meu planeamento irá incidir apenas na utente.


II. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Ansiedade	Diminuir/eliminar a ansiedade relacionada com o procedimento cirúrgico e suas consequências	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores de stress atuais e potenciais relacionados com o procedimento cirúrgico, que atingem ou podem atingir a utente, como a dor, a imobilidade, o trauma cirúrgico, a ansiedade, a dependência e/ou a mudança de ambiente; - Promover a gestão da ansiedade inerente às intervenções cirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação empática e de confiança com a utente; - Favorecer a expressão das suas preocupações, dúvidas e sentimentos; - Demonstrar disponibilidade para escutar e prestar apoio emocional; - Melhorar o conhecimento sobre o processo cirúrgico; - Esclarecer as dúvidas de acordo com as minhas competências profissionais; - Comunicar à restante equipa e médico assistente, se necessário ponderar outras intervenções especializadas para o controlo da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o acompanhamento; - Monitorizar os seus níveis de ansiedade com a utente. 	<p><u>28/01/22</u> (dia anterior à cirurgia):</p> <p>Utente ligeiramente ansiosa, com várias questões acerca de todo o processo cirúrgico e possíveis complicações.</p> <p>Foi possível estabelecer uma relação empática com a mesma, tendo colaborado na sessão de ER de pré-operatório, apresentando-se menos ansiosa no final da mesma.</p> <p>Esclarecidas dúvidas e prestado apoio emocional.</p> <p><u>01/02 e 02/02/22</u></p> <p>Utente tranquila, muito colaborante nas sessões de RFR.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Défice de conhecimento	Melhorar o conhecimento sobre o plano de reabilitação e os cuidados planeados para o período perioperatório	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e eventuais complicações; - Identificar eventuais lacunas de conhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a dinâmica do percurso pré, intra e pós-operatório; - Ensinar sobre efeitos anestésicos esperados; posição de descanso e relaxamento; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; medidas de controlo da dor; presença de drenagens e cateteres, bem como os cuidados a ter com os mesmos; técnica de contenção da sutura operatória ao esforço (no levantar e transferências) e com tosse; técnicas de mobilização no leito, transferências e levantar; exercícios de mobilização ativa das mãos e dos membros inferiores; importância da mobilização e levantar precoce (a ser realizado na UCI); técnica de subir e descer escadas, com controlo da respiração de forma a gerir o gasto de energia; exercícios para a alta, como instruções para caminhadas, fortalecimento muscular dos membros inferiores; cuidados a 	<ul style="list-style-type: none"> - Validar com a utente os conhecimentos sobre os cuidados necessários para a continuidade do seu plano de reabilitação. - Reforçar os ensinamentos de acordo com as necessidades identificadas. 	<p><u>28/01/22</u> (dia anterior à cirurgia):</p> <p>Informada utente dos objetivos do plano de reabilitação e reforçada a importância da sua participação no mesmo. A Sr^a. E. compreende os benefícios do programa de RFR que será instituído após a cirurgia e mostra-se motivada para participar ativamente no mesmo.</p> <p>Efetuados todos os ensinamentos pré-operatórios (referidos na prevenção secundária), tendo a utente participado na execução dos mesmos e demonstrado a correta técnica na realização destes.</p> <p><u>01/02 e 02/02/22</u></p> <p>Reforçados os ensinamentos feitos no pré-operatório. Utente participou ativamente na sessão de RFR. Demonstrou capacidade de</p>

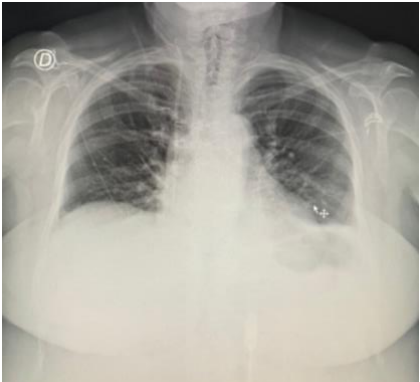
			<p>ter com a esternotomia; importância da RFR e suas técnicas específicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar as técnicas ensinadas; - Treinar e validar a correta execução das técnicas ensinadas à utente; - Dar <i>feedback</i> positivo e evidenciar as vantagens dos exercícios ensinados; - Encorajar a expressão de dúvidas. 		<p>execução dos exercícios, de forma adequada e aplica os ensinamentos realizados na execução das suas AVD.</p> <p><u>03/02/22</u></p> <p>Utente participou ativamente na sessão de RFR. Executou os exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores de forma correta e foram esclarecidas dúvidas para a alta, que ocorreu neste dia.</p>
--	--	--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo/s	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Padrão respiratório comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a permeabilidade das vias aéreas; - Otimizar a ventilação pulmonar e eficácia diafragmática; - Maximizar a capacidade funcional respiratória e motora 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as características específicas pessoais e fatores de risco; - Monitorizar o padrão respiratório, amplitude e simetria torácica; - Monitorizar a sintomatologia respiratória, dispneia, tosse e expectoração; - Consultar a radiografia ao tórax realizadas antes de cada sessão de RFR; - Minimizar os fatores externos que possam interferir com o relaxamento e concentração em cada sessão de RFR; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar complicações respiratórias possíveis e instaladas; - Efetuar a auscultação pulmonar antes e após cada sessão; - Monitorizar a tolerância ao esforço durante a realização das técnicas e exercícios respiratórios através da escala de <i>Borg</i> Modificada; - Corrigir eventuais defeitos posturais, através da mobilização da cintura escapular e correção postural; - Executar técnicas de RFR adequadas à colaboração e características pessoais da 	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar as funções respiratória e motora; - Ensinar e treinar as técnicas necessárias para capacitar a utente para a gestão atual do período pós-operatório, de forma a colaborar na restauração e reconstituição do seu sistema; - Ensinar sobre a importância da manutenção da função respiratória, treino muscular e de tolerância ao esforço; - Capacitar para a manutenção dos cuidados e dos exercícios de RFR de 	<p><u>28/01/22</u> (dia anterior à cirurgia):</p> <p>Consultei o processo clínico, avaliando os antecedentes pessoais e fatores de risco; estabelecimento dos objetivos do plano de reabilitação e das limitações pessoais da Sr^a. E.. Foram realizados os ensinamentos pré-operatórios à utente, entre eles: ensino das técnicas de mobilização no leito, levante e transferências; ensino da posição de descanso e relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios; realizados exercícios de reeducação diafragmática, na posição sentada; ensino da tosse assistida e dirigida com contenção esternal e da técnica do <i>huffing</i> como alternativa segura no período pós-operatório.</p> <p>Dada indicação à utente para realizar os exercícios ensinados ao final do dia e no dia seguinte, antes da ida ao BO, que refere ter cumprido.</p>

		<p>- Ensinar e treinar técnicas no pré-operatório como posição de descanso e relaxamento; mobilizações, transferências e levante; correção postural; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; limpeza das vias aéreas, tosse eficaz com contenção de sutura operatória, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal globais e seletivos; controlo algico.</p>	<p>utente no pós-operatório, como:</p> <p>1) exercícios de consciencialização e controlo da respiração, de forma a favorecer a postura corporal durante as sessões, obter relaxamento físico e psíquico e melhorar a coordenação dos músculos respiratórios (2 séries de 5 ciclos respiratórios, utilizando estimulação auditiva para orientar a utente nos movimentos de inspiração e expiração), através da dissociação dos tempos respiratórios, dando ênfase à inspiração profunda via nasal e expiração de lábios semicerrados (para obtenção de maior eficácia respiratória);</p>	<p>forma autónoma após a alta hospitalar;</p> <p>- Capacitar para a reintegração social e profissional.</p>	<p><u>01/02/2022</u> (3º dia de pós-operatório)</p> <p>(NOTA) A utente foi intervencionada no dia 29/01/22 e permaneceu na UCI nos dias 30 e 31/01 até ao final do dia, altura que foi transferida para a enfermaria. Apresenta este raio-X de tórax, ainda com drenagens, que foram removidas no dia 31/01, antes da transferência para a enfermaria. Realizou 1º levante na UCI, tendo tolerado, sem intercorrências.</p>  <p><i>Figura 4 - radiografia do tórax no 1º dia de pós-operatória</i></p> <p>A Srª. E. encontra-se sentada no cadeirão, já tendo realizado os seus cuidados de higiene com auxílio da enfermeira. Refere ainda algum cansaço aos esforços, apresentando um score de 2 na</p>
--	--	--	--	---	--

			<p>2) exercícios para promover a expansão pulmonar, otimizar a ventilação alveolar, melhorar a performance dos músculos respiratórios afetados pelo ato cirúrgico e assegurar a permeabilidade das vias áreas, através da técnica de respiração diagramática (com o intuito de diminuir o trabalho respiratório e assim promover a ventilação pulmonar), utilizando a mão para comprimir a região epigástrica, dando maior estímulo táctil e visual à utente; da técnica de reeducação costal global e seletiva, no leito ou no cadeirão, instruindo a utente necessidade de coordenação na inspiração com o movimento de flexão</p>		<p>escala de <i>Borg</i> Modificada (o que corresponde a uma melhoria relativamente ao pré-operatório). Apresenta SpO₂ 94-95% e padrão respiratório simétrico, predominantemente torácico, regular e com amplitude ainda diminuída. Na AP o murmúrio vesicular das bases mantinha-se diminuído, mas sem presença de ruídos adventícios. Nega toracalgia e validei com a utente o uso de contenção torácica para as transferências, mobilizações no leito e levante, que confirmou.</p> <p>Efetuada sessão de RFR com os exercícios descritos na prevenção secundária, à exceção da utilização do espirómetro de inventivo.</p> <p>Esteve recetiva à instrução das técnicas de RFR, mantendo-se focada e relaxada durante os ensinios. Realizou os exercícios com coordenação dos movimentos respiratórios e articulares. A utente não apresenta limitações osteoarticulares nos exercícios propostos, conseguindo atingir uma amplitude de cerca de 75 graus no movimento de flexão da escapulo-umeral durante a técnica de abertura costal global. Treino da tosse dirigida e assistida com <i>huffing</i>, que realizou corretamente, sem expelir secreções. Durante a sessão de RFR, a utente não apresentou dispneia, pelo que se</p>
--	--	--	--	--	--

			<p>da escapulo-umeral e na expiração com movimento de extensão da mesma articulação; na utilização de Espirómetro de Incentivo (melhora a força e resistência dos músculos respiratórios, e favorece o aumento do volume corrente e a expansão pulmonar), sendo possível a utente ter uma resposta visual em tempo real do seu treino;</p> <p>3) exercícios para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, através da técnica de tosse dirigida modificada (<i>huffing</i>) de baixo fluxo e volume nas primeiras sessões e de alto fluxo e volume nas sessões seguintes, conforme tolerância, mantendo sempre a estabilidade</p>	<p>avalia com score de 0 na escala de <i>Borg</i> Modificada.</p> <p>No final desta sessão apresenta SpO₂ de 96-97% e à AP apresenta murmúrio vesicular das bases mais audível, ainda que diminuído relativamente aos segmentos superiores.</p> <p><u>02/02/2022</u> (4º dia de pós-operatório)</p> <p>Realizada sessão de RFR, com a utente sentada no cadeirão. Realizados os mesmos exercícios respiratórios da sessão anterior. À AP já apresenta murmúrio vesicular audível em todos os segmentos e apresenta SpO₂ de 96-98%. Refere melhor tolerância aos esforços, na execução de AVD.</p> <p>Realizado treino de marcha no corredor (cerca de 15 metros) e treino de escadas (subir e descer 10 degraus) com controlo respiratório para menor gasto de energia, sem dispneia e desequilíbrio associados, embora ainda necessite de supervisão. Aplicado soutien sem aros para maior conforto da utente. Introduzido espirómetro de incentivo e ensinada técnica correta de utilização – na posição de sentada ou <i>fowler</i> no leito, colocar</p>
--	--	--	---	--

			<p>esternal, através da contenção da ferida cirúrgica e flexão moderada do tronco;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a coordenação, simetria e amplitude dos movimentos durante a execução das técnicas de RFR; - Avaliar a quantidade, consistência e características das secreções expelidas; - Realizar treino de marcha, subir e descer escadas e incentivar à realização de autocuidados, de modo a prevenir os inconvenientes da imobilidade; - Dar <i>feedback</i> positivo e evidenciar as vantagens dos exercícios implementados. 		<p>o aparelho na vertical à altura dos olhos, realizar 3 a 4 respirações lentas e na última expirar completamente todo o ar (expiração profunda), colocar firmemente os lábios à volta do bocal e inspirar profundamente e fazer uma pausa inspiratória de cerca de 3 segundos e, de seguida retirar o bocal e expirar. O exercício deve ser repetido 3 vezes, caso tolere, e poderá aumentar para 5 repetições posteriormente.</p> <p>A utente realizou raio-X de tórax após a sessão de RFR, denotando-se melhorias significativas em relação ao exame anterior, embora ainda com ligeira subida das hemicúpulas diafragmáticas.</p>  <p><i>Figura 5 - radiografia do tórax no 4º dia de pós-operatória</i></p>
--	--	--	--	--	---

					<p><u>3/02/2022</u> (5º dia de pós-operatório)</p> <p>Realizados ensinamentos para a alta, que ocorreu no período da tarde, nomeadamente ensino de exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores acompanhados de controlo respiratório como flexão plantar, adução e abdução de cada membro inferior alternados e agachamento (5 repetições de cada exercício, 2x por dia). Instruída utente sobre a necessidade de realizar caminhadas (inicialmente 15 minutos por dia e a cada semana deverá aumentar 5 minutos ao tempo total, até chegar aos 30 minutos na 4ª semana e manter esse tempo de caminhada), com um ritmo constante e que poderá aumentar conforme a tolerância. Reforçados ensinamentos sobre os exercícios de RFR realizados durante as sessões anteriores e a sua manutenção no domicílio. Reforçada também a necessidade de manter a contenção torácica durante 6 semanas (período de cicatrização esternal) nas transferências, mobilizações no leito e levante e, dos movimentos que não deverá realizar, como por exemplo varrer ou limpar os vidros, nem pegar em pesos.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Feito ensino da não possibilidade de conduzir durante 6 semanas e do uso de alguma proteção esternal relativamente ao cinto de segurança.</p> <p>Instruída também a alterar alguns hábitos alimentares, devido aos seus antecedentes pessoais, privilegiando os alimentos de lenta ou moderada absorção (baixo índice glicémico) e uma ingestão hídrica de 1,5L/dia.</p> <p>A utente mostra-se receptiva aos ensinamentos feitos e foi capaz de realizar os exercícios respiratórios, sob supervisão, corretamente.</p> <p>A Sr^a. E. teve alta neste dia.</p>
--	--	--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções (por nível de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (intervir/restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Dor	Manter o quadro álgico controlado no período pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar que a dor seja um fator de stress para a utente, limitativa da expansão torácica e da mobilidade adequadas; - Monitorizar o efeito da medicação analgésica e a necessidade de ajuste terapêutico; - Ensinar sobre técnicas não farmacológicas de controlo álgico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar junto da restante equipa de enfermagem terapêutica analgésica quando necessário e incentivar ao uso de medidas não farmacológicas em associação com os analgésicos; - Executar técnica de posicionamento e relaxamento, reduzindo a tensão psíquica; - Efetuar contenção da sutura operatória durante as mobilizações no leito, transferência, levante, durante o esforço e durante a tosse e manobras de limpeza das vias aéreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a dor em intensidades reduzidas e não limitativas da atividade, da expansão torácica normal e da mobilização de secreções. 	<p><u>01/02 e 02/02/22</u></p> <p>Refere dor ligeira nas mobilizações e quando tosse, que reverte espontaneamente com repouso.</p> <p>Reforçada a importância da contenção torácica e implementado o uso de soutien sem aros, para maior conforto da utente, que cumpre.</p> <p>Realizados exercícios de posicionamento e relaxamento durante as sessões de RFR, com melhoria do desconforto ao longo das mesmas.</p> <p><u>03/02/2022</u></p> <p>A utente é capaz de realizar uma contenção torácica eficaz, referindo melhoria no desconforto aquando das mobilizações. Sem necessidade de administração de analgesia.</p> <p>Reforçados ensinios para alta.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (s.d.). Alimentação e Diabetes. Consultado em <https://apdp.pt/material-educacional/alimentacao-saudavel/>
- Boshuizen, R. C., Vincent, A. D., & Van Den Heuvel, M. M. (2013). Comparison of modified Borg scale and visual analog scale dyspnea scores in predicting re-intervention after drainage of malignant pleural effusion. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3109–3116. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1895-3>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. Em A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp.335-375). Loures: Lusociência.
- Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2a ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4a ed). Loures: Lusodidacta.
- Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/Cardíaca/Abdominal. In M. C. O. Cordeiro, & E.C.P.C. Menoita (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Malcato, M. E. (2017). A pessoa submetida a Cirurgia Cardiorrespiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 515-523). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5ªed) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Cadernos OE, Série 1 (nº. 10). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). Modelos para o exercício de Enfermagem. Londres: Heinemann Nursing.
- Vahanian, A., Beyersdorf, F., Praz, F., Milojevic, M., Baldus, S., Bauersachs, J., ... Wojakowski, W. (2021). Guidelines for the management of valvular heart disease. European Heart Journal 00, 1-72. doi:10.1093/eurheartj/ehab395
- World Health Organization [WHO] (2006). BMI classification. Consultado em https://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

APÊNDICES

Apêndice n.º 1 – Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" 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 checked="" 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. Toailete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	100

**Apêndice 6 – Jornal de Aprendizagem: Cuidados de
Enfermagem de Reabilitação no Utente com parésia das
cordas vocais**


**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no
Utente com paralisia das cordas vocais**

Tânia Marques Batista



Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira 



Lisboa, fevereiro 2022

Durante este estágio deparei-me com uma situação clínica que não esperaria encontrar neste contexto clínico, mas, felizmente para o meu percurso académico, surgiu. Acredito que das situações mais esporádicas e pouco comuns é que devemos retirar todo o potencial de aprendizagem e evoluir. E foi exatamente isso que aconteceu, não só a mim, mas também à minha orientadora que nunca se havia deparado com uma situação semelhante.

Foi admitida uma utente na unidade de cuidados intermédios, que irei identificar como Sr^a. C., transferida inicialmente de um hospital da região autónoma dos Açores por patologia cardíaca, com necessidade de intervenção cirúrgica urgente. No hospital de origem sofreu uma paragem cardiorrespiratória e do procedimento de intubação endotraqueal resultou uma parésia da corda vocal esquerda. De acordo com Nazal et al. (2018), num terço dos casos de lesão das vias aéreas por intubação endotraqueal, o órgão lesado é a laringe.

Já no [REDACTED], a utente foi submetida a implantação de válvula aórtica biológica, que decorreu sem intercorrências e foi extubada ainda durante a permanência na unidade de cuidados intensivos. Durante a sua permanência nesse serviço, verificou-se a presença de disfonia e risco de disfagia, pelo que foi mantida dieta zero. A alteração na qualidade da voz, como a disfonia, é um dos primeiros sinais de parésia unilateral das cordas vocais, mas o doente pode também apresentar sintomas mais graves, como tosse ineficaz, aumentando o risco de pneumonia de aspiração (Nazal et al., 2018; Pestana, Vaz-Freitas, Almeida e Sousa, 2012).

A disfagia refere-se a um comprometimento ou distúrbio do processo de deglutição afetando as fases oral, faríngea e/ou esofágica da deglutição, que pode ser congénita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario [CASLPO], 2018). Diagnosticar e intervir precocemente na disfagia pode prevenir condições clínicas mais graves como pneumonia de aspiração ou complicações clínicas adjuvantes da desnutrição e desidratação e, conseqüentemente diminuir o tempo de internamento e os custos associados (Braga, 2017).

Após observação por parte da equipa de otorrinolaringologia do centro hospitalar e realização de alguns meios complementares de diagnóstico, foi confirmada a parésia da corda vocal esquerda e, em conjunto com a equipa de terapia da fala elaborou-se um plano de reabilitação para a utente.

Embora não se tenha descurado a reeducação funcional respiratória, importante no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, o nosso maior foco foi a questão da reeducação da deglutição. De acordo com Domingos e Veríssimo (2014), a Enfermagem de Reabilitação promove intervenções no âmbito dos problemas da deglutição que são suscetíveis de produzirem ganhos em saúde e com impacto altamente relevante na vida da pessoa, nomeadamente no seu bem-estar e qualidade de vida.

Assim, após a transferência da UCI para a unidade de cuidados intermédios, foi realizada uma avaliação da deglutição por parte da equipa de EEER, de modo a perceber-se os défices da utente e quais as necessidades de reabilitação. Saliento que a utente já tinha indicação médica para ingerir pequenos goles de água aquando da transferência.

Nesta **avaliação da deglutição** avaliou-se:

- Estado mental e funções cognitivas (utente consciente, orientada na pessoa, tempo e espaço, calma e atenta às indicações /solicitações dadas, com perceção do nosso discurso mantida e sem aparentes défices de memória);

- Linguagem (sem défices aparentes);

- Postura/controlo da cabeça com a utente sentada e simetria facial (utente com boa postura da cabeça, conseguindo realizar movimentos de rotação/flexão e com simetria facial mantida);

- Aparência da mucosa oral (mucosa ligeiramente descorada e desidratada, mas sem lesões visíveis);

- Presença de peças dentárias (utente com bom estado geral dos dentes, mas utiliza prótese dentária superior parcial bem ajustada, que consegue colocar/remover de forma autónoma);

- Padrão respiratório (eupneica em repouso, com SpO2 entre 93-96%);

- Capacidade de fazer apneia voluntária (consegue manter poucos segundos, sem grande repercussão nos valores de SpO2);

- Eficácia da tosse (tosse pouco eficaz, com ligeira dor esternal associada mesmo com contenção torácica aplicada);

- Capacidade de deglutir a saliva/secreções (presente);

- Reflexos de deglutição – tosse, velopalatino e faríngeo (com o auxílio de uma espátula, tocou-se no palato mole e aparentemente com reflexos mantidos);

- O V par craniano (trigémio), pedindo à utente para mastigar (é capaz) e validando a componente sensorial do nervo, pedindo à utente para identificar sensações intensas e suaves em ambos os lados da face, na testa e nas bochechas (consegue identificar as diferenças);

- O VII par craniano (facial), pedindo à utente para sorrir, mostrar os dentes e deitar a língua para fora (sem presença de movimentos anormais ou assimetria facial);

- Os IX e X pares cranianos (glossofaríngeo e vago, respetivamente), pedindo à utente para dizer “ahhhh” (apresenta elevação da úvula e do palato mole, embora com ligeiro desvio da úvula para o lado direito e apresenta disfonia ligeira);

- O XI par craniano (espinhal), através da aplicação de força manual no músculo esternocleidomastoideu enquanto a utente faz elevação de ambos os ombros e realização de movimentos da cabeça, como rotação/flexão/extensão (força e movimentos mantidos);

- O XII par craniano (hipoglosso), através da realização de movimentos da língua, dentro e fora da boca (sem assimetrias ou movimentos irregulares da língua).

A capacidade de deglutição foi avaliada com água - 1 colher com água em 3 vezes seguidas, mas distintas e depois com um copo de água cheio, a utente deu 2 ou 3 goles de água, sem aparente disfagia. Embora no centro hospitalar não exista nenhuma escala definida para avaliação da deglutição, utilizou-se informalmente a escala de GUSS (*Gugging Swallowing Test*) – ver Anexo I, ainda que não fosse possível aplicá-la na primeira avaliação, pois nesta fase e por indicação médica, não foram testadas outras consistências. Contudo, esta escala serviu de apoio para validar a evolução das capacidades de deglutição da utente.

Após esta avaliação, a Sr.^a C. manteve a ingestão de pequenos goles de água, sempre na posição de sentada, sem intercorrências.

Na sessão do dia seguinte, deu-se início à reeducação da deglutição com o seguinte conjunto de exercícios posturais: flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical (com mais incidência para o lado esquerdo) e flexão lateral para o lado direito. Foi solicitado à utente que fosse realizando estes movimentos várias vezes ao longo do dia.

Ao longo das sessões diárias foram sendo acrescentados exercícios de amplitude dos movimentos e fortalecimento muscular, de acordo com a capacidade e colaboração da utente. Os exercícios que fomos adicionando ao plano de reabilitação, incluíam exercícios a nível dos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas, como por exemplo:

- Lábios: protraír, retraír, lateralizar, “estalar” os lábios, segurar uma espátula entre os lábios, assobiar, “dar beijinhos”, sucção;

- Língua: protusão, lateralizar para os cantos da boca, elevação da ponta da língua até à face interna dos dentes, produzir sons tipo “g”, gargarejar ou bocejar (para aumentar a amplitude) + retraír a língua durante 1 a 2 segundos, gargarejar ou bocejar mantendo a língua retraída, exercícios de resistência com a espátula ou

colher (para fortalecer e aumentar a resistência) + colocar a língua em concha, movimentos laterais e posterior (exercícios de “manipulação” do bolo alimentar);

- Mandíbula: movimentos de abertura passiva (com a língua no céu da boca) e ativa (pressão ligeira do mento com dois dedos de cada lado durante cerca de 2 segundos) e alongamentos;

- Laringe: voz de falsete e manobra de Shaker;

- Bochechas: insuflar a cavidade oral com ar e movimentar o ar dentro da mesma, sucção das bochechas.

Para não causar demasiado cansaço à Sr.^a C. e consequentemente desinteresse pelo plano de reabilitação, não se introduziram estes exercícios todos na mesma sessão e optámos por agrupá-los em cada sessão (lábios e bochechas, língua, mandíbula e laringe). Solicitámos à utente que os fosse realizando ao longo do dia, preferencialmente cerca de 10x/dia e repetir cada movimento 5 a 10x, estendendo ao máximo cada direção e mantendo as posições 1 a 3 segundos.

Concomitantemente, fomos mantendo uma avaliação da deglutição e adequou-se a dieta às evoluções demonstradas pela utente, tendo a mesma progredido gradualmente até a uma dieta mole sem demonstrar qualquer sinal de disfagia. Foi também reavaliada por otorrinolaringologia, tendo realizado nova videofluoroscopia, com melhorias significativas da parésia da corda vocal esquerda.

Uma vez que não tinha visitas presenciais devido à distância, foram realizados ensinamentos à filha da utente por videochamada, em que esteve “presente” durante algumas sessões de reabilitação. A cada sessão de trabalho, foram também reforçados os ensinamentos à Sr.^a C., que se mostrou sempre muito recetiva e proactiva.

Acredito que a nossa disponibilidade e dedicação a este caso particular foi notado pela utente, o que pode ter potenciado a sua participação em cada sessão. Conjuntamente, o desejo da utente em regressar à sua máxima funcionalidade foi

uma mais-valia para os resultados que obtivemos, tendo sido uma díade (utente-EEER) eficaz e produtiva.

A utente foi novamente transferida para o hospital da sua área de residência, ao fim de uma semana de internamento na unidade de cuidados intermédios, com indicação para manter os exercícios e acompanhamento por otorrinolaringologia.

No final de todo este processo de reabilitação, acredito que valorizamos ainda mais o trabalho em equipa e que a díade supervisora-aluna contribuiu para o sucesso deste caso. A partilha de conhecimentos adquiridos, maioritariamente, através de pesquisa bibliográfica mais extensa, permitiu-nos capacitar a utente perante esta limitação transitória e assim, maximizar a sua funcionalidade.

Apesar de tudo o que fui exercendo ao longo deste estágio, este foi um dos processos de reabilitação que mais satisfação me deu e que me permitiu perceber a extrema importância do EEER para a melhoria significativa da pessoa, perante uma situação extrema como a apresentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp.263-270). Loures: Lusodidacta
- College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario [CASLPO]. (2018). Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by speech-language pathologists Disponível em https://caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Dysphagia.pdf
- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). Cuidados de Enfermagem à pessoa com deglutição comprometida - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf
- Nazal, C. H., Vilches, A. A., Marín, C. V., Contreras, K. C., Valenzuela, C. N., & Ventí, P. B. (2018). Vocal cord paralysis after endotracheal intubation: an uncommon complication of general anesthesia. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 68(6), 637–640. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.12.011>
- Pestana, P. M., Vaz-Freitas, S., & Almeida e Sousa, C. (2012). A eficácia da intervenção em terapia da fala na paralisia da corda vocal : Avaliação objectiva. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 50(3), 215–220. <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/115/115>
- Trapl-Grundschober, M. (2017). Instruções em como utilizar o gugging swallowing screen GUSS. 1–19. https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/08/guss_instruc3a7c3b5es_pt.pdf
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

ANEXO I – Escala de GUSS (*Gugging Swallowing Test*)

GUSS *Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
· Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
· Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
· Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
· Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
· Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
· Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
· Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
· Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA			
· Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
· Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
· Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
· Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	_____ (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> · Dieta normal · Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> · Dieta passada · Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) · Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> · Dieta semi-líquida · Líquidos espessados · Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado · Não administrar medicação líquida · Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> · NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) · Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

Tabelas 1 e 2: Escala adaptada de Trapl-Grundschober (2017) no Guss Group International, com base em Trapl et al. (2007).

**Apêndice 7 - Jornal de Aprendizagem: Cuidados de
Enfermagem de Reabilitação no Utente Pediátrico**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no
Utente Pediátrico**

—

Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira [REDACTED]

—

Lisboa, novembro 2021

Nesta semana de estágio tive a possibilidade de acompanhar a enfermeira orientadora na visita ao único utente pediátrico da ECCL; o D. tem 11 anos e sofre de paralisia cerebral encontrando-se traqueotomizado desde a primeira infância e necessitando de ventilação mecânica domiciliária. É uma criança cuidada pela equipa da ECCL há vários anos, pelo que a relação terapêutica com a mesma e com a família já está construída. Perante esse facto, questionei-me se teria capacidade para ser mais um membro ativo dessa relação terapêutica e se haveria abertura por parte da família de me receber, uma vez que se trata de uma situação tão específica. Diversos sentimentos contraditórios antecederam esta visita: se por outro lado, teria a oportunidade de colocar em prática diversas aprendizagens relativamente à reeducação funcional respiratória (RFR) que até a esta fase ainda não concretizara, por outro trata-se de uma criança e na área da pediatria não estou, de todo, confortável.

Tal como referem (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2012), os sucessivos avanços em cuidados intensivos pediátricos levaram a uma redução das taxas de mortalidade neonatal e pediátrica e, conseqüentemente, a um aumento do número de crianças com insuficiência respiratória crónica que exigem monitorização e/ou tratamento através de ventilação mecânica. O objetivo do enfermeiro especialista em reabilitação (EEER) na área da pediatria e, nesta situação particular, é melhorar a qualidade de vida do D., fornecendo um *continuum* de cuidados de enfermagem especializados, em colaboração com uma equipa multidisciplinar (França, Sousa & Castelhana, 2021). Assim, torna-se essencial que o EEER tenha uma abordagem holística, considerando as dimensões física, cognitiva, emocional, social, cultural e espiritual (Ricci-Balich & Behm, 2011; Silva et al., 2012).

Importa realçar que os pais são os principais prestadores de cuidados para a maioria das crianças em ventilação domiciliária (Silva et al., 2012), e nesta família acontece o mesmo. Apesar da família ter apoio diário de uma cuidadora perita nesta área (no período da manhã), na grande parte do dia os cuidados são prestados pelos pais e irmão. Isto leva a que haja uma grande necessidade de incluir a família e cuidadora no plano de cuidados, uma vez que todo o meio que rodeia o D. deverá

adaptar-se à sua condição e, conseguir dar resposta às suas necessidades (Silva et al., 2012). Tal como referem França et al. (2021), a capacitação para o papel parental não pretende substituir o EEER ou qualquer outro elemento da equipa, mas sim habilitar os pais a serem agentes ativos em todo o processo. Isto implica a aquisição dum conjunto de competências para executar técnicas dentro do regime de reabilitação, por parte da família/cuidadores (França et al., 2021). Em relação a esta questão, deparei-me com uma família muito competente, conhecedora da necessidade de ventilação, do funcionamento/utilização/manutenção do ventilador; capaz de vigiar a eficácia da ventilação (através da observação de sinais de dificuldade respiratória e avaliação de saturações periféricas com oxímetro periférico); autónoma na eliminação de secreções (através da aspiração de secreções), na alimentação e hidratação por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG); e com uma adequada gestão terapêutica. Embora este processo já esteja a ser trabalhado desde uma fase inicial da condição do D., importa que seja feito a validação das práticas no contexto familiar e, conseqüentemente, o reforço nos ensinamentos.

Antes de iniciar o programa de reabilitação para esta sessão, a enfermeira orientadora apresentou-me ao D. e quando o abordei senti falta de uma resposta verbal por parte do mesmo, como a aceitar-me dentro do seu espaço tão pessoal como é o seu quarto. Ainda assim, pela expressão facial do D., que esboçou um sorriso, percebi que me estava a autorizar “brincar” também, conjuntamente com a enfermeira que já conhece. Segundo Cordeiro e Leite (2014) a brincadeira e os brinquedos são fundamentais e indispensáveis para otimizar a participação da criança e dos principais cuidadores. No caso do D., a musicoterapia funciona como adjuvante ao programa de reabilitação. A enfermeira orientadora tem uma *playlist* definida para todas as sessões, começando sempre com a mesma música (com um ritmo mais acelerado) e que funciona como notificação da sua presença. Ao longo da sessão, os ritmos vão variando, mas termina sempre com uma melodia mais relaxante, que sinaliza o final da sessão. Em todos os exercícios realizados é associada uma brincadeira, como por exemplo, relacionar os movimentos a um objeto que a criança identifica e gosta. Este instrumento de trabalho

(música/brincadeira) tornam o ambiente mais caloroso e mantêm as capacidades afetivas, criativas e sociais da criança/família (Cordeiro & Leite, 2014). O facto de eu não conhecer a dinâmica da sessão, nem o plano de cuidados delineado para a mesma, fez com que participasse pouco nesta dinâmica de brincadeira/exercícios. Ainda assim, para mim, foi mais uma aprendizagem, que após reflexão e pesquisa faz muito sentido ser utilizada neste caso. Nas sessões seguintes, terei mais uma ferramenta para tentar aplicar e ajudar-me na consolidação da relação terapêutica.

No que respeita à otimização do tratamento ventilatório da criança no domicílio, o EEER tem uma posição fundamental e fá-lo através da implementação de um programa de RFR (Silva et al., 2012). Ao longo da visita domiciliária é feita uma avaliação criteriosa do *status* ventilatório do D., de modo a identificar eventuais alterações que possam exigir a nossa intervenção. Este tipo de avaliação deve ser comparada com o historial respiratório da criança e com avaliações anteriores (Silva et al., 2012). Assim, questiona-se a família/cuidadora sobre possíveis alterações verificadas pelos mesmos, como saturações de oxigénio, alterações da coloração cutânea, sinais de dificuldade respiratória, aumento de secreções; avalia-se a existência de sinais de dispneia, frequência respiratória e padrão respiratório, a simetria e a qualidade do movimento de expansão torácica, os parâmetros de ventilação e o correto funcionamento dos dispositivos e a presença de distensão abdominal; procede-se à auscultação torácica, identificando os sons respiratórios e ruídos adventícios; e valida-se a correta execução de técnicas (como por exemplo, a aspiração de secreções e os cuidados à traqueostomia) por parte da família/cuidadora. Com base nesta avaliação é que se torna possível delinear e implementar uma série de técnicas de RFR, com os objetivos de promover a sincronia e adaptação ao ventilador; melhorar a relação ventilação/perfusão e manutenção da oxigenação; manter a permeabilidade das vias aéreas; mobilizar e remover excesso de secreções broncopulmonares; e prevenir e/ou retificar posições viciosas e antiálgicas defeituosas (Silva et al., 2012; Sousa, Duque & Ferreira, 2012). De modo a operacionalizar estes objetivos, nesta sessão foram combinadas as seguintes técnicas:

- **Posicionamento e drenagem postural clássica.** Através do posicionamento da criança, é possível corrigir alguns defeitos posturais, contribuindo assim para a melhoria da ventilação (Silva et al., 2012). Por outro lado, a drenagem postural ajuda a mobilizar as secreções de um ou mais segmentos pulmonares para as vias aéreas centrais e traqueia, colocando a criança em diversas posições, de modo a que a gravidade assista no processo de drenagem (Branco et al., 2012; Sousa et.al, 2012). Sendo uma das principais indicações para esta técnica, a retenção localizada de secreções em pessoas incapazes de iniciar voluntariamente a tosse ou de produzir uma tosse eficaz (Branco et al., 2012), considero ser uma técnica muito útil para aplicar neste caso;

- **Manobras acessórias** (Compressão manual, percussão e vibração torácicas): a primeira consiste numa compressão vigorosa da grelha costal, no início da fase expiratória da ventilação mecânica, permitindo um aumento dos volumes e fluxos expiratórios (Branco et al., 2012; Sousa et.al, 2012). A percussão e a vibração são procedimentos manuais aplicados sobre o tórax, que transmitem ondas de energia que modificam as propriedades das secreções brônquicas e amplificam o movimento ciliar, favorecendo a mobilização das secreções (Branco et al., 2012; Sousa et.al, 2012). Indo ao encontro do que estes autores referem, foi possível verificar a mobilização das secreções para as vias aéreas mais centrais, através da auscultação pulmonar e pela presença de secreções na boca do D.;

- **Aspiração de secreções:** uma vez que o D. não tem capacidade para eliminar as secreções de forma espontânea, opta-se por recorrer a esta técnica invasiva de remoção de secreções. Este procedimento pode acarretar várias complicações, como broncospasmo, hipoxemia, infeção respiratória e traumatismo direto na mucosa traqueal (Branco et al., 2012; Sousa et.al, 2012);

- **Exercícios de reeducação respiratória:** realizados exercícios de reeducação costal global e seletiva com auxílio bilateral, uma vez que não temos a colaboração do utente, em decúbito dorsal sem almofada. A primeira promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar e, a segunda permite promover e recuperar a mobilidade costal, favorecendo a expansão

pulmonar e torácica do lado que está a ser trabalhado (Cordeiro & Menoita, 2014). Durante a realização destes exercícios tentou-se coordenar o movimento realizado com o ritmo respiratório, ou seja, sincronizar a inspiração com a fase de extensão, e a expiração com as fases de flexão.

A literatura também descreve outras técnicas passíveis de serem consideradas num programa de RFR, como o ensino da tosse eficaz (tosse dirigida, assistida ou dirigida modificada – *huffing*) ou a hiperinsuflação manual (Silva et al., 2012; Sousa et al., 2012), que nesta situação não se adequam. Na condição de saúde do D., a utilização de *cough assist* poderia ser uma mais-valia, na mobilização das secreções mais eficaz e com menos dispêndio de energia por parte da família/cuidadora/EEER.

A nossa sessão terminou com a transferência do D. para o plano inclinado que dispõe, após colocação de talas nos membros inferiores para manter a dorsiflexão da tibiotársica, promovendo maior estabilidade, conforto e, evitar posicionamentos defeituosos dos pés.

Tal como referi anteriormente, esta sessão permitiu-me colocar em prática várias técnicas já aprendidas em semestres anteriores e, por ser a primeira experiência quer em RFR, quer em pediatria, foi muito enriquecedora. Ainda assim, sei que terei de treinar algumas das técnicas mais vezes para me sentir confortável na sua realização de forma autónoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). Temas de Reabilitação: Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign, Lda.
- Cordeiro, M. C. & Leite, T. (2014). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In M. C. O. Cordeiro, & E.C.P.C. Menoita (Coords.). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas (pp. 321-380). Loures: Lusociência
- França, A., Sousa, S. M., & Castelhana, P. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/adolescente. In O. Ribeiro (Coord.), Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas (pp. 84-132). Lisboa: Lidel.
- Ricci-Balich, J., & Beh, J. A (2011). Enfermagem de Reabilitação Pediátrica. In S.P. Hoeman (Coord.), Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (pp. 719-741). Loures: Lusodidacta.
- Silva, J., Silva, N., Santos, V., & Silveira, T. (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 14-25. Disponível em <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=30725>
- Sousa, L., Duque, H., & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva. In M. C. Cordeiro & E. Menoita (Coords.), Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas (pp. 194-211). Loures: Lusodidacta.

**Apêndice 8 - Jornal de Aprendizagem: Cuidados de
Enfermagem de Reabilitação no Utente com alterações
músculo-esqueléticas**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no
Utente com alterações musculoesqueléticas**

—

Docente: Professora Cristina Saraiva
Orientadora: Enfermeira [REDACTED]

—

Lisboa, novembro 2021

Considerando que uma grande percentagem dos utentes em carteira da ECCI são utentes do foro ortopédico, achei que seria importante fazer uma reflexão acerca dos cuidados de enfermagem de reabilitação que são prestados a estes utentes, já em contexto domiciliário e recorrendo aos recursos que existem em cada casa, de forma a maximizar a funcionalidade da pessoa após o acidente ou processo de doença (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), tal como é preconizado no Regulamento das Competências Específicas do EEER.

Para que o plano individual de cuidados de Enfermagem de Reabilitação definido seja bem-sucedido e se obtenha efetivamente a maximização da funcionalidade, é necessário que exista motivação por parte do utente (Lourenço, Faria, Ribeiro & Ribeiro, 2021). Ao EEER cabe capacitar a pessoa, de forma a criar condições para que as expectativas e as motivações pessoais sejam alcançadas (Reis & Bule, 2017). Torna-se importante que a pessoa tenha perceção dos ganhos que pode obter e a convicção de que é capaz de concretizar as ações necessárias para atingir os resultados exequíveis (Reis & Bule, 2017).

Indo ao encontro desta temática, irei abordar duas situações distintas no que à motivação se refere, de duas utentes com o mesmo diagnóstico clínico, mas com planos de cuidados individualizados muito distintos, derivado dos seus objetivos funcionais.

A Sr.^a P. tem 82 anos, é viúva e previamente autónoma em todas as atividades de vida. Sofreu uma queda no domicílio, resultando numa fratura do colo do fémur esquerdo que foi intervencionada (colocação de prótese total da anca) e é seguida pela ECCI desde setembro, portanto o plano individual de cuidados já tinha começado a ser definido quando iniciei o estágio. Ainda assim, e devido às capacidades atingidas pela utente ao longo das semanas, houve necessidade de ir redefinindo o plano, para ir ao encontro do principal objetivo da utente – voltar a conduzir. Embora vários estudos indiquem que a capacidade de realizar as ABVD e AIVD diminuem em mais de 50% após uma fratura desta tipologia ou que as situações de fraturas do foro ortopédico podem levar a situações de incapacidade, que levam à diminuição da qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2017), a Sr.^a P. mostra-nos que este processo de doença agudo não a levará a ficar dependente de outros.

Quando iniciei as visitas domiciliares com a Sr.^a P. esta já era capaz de realizar levantar da cama, sentar/levantar do cadeirão, usar o sanitário e deambular (dentro do domicílio) com apoio de uma canadiana de forma autónoma. Na primeira visita pude avaliar estas capacidades da utente e verificar a necessidade de melhorar alguma delas – tive apenas necessidade de reforçar que na marcha é importante manter uma postura correta para não afetar o equilíbrio enquanto deambula. Pude verificar também que já tinham sido eliminadas todas as barreiras arquitetónicas da casa e que a utente tem um grande suporte familiar (filha e genro vivem na mesma casa). Após esta validação, iniciámos o treino de subir/descer escadas, que ainda não tinha sido realizado. A utente foi instruída a subir (1º sobe o membro inferior não operado, 2º sobe o membro inferior operado e em 3º a canadiana passa para o degrau onde estão os dois pés) e a descer (1º a canadiana passa para o degrau abaixo onde estão os pés, 2º desce o membro inferior operado e 3º desce o membro inferior não operado) um lanço de escadas, tendo cumprido corretamente o exercício. Foi-lhe solicitado que todos os dias fizesse este treino, até à próxima visita da equipa de ECCI, que cumpriu. Ao longo das sessões seguintes, introduzimos a pedaleira manual, com indicação para realizar 15-20 minutos/dia e conforme tolerância, de forma a iniciarmos um treino de resistência também. Numa das semanas, em que não podemos fazer nenhuma sessão com a utente, verificámos junto da mesma que havia tido um aumento da dor (que já estava controlada) e houve necessidade de reinstaurar terapêutica analgésica em SOS até 2x/dia e de informar o médico de família para requisição de algum exame complementar de diagnóstico, caso houvesse necessidade. Na semana seguinte, nas duas sessões realizadas, foram realizados exercícios musculares e articulares (ativos-resistidos) para fortalecimento dos músculos flexores, extensores, abdutores e rotadores externos da anca + treino com pedaleira (15 minutos). Quando se verificou que a dor estava controlada, iniciámos treino de marcha na rua, com declives e piso acidentado, apenas com o auxílio de uma canadiana. A primeira saída, foi feita uma distância de cerca de 50 metros, para a Sr.^a P. adaptar-se à diferença de pisos (relativamente ao seu domicílio). Nas saídas seguintes, fomos aumentando a distância e a utente ficou extremamente feliz por verificar que conseguia vir à rua, subir e descer a sua rua, falar com as vizinhas e, que apesar de sentir necessidade de fazer algumas paragens, não se mantinha “presa” em casa. Fomos sugerindo algumas saídas com a filha e o genro, de forma a ganhar confiança em realizar

marcha fora de casa e sem ser apenas com a equipa da ECCL, de modo a ganhar mais essa autonomia, que cumpriu algumas vezes, sem intercorrências.

Não posso prever se a Sr.^a P. irá atingir o seu principal objetivo até terminar o meu estágio, mas posso afirmar que a intervenção do EEER da equipa de ECCL teve um contributo significativo para o desenvolvimento de capacidades que foram perdidas devido ao episódio agudo de doença e que a utente está bastante integrada no seu processo de reabilitação, tendo noção que é a principal agente de mudança na sua melhoria. Desta forma, acredito que estará no caminho certo para alcançar a maximização da sua funcionalidade.

Por sua vez, a Sr.^a J. tem 90 anos, é viúva e dependia de ajuda de terceiros (cuidadora) em algumas atividades mais complexas, como por exemplo tomar banho, cozinhar, fazer compras. Embora o domicílio já tivesse adaptado para uma idosa com alguma limitação na mobilidade, com poucas barreiras arquitetónicas, a Sr.^a J. sofreu uma queda no wc, da qual resultou uma fratura do colo do fémur esquerdo, tendo sido submetida a colocação de prótese total da anca e posteriormente foi referenciada para a ECCL. A utente tem uma filha, mas a relação entre ambas é conflituosa (sic) e, portanto, desde a morte do marido, isolou-se bastante em casa. A cuidadora vive num anexo da casa e está bastante presente, acabando por ser uma das poucas pessoas com quem tem interação. A Sr.^a J. está a ser acompanhada por EEER da ECCL desde Agosto e quando iniciei o meu estágio, quase todos os objetivos a que se propôs estavam alcançados. Além deste fator, a utente recusou realizar fisioterapia após alta da ECCL, como lhe foi proposto. O principal objetivo da utente é conseguir deambular pela sua casa, nomeadamente do quarto para a sala ou para a cozinha, sem depender de terceiros, mesmo que necessite de algum produto de apoio para se deslocar. Ao longo das sessões, o objetivo foi manter e fortalecer a capacidade para a marcha, tendo mantido o treino de subir/descer escadas para o pátio exterior da sua casa, de forma a poder usufruir da totalidade do espaço da mesma; treino de marcha com andador, com aumento das distâncias em cada sessão (no interior e no exterior), embora não tenhamos saído da propriedade da utente. Devido à sua insuficiência cardíaca, apresenta cansaço aos esforços, tendo necessidade de fazer pausa nas distâncias mais longas, revertendo com o repouso. Embora não fosse um objetivo da Sr.^a J. e que nos tenha exprimido que não havia necessidade de o fazermos, sentimos que a utente se sentia extremamente realizada em nos mostrar a sua

propriedade e contar algumas histórias do passado e, por esse motivo, fomos alternando os dois tipos de treino. Apercebemo-nos junto da cuidadora que nos dias em que não realizávamos visita domiciliária, a Sr.^a J. não saía para o exterior e estava mais tempo em repouso no leito ou no cadeirão. Uma vez que a lista de espera para a entrada de novos utentes para a ECCL não se encontrava crítica, fomos mantendo a intervenção junto da Sr.^a J., preservando assim a sua mobilidade eficaz e reduzindo o seu isolamento (mesmo que por curtos períodos de tempo). Esta situação levou a refletir sobre o isolamento social que os idosos sofrem e que em muitas situações, estes acontecimentos de doença aguda, podem trazer alguma companhia e até mesmo alegria e felicidade a esta população tão vulnerável. E também aqui, o EEER pode ter uma participação muito ativa quer no seio domiciliar, quer articulando-se com a comunidade, de forma a validar quais os meios disponíveis na mesma, para minimizar este isolamento.

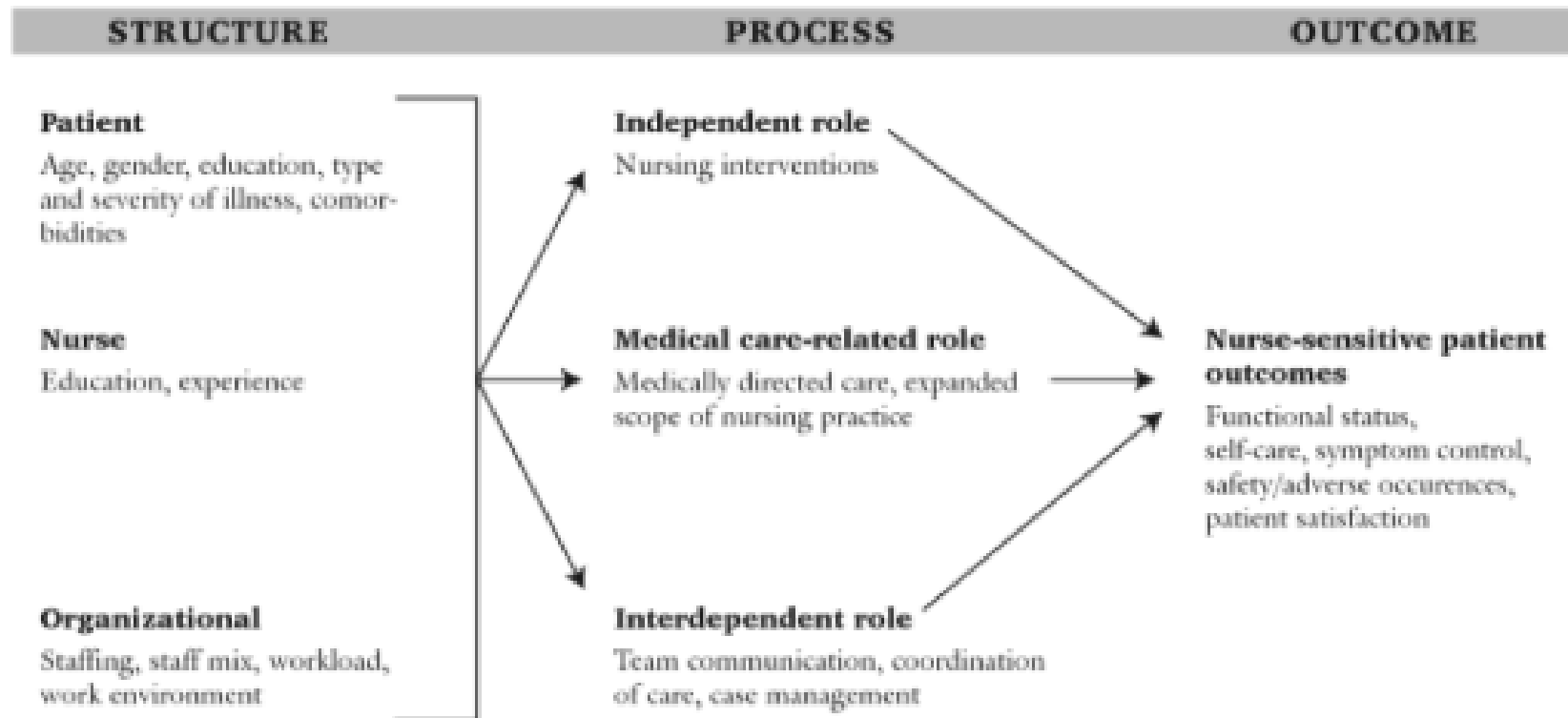
A entrega que notei da Sr.^a P. em cumprir todas as nossas solicitações, contrariamente à entrega da Sr.^a J., mostrou-me que por muito que queiramos dar à pessoa as ferramentas para melhorar a sua funcionalidade, nada funcionará se a própria não quiser. É importante definir um objetivo exequível, para que a pessoa mantenha esse foco e acabe por cumprir o plano de cuidados, que lhe vai trazer ganhos. Esta é a premissa que levo desta situação, enquanto futura EEER ou mesmo como ainda enfermeira generalista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série (Nº 85 de 03/05/2019), 13565–13568. ELL: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Reis, G. & Bule, M.J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.57-65) Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.421-431) Loures: Lusodidacta.

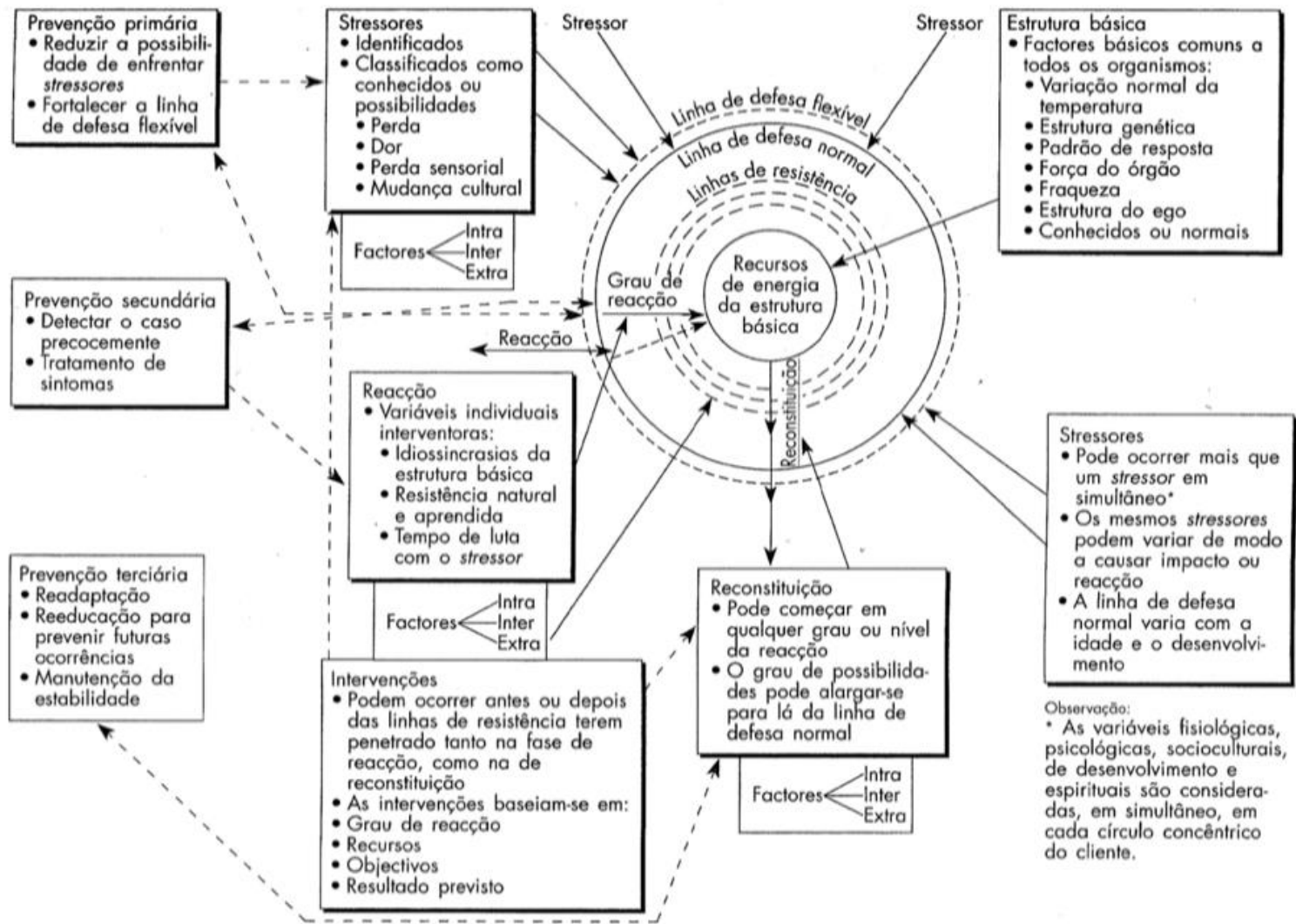
Anexos

Anexo 1 - Nursing Role Effectiveness Model



FONTE: Doran (2011).

Anexo 2 - Modelo de Sistemas de Neuman



FONTE: Beckman & Fawcett (2020).

**Anexo 3 – Folheto Informativo “Orientações ao doente após cirurgia
cardíaca**

320 609

RECOMENDAÇÕES PARA ALTA

DURANTE AS PRÓXIMAS 6 A 8 SEMANAS

Repita os exercícios respiratórios, pelo menos, 2 a 3 vezes por dia, como fazia com o enfermeiro de reabilitação.

Não deve conduzir sem indicação médica

Não deve fazer esforços de braços, empurrar, puxar e levantar pesos

Faça diariamente algum exercício físico. Ande a pé e aumente progressivamente o tempo de marcha, de acordo com a sua tolerância.

Pode subir e descer escadas. Pare sempre que se sinta cansado

Previna as infecções respiratórias: evite as correntes de ar, temperaturas baixas, humidade, mudanças bruscas de temperatura e contacto com doentes infectados



ALERTAS

SE SENTIR:

- ☾ Aumento de cansaço
- ☾ Tosse irritativa ou com expectoração
- ☾ Falta de ar
- ☾ Febre

deve contactar
o seu
médico assistente

Para mais esclarecimentos tem sempre disponível:

A Equipa de Enfermagem de Reabilitação

Telefone HSC: 21 416 34 00
Telemóvel de Reabilitação: 96 137 15 41

Lisboa, 2007

O

RECOMENDAÇÕES

AO DOENTE APÓS CIRURGIA CARDÍACA



EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NO PRE E POS-OPERATÓRIO

Núcleo de Enfermagem de
Reabilitação

OBJECTIVO

- ↳ Promover uma recuperação rápida
- ↳ Prevenir complicações
- ↳ Facilitar o retorno às suas actividades de vida

INFORMAÇÃO

É através do tórax, que o cirurgião chega ao coração para realizar a sua cirurgia. Assim, terá algumas limitações: na respiração, no levantar, no deitar e nas actividades de vida.

DEPOIS DA CIRURGIA AO CORAÇÃO:

- ↳ Vai para a Unidade de Cuidados Intensivos, até acordar da anestesia;
- ↳ Vai estar ligado a um aparelho (ventilador) que o ajuda a respirar, através de um tubo;
- ↳ O tubo traqueal não lhe permite falar, mas poderá comunicar através de gestos;
- ↳ Terá drenos no tórax, para a saída de líquidos resultantes da cirurgia;
- ↳ Poderá sentir desconforto, mas terá médicos e enfermeiros, que lhe dão terapêutica para a dor.

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

O Enfermeiro de Reabilitação vai ensinar-lhe alguns exercícios respiratórios, a tossir, a levantar, a sentar, a mobilizar na cama e a descansar.

Controlo da Respiração

Inspire



Cheire a Flor

Expire



Sopre a vela

Tosse com contenção da sutura



Também pode usar um colete de contenção

MOBILIZAÇÃO / LEVANTAR



Estimule a circulação sanguínea, mobilize os membros, um de cada vez



Nas primeiras 24h efectuará levante para cadeirão, tendo em atenção os seguintes passos:

Para se Levantar:

- ↳ Vire-se de lado
- ↳ Ponha as pernas de fora da cama
- ↳ Levante o tronco com o apoio do cotovelo

Para se deitar:

- ↳ Sente-se na cama
- ↳ Deite-se de lado, apoiando o cotovelo.

Ande por curtos períodos.
Retome progressivamente a sua actividade.