



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto na Pessoa em Processo
Cirúrgico
Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

Filipa Alexandra Amador Espada



Lisboa

2022



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto na Pessoa em Processo
Cirúrgico**

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Filipa Alexandra Amador Espada

Orientador:

Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques Pinto

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

***“Nunca saberá que resultados virão da sua ação. Mas se não fizer nada,
não existirão resultados”***

Mahatma Gandhi

***“Faço da dificuldade a minha motivação. A volta por cima, vem na
continuação.”***

Charlie Brown Jr.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vanda Pinto, pela disponibilidade, crítica, apoio e confiança. Obrigada por acreditar em mim. Será sempre um exemplo.

Ao Enfermeiro Henrique Alves, serei sempre grata por toda a aprendizagem, apoio e oportunidades desde o primeiro dia. Um profissional de excelência, cuja prática guiará sempre a minha prática.

À Enfermeira Natacha Sousa, pela aprendizagem e crescimento proporcionado.

Ao Emanuel por estar sempre na retaguarda e nunca me deixar cair. Sem o seu apoio, paciência e companheirismo nada seria possível.

À minha mãe pelo apoio e amor incondicional.

À minha filha maravilhosa e incrível que dos seus 5 anos sabe tão bem o que significa a palavra compreensão. Carminho será sempre por ti.

Obrigada a todos os que estão sempre aí.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central Sistemas de Saúde

APER – Associação Portuguesa Enfermeiros Reabilitação

AVD's - Atividades de Vida Diárias

CATR - Ciclo Ativo Técnicas Respiratórias

CEEER – Colégio da Especialidade Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CPP - Complicações Pós-Operatórias

DGS – Direção Geral Saúde

ECCL – Equipa Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EOT – Entubação Orotraqueal

GCQ – Global Comfort Questionnaire

HSB - Health Seeking Behaviors

INE – Instituto Nacional de Estatística

LAR – Low Anterior Resection

LARS – Síndrome de Resseção Anterior Baixa (Low Anterior Resection Syndrome)

MDCT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MRC – Medical Research Council

MV - Murmúrio Vesicular

OE – Ordem dos Enfermeiros

RA – Ruídos Adventícios

RAR – Resseção Anterior Baixa

RFM - Reabilitação Funcional Motora

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – World Health Organizaion

RESUMO

Perante o aumento exponencial de cirurgias realizadas, surge a necessidade de criar conhecimento e evidência científica sobre a intervenção especializada junto desta população específica. As complicações pós-operatórias são a maior causa de morbidade, mortalidade e institucionalização prolongada com aumentos inerentes de custos económicos. Estas complicações podem ser de diversas etiologias e estar dependentes de diversos fatores de risco associados. As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico promovem diagnósticos precoces e ações preventivas, assegurando a manutenção da funcionalidade e a prevenção de complicações. Esta atuação especializada possibilita manter ou recuperar independência, controlando e minimizando efeitos das complicações associadas.

O conforto é a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência, nas dimensões física, psico-espiritual, social e ambiental. Para o âmbito do presente relatório, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, recorrendo ao método PI(C)O partindo da seguinte questão: “Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (Intervention), na promoção do conforto (Outcomes), na pessoa em processo cirúrgico (Population)?” O presente relatório permitiu desenvolver conhecimento e competências aos níveis do processo cirúrgico, complicações pós-operatórias e respetiva intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No decorrer do processo de aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, foi fundamentada a intervenção especializada como promotora de conforto apoiada na Teoria do Conforto de Kolcaba. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ao abordar o conforto na sua intervenção, deve esperar resultados realistas assentes nessas dimensões, obtendo os respetivos níveis de conforto. O conforto e as suas necessidades são mutáveis e consideram-se interdependentes dos programas de enfermagem de reabilitação e vice-versa.

Palavras-chave: Conforto, Pós-Operatório, Cirurgia, Reabilitação, Enfermagem

ABSTRACT

Given the exponential increase in the number of surgeries performed, there is a need to create knowledge and scientific evidence on the specialised intervention for this specific population. Postoperative complications are a major cause of morbidity, mortality, and prolonged institutionalisation with inherent increases in economic costs. These complications may have different etiologies and be dependent on several associated risk factors. The interventions of the nurse specialist in rehabilitation to patients undergoing surgery promote early diagnosis and preventive actions, ensuring the maintenance of functionality and the prevention of complications. This specialised action allows maintaining or regaining independence, controlling and minimising the effects of the associated complications.

Comfort is the condition experienced by people who receive comfort measures, it is the immediate and holistic experience of being strengthened through the satisfaction of the needs of the three types of comfort - relief, tranquillity and transcendence, in the physical, psycho-spiritual, social and environmental dimensions. To address this topic, a narrative literature review was conducted using the PI(C)O method based on the following question: "What are the interventions of rehabilitation nursing (Intervention), in the promotion of comfort (Outcomes), in people undergoing surgery (Population)?" During the process of acquisition of common and specific competencies of the specialist nurse, the specialised intervention was based on Kolcaba's Comfort Theory as a promoter of comfort. The specialist nurse in rehabilitation, when addressing comfort in his intervention, should expect realistic results based on these dimensions, obtaining the respective levels of comfort. Comfort and its needs are changeable and are considered interdependent on rehabilitation nursing programs, and vice-versa.

Keywords: Comfort, Postoperative, Surgery, Rehabilitation, Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1.DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	17
1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	17
1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal	18
1.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	20
1.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados	24
1.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	25
1.2 Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação.....	26
1.2.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados	27
1.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	35
1.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	38
2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

ANEXOS

Anexo I - General Comfort Questionnaire – Versão Portuguesa

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de Atividades

Apêndice II – Estudo Caso Sr.V.C.

Apêndice III – Estudo Caso Sr. V.F.

Apêndice IV – Estudo Caso Sr. J.M.

Apêndice V – Planos de Sessão - Formações

Apêndice VI- Norma de Reabilitação Intestinal

Apêndice VII – Formação Teoria Conforto de Kolcaba

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade mundial mais incidente nos países desenvolvidos. Portugal não é exceção e como consequência deste processo, as políticas de saúde disponibilizam progressivamente maior oferta de cuidados de saúde primários, promoção e prevenção de doença, aumento no nível de cuidados hospitalares e um número crescente de cirurgias programadas realizadas (Ministério da Saúde, 2016).

A Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS) (2015), descreve que “a par do envelhecimento populacional observam-se avanços tecnológicos e da medicina. Estes pilares estão interligados sendo a evolução tecnológica e das equipas multidisciplinares responsável pela sobrevivência da população a doenças incapacitantes.” O tratamento cirúrgico poderá ser o método para evitar determinada incapacidade e preservar a vida. Dados da World Health Organization (WHO) (2017), afirmam que são realizadas cirurgias a 63 milhões de pessoas que sofrem de lesões traumáticas e 31 milhões de pessoas com neoplasias malignas todos os anos, mundialmente.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2016), em Portugal no ano de 2014 realizaram-se cerca de 906 mil médias e grandes cirurgias e aproximadamente 200 mil pequenas cirurgias. E em 2016 foram realizadas diariamente cerca de 2552 cirurgias (INE, 2017). Estes dados levam a uma reflexão sobre a importância e relevância que a prática de enfermagem tem junto da pessoa em processo cirúrgico. Perante um aumento exponencial de cirurgias realizadas, impera a necessidade crescente de criar conhecimento e evidência científica sobre a intervenção especializada junto desta população específica. É exigido aos enfermeiros disponibilidade para aprendizagem, desenvolvimento de pensamento crítico e reflexão. O enfermeiro deve assegurar o seu desenvolvimento académico e profissional assente em evidência científica, experiência clínica, experiência pessoal, envolvimento e desejo expresso de oferecer cuidados de qualidade e excelência.

O presente relatório de estágio tem como finalidade relatar e analisar um percurso de aquisição de competências ao nível do grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin, que habilitam o 2º ciclo de formação, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do

enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Este relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O tema do presente relatório de estágio constitui a Promoção do Conforto na Pessoa em Processo Cirúrgico - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

Foi eleita uma área de interesse e com pertinência para a prática especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Partindo daí, o objetivo foi elaborar e conceptualizar um projeto exequível de colocar em prática adquirindo e desenvolvendo competências específicas do EEER. Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEEER) (OE, 2015), as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora e na função respiratória, são consideradas áreas emergentes. Sendo o foco do tema do presente relatório de estágio a intervenção do EEER nestes âmbitos, considera-se o mesmo integrado nas áreas emergentes de investigação.

O tema foi inicialmente definido no âmbito da Unidade Curricular Opção II e é assente em motivações pessoais, profissionais e científicas. Numa perspetiva pessoal e profissional sempre foram exercidas funções em contexto de Cuidados Intensivos, recentemente num Bloco Operatório e atualmente numa Unidade de Cuidados Intermédios. Maioritariamente foram prestados cuidados a pessoas em processo cirúrgico, e neste momento pode afirmar-se que cerca de 75% das pessoas internados no presente contexto de trabalho são do foro cirúrgico, ou seja, foram submetidas a uma cirurgia. (Dados Institucionais referentes ao ano 2021).

Perante a necessidade de adquirir competências e conhecimentos científicos que permitam prestar cuidados diferenciados e especializados à pessoa em processo cirúrgico, emerge a necessidade de identificar e aplicar competências especializadas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (ER). Competências estas direcionadas para a pessoa em processo cirúrgico e respetivas especificidades, sendo que o enfermeiro deve garantir a atualização

permanente do seu conhecimento prático e científico, através da sua qualificação profissional (OE, 2019).

Posto isto, a área de interesse identificada foi a intervenção do EEER à pessoa submetida a cirurgia, e para encontrar justificação para a temática e a respetiva linha orientadora da prática especializada, foi selecionado um referencial teórico que ofereceu base conceptual do presente relatório. Ao selecionar o referencial teórico, constatou-se que este seria a base sustentadora do trabalho a desenvolver, mas também foco da justificação da intervenção do EEER. Segundo Tomey e Alligood (2002), “a Teoria do Conforto de Kolcaba é uma das teorias de enfermagem de médio alcance, ou seja, possuem um foco mais limitado sendo menos abstrata e dirigindo-se para fenómenos ou conceitos específicos que espelham prática.” Com a Teoria do Conforto de Kolcaba na génese do trabalho desenvolvido, o conceito do conforto surge aliado à prática do EEER.

De forma a contextualizar as intervenções adequadas à temática, bem como a sua pertinência para a ER e para o conceito do conforto, foi determinante a compreensão da problemática em estudo. Para possibilitar um desenvolvimento científico adequado, foi necessário obter informação e evidência sobre o processo cirúrgico e a prevenção das complicações cirúrgicas na pessoa submetida a cirurgia.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, recorrendo ao método PI(C)O partindo da seguinte questão: “*Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (Intervention) na promoção do conforto (Outcomes) na pessoa em processo cirúrgico (Population)*”. (The Joanna Briggs Institute, 2015). A pesquisa decorreu nas bases de dados EBSCO Host® partindo dos seguintes descritores: (Nursing Care) or (Nursing interventions) AND (Rehabilitation) or (Rehabilitation nursing) AND (Postoperative Period) or (Surgery) AND (confort). Os critérios de inclusão foram ter como participantes pessoa adulta e idosa em processo cirúrgico, *full-text*, e limite temporal preferencialmente 2013-2021. Contudo pelas limitações na obtenção de artigos direcionados ao tema e à questão colocada, esta meta temporal foi maleável e mutável tendo sempre em consideração que a evidência mais recente deverá prevalecer na obtenção de conhecimento científico. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos e sem relação com o tema em estudo. Esta revisão foi sendo revista no decorrer das

pesquisas e da evolução do trabalho, bem como dos ensinamentos clínicos. Foram planejados os ensinamentos clínicos e as respectivas intervenções com base na revisão narrativa da literatura elaborada inicialmente. No decorrer dos ensinamentos clínicos, surgiram novas necessidades de pesquisa e novos focos de interesse. A obtenção de evidência e conhecimento, sustentou e apoiou o decorrer dos ensinamentos clínicos, bem como a elaboração final do presente relatório.

Dos artigos selecionados, foi identificada a expressão e a pertinência do processo cirúrgico para a prática da ER, bem como a identificação das complicações pós-operatórias (CPP) mais frequentes e das quais surgem as intervenções de ER na função motora e na função respiratória. Segundo Branco et al., (2012) as CPP são a maior causa de morbidade, mortalidade e institucionalização prolongada com aumentos inerentes de custos económicos. Estas complicações podem ser de diversas etiologias e estarem dependentes de diversos fatores de risco associados.

No Pós-Operatório, estas pessoas apresentam riscos elevados de complicações pulmonares, por aumento da produção de secreções, redução da expansibilidade pulmonar e depressão do centro respiratório. Estes riscos estão dependentes de fatores cirúrgicos como tipo e duração da anestesia, analgesia e dor associada (Cordeiro e Menoita, 2012).

As complicações pulmonares são as mais incidentes no pós-operatório e constituem situações de hipoxia, atelectasia, pneumonia e derrame pleural (Cordeiro e Menoita, 2012). O desenvolvimento de uma CPP aumenta a mortalidade, sendo as complicações pulmonares pós-operatórias um exemplo de aumento do tempo de internamento em 13 a 17 dias e custos acrescidos para as instituições de saúde (Miskovic & Lumb, 2017). O mesmo autor descrever também que as CPP advêm de diversos eventos tais como: infeção respiratória, insuficiência respiratória, derrame pleural, atelectasia, pneumotórax, broncospasmo e pneumonia de aspiração.

A dor é também considerada uma das CPP mais comum, descrita por Pozza et al. (2010) como prevalente em 71% dos doentes ao 2º dia Pós-Operatório, em Portugal. A dor no local da incisão cirúrgica é a mais comum e resulta da agressão muscular decorrente do procedimento cirúrgico, sendo a razão de restrição de mobilidade, limitando expansão torácica que consequentemente também restringirá o sistema muco ciliar e a correta

mobilização de secreções (Cordeiro e Menoita, 2012). Boehnlein & Marek, (2003), descrevem que “não só a incisão cirúrgica é responsável pela sensação de dor, mas também os posicionamentos e zonas de pressão intraoperatórias e no pós-operatório, presença de edemas, distensão vesical, retenção vesical, processos infecciosos, espasmos musculares, pensos apertados e percepção individual de dor.”

A dor é uma CPP onde a atuação do EEER poderá ser imediata e com resultados a curto prazo, sendo responsável pelo aparecimento de ansiedade, fadiga, aumento de frequência cardíaca, consumo de oxigênio e consequente instabilidade hemodinâmica, risco de fenômenos tromboembólicos, estase de secreções e complicações respiratórias associadas como pneumonias e atelectasias. A dor é também responsável por alterações do padrão de sono e repouso que em modo cíclico se refletirá em ansiedade e fadiga (Sequeira, 2010). A intervenção do EEER na função motora e na função respiratória irá condicionar diretamente a sensação de dor.

Segundo Malcato (2016), as “complicações decorrentes de disfunção muscular devem-se a períodos longos de imobilidade pós-operatória, instabilidade hemodinâmica, da atividade elétrica e da função respiratória.” Longos períodos de imobilidade no leito vão condicionar o aparecimento de CPP na função motora e respiratória, mas igualmente influenciar a recuperação do procedimento cirúrgico e consequente aparecimento de complicações (Malcato, 2016).

Assim, perante um conjunto de complicações e fatores de risco impera uma atuação e intervenção especializada do EEER. Esta atuação deverá ser preventiva de complicações e posteriormente terapêutica se a complicação ou risco instalado. Em ambos os cenários, a intervenção será promotora de sensação conforto e consequentemente de promoção de recuperação e funcionalidade.

O EEER é o profissional especializado e dotado de competências específicas que incluem: “Cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania”; “Maximizar a

funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019). Desta forma cabe ao EEER:

Acompanhar a pessoa em todas as fases do seu ciclo de vida, nos vários contextos da prática de cuidados, incluindo durante o processo cirúrgico, onde promove e maximiza a funcionalidade da pessoa, tendo em conta os seus objetivos, com vista à sua reinserção na sociedade. É também competência do EEER elaborar e implementar planos de intervenção que visem a promoção das capacidades das pessoas e as ajudem a adaptar-se nos processos de transição saúde/doença”.
(Regulamento nº 350/2015 – Ordem dos Enfermeiros)

As intervenções do EEER à pessoa em processo cirúrgico promovem diagnósticos precoces e ações preventivas assegurando a manutenção da funcionalidade e prevenção de complicações. Esta atuação especializada possibilita manter ou recuperar independência, controlando e minimizando efeitos das complicações associadas (Fonseca et al, 2018). Estas intervenções específicas e especializadas do EEER estão diretamente ligadas à prevenção das complicações associadas e atuação perante as mesmas.

A atuação do EEER tem como foco e fio condutor a prevenção de CPP e consequente promoção do conforto do doente em processo cirúrgico. Ou seja, toda a prática especializada do EEER assume um papel em que a promoção do conforto da pessoa em processo cirúrgico se relaciona com a prevenção de complicações pós-operatórias e a atuação perante a reabilitação na função motora e na função respiratória. As intervenções podem ser de âmbito sensorial e motor com vista a prevenção de complicações associadas à imobilidade, dor e associadas ao procedimento cirúrgico e de âmbito cardiorrespiratório com objetivo de prevenção das respetivas complicações associadas.

Considerando as CPP descritas anteriormente, a intervenção do EEER deve ser no âmbito da promoção de mudança frequente de decúbito no leito, implementação de exercícios como sentar na cama, executar exercícios terapêuticos no leito como ponte e rolamento, promoção de levante precoce, exercícios contenção ferida cirúrgica – se aplicável, implementação de exercícios de correção de posições antiálgicas defeituosas, exercícios de

mobilização passiva e/ou ativa e/ou ativa resistida e movimentos isométricos (Pryor & Webber (2002), Cordeiro & Menoita (2012)). Também a implementação de exercícios promotores de relaxamento e bem-estar como dissociação dos tempos respiratórios; exercícios de expansão torácica com ênfase na inspiração com e sem resistência, espirometria de incentivo, drenagem postural, ciclo ativo técnicas respiratórias (CATR) com eventual recurso a dispositivos auxiliares da mobilização de secreções como flutter e acapela, com vista a limpeza eficaz das vias aéreas (Pryor & Webber (2002), Cordeiro & Menoita (2012)).

Para prevenir CPP na pessoa em processo cirúrgico deverá existir intervenção do EEER no pré e no pós-operatório. Um programa com início na consulta pré-operatória que englobe técnicas de descanso e relaxamento deitado, sentado e em pé; consciencialização dos tempos respiratórios e controlo da respiração; exercícios de respiração abdominodiafragmática e respiração costal inferior bilateral; exercícios de abertura costal, com bastão; ensino de tosse dirigida com contenção da ferida operatória e mudança de decúbitos; movimentação ativa do corpo e correção postural; controlo da respiração no esforço; marcha e deambulação precoce com subida e descida de degraus, revelaram benefícios no pós-operatórios com diminuição de dor e aumento dos valores de oximetria periférica (Soares & Soares, 2018).

A intervenção do EEER perante a pessoa em processo cirúrgico deverá ser inicialmente preventiva de complicações, mas se existir complicação instalada, devem ser elaborados e implementados Programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e Programas de Reabilitação Funcional Motora (RFM), de forma sistematizada e individualizada com foco nas CPP identificadas. Com apoio e sustentação no Referencial Teórico de Katharine Kolcaba objetivou-se aliar o conceito do conforto, os seus níveis e as suas dimensões à intervenção especializada e à elaboração de planos de cuidados e programas de reabilitação.

A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) (Internacional Council of Nurses, 2021), define conforto como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”, estando o conceito inerente apenas à componente física. Atualmente está descrito por autores uma abrangência do conceito de conforto com múltiplas dimensões (Pinto et al., 2017). Foi Kolcaba

a impulsionadora do conceito de conforto numa vertente multidimensional. A autora considera que se deve tornar o conceito de conforto mais explícito e uniforme, elaborando desta forma o referencial teórico da Teoria do Conforto. Na sua teoria, a autora afirma que quem recebe as medidas de conforto podem ser os doentes ou os profissionais como os enfermeiros e outros trabalhadores da área da saúde, os estudantes da área da saúde ou outros (Tomey e Alligood, 2002). Kolcaba define necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto, sendo bastante paradigmática ao definir que esta necessidade advém de um momento de tensão ou de um problema. Foram definidos quatro contextos para o conforto: social, físico, psico-espiritual e ambiental e três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência. O conforto é considerado o estado ou sensação em que os três tipos de conforto são experienciados (Kolcaba, 1991).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é “a condição experimentada pelos doentes que recebem as medidas de conforto”, é “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência – nos quatro contextos da experiência – físico, psico-espiritual, social e ambiental.”

Tomey e Alligood (2002), descrevem que “alívio consiste na condição de ver satisfeita uma necessidade específica; tranquilidade é descrita como o estado de calma ou contentamento e transcendência corresponde ao momento em que o doente ultrapassa o problema ou sofrimento experienciado.” Kolcaba também descreveu os contextos ou dimensões em que o conforto é experienciado tais como: contexto físico que diz respeito às experiências e sensações corporais e físicas; contexto psico-espiritual que diz respeito à consciência de experiência interna de si próprio, sexualidade e significado da vida; contexto ambiental que diz respeito ao meio envolvente e respetivas condições e influências externas; contexto Social que diz respeito à relação com o outro (Tomey e Alligood, 2002).

Kolcaba e Wilson (2004), descrevem que a Teoria do Conforto assenta em três partes, o primeiro momento constitui a avaliação das dimensões do conforto (físico, psico-espiritual, social e ambiental) e as respetivas necessidades perante alterações experienciadas. É na primeira parte da teoria que o enfermeiro implementa as intervenções dando respostas às

necessidades e dimensões alteradas. Na segunda parte da Teoria do Conforto, segundo Kolcaba e Wilson (2004), o conforto experienciado pelas pessoas fortalece comportamentos conscientes ou não dando origem a estados de bem-estar. A estes sentimentos a autora chama de HSB (Health Seeking Behaviors). Kolcaba e Wilson (2004) descrevem que a “terceira parte da Teoria do Conforto inclui a integridade institucional, ou seja, a forma como as instituições são promotoras e veículos de HSB e do conforto em si, quer para os profissionais de saúde quer para as pessoas alvos de cuidados”.

A Teoria do Conforto constitui uma Teoria de Enfermagem bastante recente, mas cada vez mais reconhecida pela comunidade científica e cada vez mais utilizada pela comunidade académica para orientação de estudos. Áreas como dor crónica e período peri-operatório foram recentemente discutidas e publicadas por Kolcaba e seus colaboradores (Tomey e Alligood, 2002).

Apoiada na Estrutura Taxonómica Do Conforto, Kolcaba, desenvolveu o “*General Comfort Questionnaire*” - (GCQ), que possibilita avaliar o conforto holístico de determinados participantes. A estrutura taxonómica fornece conteúdo que permite aos investigadores elaborar os seus próprios instrumentos de conforto. Tomey e Alligood (2002), afirmam que a através da Teoria do Conforto e da respetiva estrutura taxonómica é possível a criação de instrumentos de conforto em diversos contextos e perante diferentes populações.

A Teoria do Conforto descreve que ao ser aumentado o nível de conforto da pessoa, esta vivencia de forma consciente ou inconsciente HSB. Os HSB podem ser internos como uma morte pacífica ou externos como exercícios de reabilitação motora. A autora considera que quando as pessoas têm experiências positivas, a instituição tem também experiências positivas assim como os seus profissionais – o que corresponde à parte três da Teoria (Kolcaba, 2021).

Kolcaba define conforto como a sensação de alívio, tranquilidade e transcendência experienciada nos diversos contextos, a autora enfatiza que embora o enfermeiro não consiga intervir em todas as dimensões das necessidades da pessoa ele pode continuar de forma ativa e dinâmica a intervir na promoção do conforto (Kolcaba e Wilson, 2004).

Segundo Peterson e Bredow (2013), é possível adaptar a Teoria do Conforto a diversas áreas da enfermagem em ambiente hospitalar ou da comunidade. É imperativo que o conceito de conforto esteja presente no planejamento da prática do EEER. Após um procedimento cirúrgico, ao planejar intervenção no âmbito do alcance da sua saúde a longo prazo, poderá implicar intervenções que causem desconforto físico, mas que tenham um propósito final que determine o sentimento de conforto na sua dimensão mais ampla (Morse, 2000).

Considerando o que foi descrito anteriormente, foram definidos nove objetivos específicos para o ensino clínico, ou seja, objetivos a partir dos quais foi elaborado o plano de atividades, em Apêndice I.

O atingimento destes objetivos específicos possibilitou alcançar competências do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências específicas ao nível do grau de mestre. Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos para os contextos de ensino clínico:

- Prestar cuidados de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde de acordo com os princípios éticos, profissionais e legais centrados na pessoa e sua família;
- Desenvolver competências específicas do EEER na intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Contextualizar as alterações específicas de âmbito sensório-motor na pessoa em processo cirúrgico;
- Contextualizar as alterações específicas de âmbito cardiorrespiratório na pessoa em processo cirúrgico;
- Desenvolver cuidados específicos, de âmbito sensório-motor, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico;
- Desenvolver cuidados específicos, de âmbito cardiorrespiratório, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico;
- Conceber planos de intervenção específicos do EEER, promotores de conforto na pessoa em processo cirúrgico;
- Intervir como EEER na prevenção das complicações pós-operatórias;

- Intervir como EEER promovendo o conforto e maximizando a capacidade funcional da pessoa em processo cirúrgico.

Os contextos do ensino clínico foram um Serviço de Cirurgia de um Hospital da região de Lisboa e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), também da região de Lisboa. A ECCI integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e tem como objetivo assegurar a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário das 8h às 20h nos dias úteis e aos fins-de-semana e feriados, de acordo com as necessidades de cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, assegurando a coordenação e gestão de casos, articulando com outros recursos de saúde e sociais e garantindo a produção e o tratamento de informação nos suportes de registo e respetivas plataformas de dados. A ECCI é constituída por um enfermeiro generalista, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A gestão e o planeamento de cuidados e intervenção junto da comunidade são assegurados nas diversas especialidades da prática de cuidados o que possibilita uma abrangência multidisciplinar e o respetivo sucesso de obtenção de resultados perante a população alvo de intervenção. A presença do EEER possibilitou que o ensino clínico decorresse de acordo com o planeamento anteriormente executado garantido o processo de aquisição de competências de EEER.

O segundo momento de ensino clínico decorreu no Serviço de Cirurgia de um hospital central. Este Serviço de Cirurgia tem como áreas de atuação e diferenciação a senologia, cirurgia do colorretal, cirurgia bariátrica e cirurgia hepatobiliar. Este serviço possui a particularidade ter integrada uma equipa de reabilitação, recentemente constituída, constituída por quatro EEER que asseguram cuidados especializados de ER todos os dias da semana, fim de semana e feriados no horário das 8h as 20h. Este fato garante avaliação, planeamento e execução de intervenção de ER de forma individualizada e exclusiva. A possibilidade de integrar esta equipa para o contexto do ensino

clínico, foi uma das maiores mais validas para o processo de aquisição de competências e atingimento dos objetivos definidos.

O presente relatório de estágio apresenta-se estruturado da seguinte forma: Introdução onde está contextualizada a problemática do tema e a sua pertinência para a enfermagem de reabilitação bem como a sua relação com o referencial teórico estudado; Capítulo 1: onde se procede à descrição, análise e reflexão do processo de desenvolvimento e aquisição de competências; Capítulo 2: onde se identificam fragilidades e conquistas do percurso, através da análise e avaliação das aprendizagens desenvolvidas, utilizando como ferramenta os objetivos específicos definidos para os contextos de ensino clínico. O Relatório de Estágio termina com algumas Considerações Finais de forma a sintetizar o percurso e trabalho desenvolvido, seguindo-se as Referências Bibliográficas que são um dos pilares da elaboração deste relatório bem como de todo o processo de desenvolvimento do conhecimento e aprendizagem. Em Apêndices estão espelhados o plano de atividades realizado no âmbito da elaboração do projeto de estágio, os estudos de caso e respetivos planos de cuidados elaborados, os planos de sessão construídos no planeamento das formações ministradas, a Norma de Reabilitação Intestinal construída e a formação sobre a Teoria de Conforto disponibilizada para equipa de EEER do Serviço de Cirurgia.

1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, foi elaborado um projeto de estágio que constituiu o planeamento do processo de desenvolvimento e aquisição de competências para os contextos de ensino clínico. Este projeto de estágio integrou um plano de atividades (Apêndice I) onde após realizada a revisão narrativa de literatura e com base na evidência científica obtida, foram planeadas as atividades e intervenções com o objetivo de adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e do grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin qualificativos do 2º Ciclo de formação académica. Os ensinamentos clínicos decorreram no contexto hospitalar e contexto da comunidade, como já foi referido anteriormente. Com recurso à contínua e permanente revisão da literatura, elaboração de jornais de aprendizagem, atividades específicas, construção de estudos de caso e planos de cuidados, decorreu o percurso experienciado e descrito neste relatório. Inicialmente serão descritas as competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A OE definiu os conceitos que dizem respeito às competências de todos os enfermeiros especialistas. “As competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista, estão agrupadas em quatro domínios e em cada domínio encontram-se unidades de competência que atribuem objetivos a cada competência adquirida. No processo de aquisição de desenvolvimento das competências comuns do

enfermeiro especialista, foram sendo definidos objetivos específicos que possibilitaram guiar e delinear o percurso ao longo dos ensinamentos clínicos. Para cada domínio de competências descrever-se-á as situações e respectivas intervenções de enfermagem desenvolvidas

1.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

Constituem como competências do domínio da responsabilidade, ética e legal, as seguintes: *a) Desenvolve uma prática ética e profissional na área de intervenção; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.* De forma a guiar o processo de aquisição das presentes competências foram definidos os seguintes objetivos específicos: a) Desenvolver uma prática ética e profissional no âmbito da enfermagem de reabilitação; b) promover uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No Artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro descrevem-se os princípios gerais da prática de enfermagem, sendo os valores universais inerentes à relação profissional: a igualdade; a liberdade responsável; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade e as competências e o aperfeiçoamento profissional. Ao longo dos contextos de ensinamentos clínicos a base de conduta das intervenções foram a defesa da liberdade e da dignidade, respeitando as decisões da pessoa e da família envolvendo-os nos cuidados. Como linha orientadora também estiveram os princípios da atividade dos enfermeiros descritos no mesmo artigo 99º do Código Deontológico, sendo a noção da responsabilidade; o respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os outros profissionais.

Nos diferentes contextos, situações específicas vivenciadas com as pessoas e suas famílias permitiram desenvolver e adquirir competências acrescidas neste âmbito. Foi possível avaliar cada prática de cuidados de forma individualizada, planeando e promovendo o bem-estar da pessoa centrado nos princípios éticos e legais inerente à enfermagem de reabilitação. Este planeamento foi executado sempre com recurso à discussão e à reflexão com os enfermeiros orientadores dos ensinamentos clínicos de todas as situações

experienciadas. Conforme descrito no Dec. Lei 156 (2015), o enfermeiro especialista “respeita os direitos humanos, analisa e interpreta situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” No decorrer dos ensinamentos clínicos foi mantida uma atitude ativa e reflexiva que possibilitou discutir em equipa multidisciplinar situações particulares. Foi mantida uma comunicação sólida, fundamentada, correta e compreensível à pessoa e à família. Salvaguardando o princípio da autonomia e o consentimento informado, garantido a participação na prestação de cuidados de forma livre e esclarecida.

O consentimento livre e esclarecido é acautelado pelo artigo 105º da Deontologia Profissional, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.” No contexto de ensino clínico na comunidade, o ponto primordial e obrigatório do início da intervenção da enfermagem de reabilitação foi precisamente o consentimento informado. Ao integrarem a ECCI, os utentes e os respetivos cuidadores eram esclarecidos sobre o âmbito da intervenção e procediam à assinatura do consentimento. A base de toda a intervenção foram as unidades de competência que dizem respeito à prática profissional ética de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional bem como uma prática de cuidados assente no respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Destaca-se este ponto referente ao consentimento informado, pois para integrar a ECCI é obrigatório existir um cuidador de referência e que esteja apto e disponível em permanência. Este cuidador é informado pela ECCI e responsabilizado pelo processo de reabilitação. A assinatura do consentimento informado garante a informação livre e esclarecida, mas também o envolvimento do cuidador no processo.

No contexto hospitalar destaca-se o fato de que em cada intervenção foi garantido o respeito pela privacidade, promovendo uma prática de cuidados que respeitou os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Considera-se que as competências foram aprimoradas e desenvolvidas no decorrer dos ensinamentos clínicos.

1.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Constituem como competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: a) *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;* b) *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;* c) *Garante um ambiente terapêutico e seguro.* De forma a guiar o processo de aquisição das presentes competências foram definidos os seguintes objetivos específicos: a) Participar em projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade na área da enfermagem de reabilitação; b) Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção.

A qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa são conceitos que se completam e se condicionam mutuamente. No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), o primeiro pilar definido constitui a Cultura de Segurança: “A segurança do doente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização.” Assim, está patente a base para o processo de aquisição do domínio da melhoria contínua da qualidade sendo que segurança e promoção de um ambiente terapêutico e seguro depende e está dependente da qualidade dos cuidados.

No caminho do desenvolvimento e aquisição do presente domínio os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação foram sendo bases sustentadoras da prática. A Ordem dos Enfermeiros afirma que os padrões de qualidade devem acompanhar o desenvolvimento do conhecimento, permitindo e facilitando a construção e a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Os padrões de qualidade devem estimular a reflexão sobre a prática. Estes constituem oito categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-

estar e autocuidados dos clientes; readaptação e reeducação funcional; promoção da inclusão social, e organização cuidados de enfermagem (Regulamento nº. 350/2015, 2015).

No contexto da comunidade foi possível planejar e proporcionar formações e sessões de partilha de informação junto da população em idade escolar e população idosa. Estas sessões decorreram com o intuito da promoção da saúde, prevenção de complicações e promoção de bem-estar e autocuidados junto das respetivas populações. Foram elaborados planos de sessão (Apêndice V), com o objetivo de guiar e avaliar as respetivas atividades desenvolvidas neste âmbito. Foi ministrada uma sessão junto de uma população idosa, residente em centro de dia/lar, sobre prevenção de quedas. Foram também proporcionadas diversas sessões durante um dia, numa Escola Básica, em várias turmas sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas e correção postural. Estas sessões foram planeadas em parceria com as enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e enfermagem de saúde infantil e pediatria.

O serviço onde decorreu o ensino clínico em contexto hospitalar é um Centro de Referência de Oncologia para Adultos - Cancro do Reto – conforme Despacho nº 3656/2016, de 11 de março. Neste âmbito decorrem diversos projetos e estão instituídos diversos protocolos na área da melhoria contínua e da qualidade e segurança da pessoa. A própria equipa de EEER integra um recente projeto no âmbito de intervenção de enfermagem especializada e individualizada. Este projeto assegura a intervenção do EEER no serviço, das 8h as 20h todos os dias da semana. Este é responsável por intervir no âmbito de todas as vertentes da ER. Sendo este um projeto recente os respetivos protocolos e instruções de trabalho ainda estão em construção, nomeadamente os indicadores e instrumentos adequados para avaliação da prática clínica. É com base neste ponto crucial do caminho trilhado que surge a aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

No contexto do ensino clínico hospitalar, possuindo então o serviço uma equipa de EEER, surge a oportunidade e o interesse em partilhar com a equipa de especialistas a Teoria do Conforto estudado, base do projeto desenvolvido anteriormente e do presente relatório. Como já foi referido a equipa de EEER constitui um projeto recente e por essa razão ainda com diversas questões a

serem limadas e definidas, tais como operacionalização dos registos e respetivos planos de cuidados de ER, planeamento dos cuidados e a elaboração de normas e instruções de trabalho específicas e facilitadoras da prática especializada nesse contexto específico.

Foi ministrada uma formação sobre a Teoria do Conforto de Kolcaba à equipa de EEER (Apêndice VII). O objetivo foi apresentar o presente referencial teórico e justificar a sua pertinência na intervenção da ER. Dada a sua adaptabilidade, foi demonstrado de que forma podem ser elaborados os planos de cuidados contiguamente à identificação de dimensões de conforto alteradas. Este fato possibilitou e permitiu que no decorrer do ensino clínico, a intervenção do ER como promotora de conforto fosse sendo justificada a cada problema e diagnóstico identificado.

Surgiu assim a oportunidade de explicitar, perante os pares, de que forma esta Teoria de Médio Alcance se enquadra na prática especializada da ER e especificamente na intervenção à pessoa em processo cirúrgico. Este momento de aprendizagem e troca de conhecimentos foi fundamental e determinante para a consolidação dos conceitos inerentes à Teoria do Conforto, e a validação da sua aplicabilidade na prática especializada da equipa foi determinante para concluir o ensino clínico com sentido de concretização e realização.

Surgiu também a oportunidade de colaborar na construção de uma norma do âmbito da ER. Foi realizado o desafio pelo EEER orientador de elaborar uma normativa que guiasse a prática de alguma intervenção de ER. Logo nos primeiros dias de estágio foram concretizadas intervenções junto de uma pessoa com incontinência fecal (IF). Surgiu assim a necessidade de estudar o tema e procurar a mais recente evidência científica. O serviço de cirurgia onde decorreu o ensino clínico constitui um centro de referência para tratamento de cancro do reto e respetiva resseção anterior baixa (LAR). Desta forma, uma população significativa de doentes que poderão vir a desenvolver o Síndrome de resseção anterior baixa (LARS). É determinante para ganhos em saúde e na qualidade de vida das pessoas, que os profissionais de saúde intervenham na prevenção de disfunção intestinal nesta população.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, de forma a sustentar a pertinência do tema e com base na evidência científica atual e mais recente foi

possível colaborar na realização de uma Norma de Reabilitação Intestinal (Apêndice VI). O objetivo é que esta população específica seja identificada no pré-operatório e nesse momento seja executado uma Pré-Reabilitação que possibilite que no pós-operatório a implementação do programa seja facilitada, sendo o doente munido de informação no pré-operatório. Baixinho & Pina (2020), descrevem que a intervenção da ER no pré-operatório tem inúmeras vantagens como a gestão eficaz da dor, gestão de sentimentos de ansiedade, promovendo uma eficaz adesão aos programas de reabilitação definidos, no período pós-operatório. Este é preditor de diminuição de tempos de internamento, bem como diminuição de complicações associadas.

A presente Norma foi validada conjuntamente com enfermeiro orientador e pelos restantes EEER do serviço e foi programado o seu envio à Enfermeira Chefe do serviço e à Enfermeira Diretora de forma a objetivar a sua implementação no serviço e na população de doentes que o constitui. Por este motivo, considera-se que esta norma está ainda em elaboração e patente de aprovação para a respetiva implementação no Hospital em questão. A colaboração no processo de construção desta normativa foi um dos pontos de maior concretização e motivação profissional e académica no decorrer dos ensinamentos clínicos. Possibilitou a participação num projeto institucional de melhoria contínua da qualidade e por conseguinte permitiu assegurar e promover um ambiente de prestação de cuidados de segurança, qualidade e consequentemente promotor de conforto.

Destaca-se o papel desenvolvido enquanto elemento dinamizador e parceiro nas iniciativas desenvolvidas nos diversos contextos descritos.

1.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Constituem como competências do domínio da Gestão de Cuidados: a) *Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;* b) *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.* Para guiar o processo de aquisição das presentes competências foi definido o seguinte objetivo específico: Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

Evidencia-se esta competência adquirida em ambos os contextos de ensinamentos clínicos. No ensino clínico na ECCI, a equipa multidisciplinar reunia-se semanalmente de forma a debater os casos e definir métodos e intervenções na esfera da multidisciplinariedade. Posteriormente, em reunião de equipa de enfermagem todas as manhãs eram definidas as intervenções tendo em conta as pessoas alvo de cuidados e as suas necessidades. A equipa de enfermagem constituía enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermeiros generalistas peritos na área de intervenção e atuação.

Geriam-se assim os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas e articulação com a equipa de saúde. No ensino clínico do contexto hospitalar todos os turnos eram discutidos os planos de cuidados de ER com o enfermeiro orientador, com base sempre no pensamento crítico e construtivo de uma identidade especializada e direcionada para a prática baseada na evidência com foco na pessoa alvo de cuidados e respetivos níveis de conforto a par da intervenção de ER. No fim dos turnos, a intervenção desenvolvida e os respetivos resultados obtidos eram igualmente discutidos abrindo caminho para uma prática de cuidados contínua e de qualidade, otimizando a gestão de cuidados de ER.

1.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Constituem como competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: a) *Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;* b) *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.* De forma a guiar o processo de aquisição das presentes competências foram definidos os seguintes objetivo específico: Desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a prática especializada na evidência científica. Relativamente a este domínio, considera-se concretizado o objetivo proposto para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista. Pelo processo de domínio das competências descritas anteriormente foi progressivamente sendo desenvolvido o autoconhecimento enquanto EEER. A base do processo de aprendizagem foi a prática de todos os dias enquanto enfermeiro generalista, perito na área de atuação, com assertividade e a motivação diária, assente na pesquisa contínua da evidência científica, percorrendo o caminho da aprendizagem e autoconhecimento, que permitiu construir a própria personalidade enquanto EEER.

Destaca-se a pesquisa para a redação da Norma para a instituição, para a elaboração dos planos de cuidados e intervenção diária e para formação da equipa de reabilitação no âmbito da Teoria do Conforto, que foi crucial no caminho do autoconhecimento, motivação e prática baseada na evidência. O pensamento crítico e reflexivo que foi incentivado pelo enfermeiro orientador, permitiu que ao planear e executar as intervenções estas fossem sempre justificadas e sustentadas pela evidência, desde os conhecimentos sobre anatomia aos conceitos de conforto. A OE descreve que como critério de avaliação, o EEER deverá identificar lacunas do conhecimento e oportunidade relevantes de investigação que contribuam para o desenvolvimento. Esta investigação deve assumir-se numa abordagem baseada na evidência, assente em novos conhecimentos e evidências obtidas pela investigação, assumindo cuidados com rigor, segurança e qualidade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

1.2 Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, foi elaborado um projeto de estágio, que foi a base delimitadora do percurso em contexto de ensino clínico. No projeto de estágio foram definidos objetivos gerais e específicos, com base na aquisição de competências específicas do EEER e nas competências comuns do enfermeiro especialista. Espelhados no projeto de estágio estão também os objetivos específicos que orientaram a construção do plano de atividades (Apêndice I), desenvolvidas e planeadas para os ensinamentos clínicos.

Neste capítulo irá ser contextualizada a prática desenvolvida no contexto dos ensinamentos clínicos que possibilitou o processo de aquisição de cada uma das competências específicas a par da concretização dos objetivos específicos definidos para os contextos de estágio e respetivo plano de atividades. A OE descreve no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: “O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimento e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”(OE, 2010).

No decorrer dos ensinamentos clínicos foram elaborados planos de cuidados de reabilitação e respetivos estudos de caso. Destacam-se três estudos de caso que foram amplamente responsáveis pelo processo de aquisição de competências. Estes poderão ser consultados em Apêndices. Toda a intervenção planeada e realizada possibilitou uma curva de aprendizagem crescente de forma multidimensional, completa e consistente na esfera da aquisição de competências do EEER. De seguida, para cada uma das competências específicas descritas pela OE, descrever-se-á as intervenções que possibilitaram e facilitaram este processo, ressaltando que todas as experiências englobam o universo do caminho realizado nos ensinamentos clínicos.

1.2.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O EEER identifica as necessidades de intervenção especializada, concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade. Tendo em linha de conta as respetivas unidades de competência: *“Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”*; *“Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”*; *“ Implementa as intervenções planeadas com o objetivos de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade”*; *“ Avalia os resultados das intervenções implementados”* (OE, 2010).

Durante o ensino clínico em contexto hospitalar, foi implementado um programa de reabilitação para o Sr. V. C. Este programa de reabilitação possibilitou a aquisição de competências específicas atingindo os objetivos definidos no plano de atividade (Apêndice I) e que estão descritos no Capítulo 2 - Avaliação das Competências Adquiridas.

O Sr. V.C. de 66 anos, tinha como antecedente pessoal de neoplasia do pulmão com metastização cerebral múltipla, diverticulite aguda com perfuração contida. Teve uma queda da própria altura com posterior agravamento do estado neurológico, sendo submetido a intervenção cirúrgica pela neurocirurgia onde foi colocada uma derivação ventricular esquerda e realizada exérese subtotal de lesão ocupante de espaço cerebelosa esquerda. No primeiro dia de contato com o Sr. V.C. foi realizada a recolha de dados objetivos e subjetivos, tendo esta sido concluída no decorrer nos dias de intervenção. Em linha de conta com os objetivos que foram definidos, a promoção do conforto foi linha prioritária e norteadora na planificação e execução dos planos de cuidados e respetiva intervenção de enfermagem de reabilitação.

Foi realizada a avaliação inicial de enfermagem de reabilitação que incluiu: Anamnese e avaliação da estrutura familiar; Avaliação do Estado

Cognitivo/Mental; Avaliação dos Pares Cranianos; Avaliação da Sensibilidade; Avaliação da Força Muscular; Avaliação do Equilíbrio; Avaliação do Tónus Muscular; Avaliação da Coordenação Motora; Avaliação do Estado Nutricional e Tegumentos; Avaliação da Função Respiratória; Consulta e interpretação dos Exames Complementares de Diagnóstico. Estes dados foram incluídos no estudo de caso realizado e disponível em Apêndice II. A família foi caracterizada segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), com os dados que estavam disponíveis. Constatou-se uma relação dinâmica não disfuncional, existindo comunicação familiar. Identificou-se que o tema da família era bastante sensível para o Sr. V.C., principalmente pelo facto de não querer que a família o visitasse e testemunhasse a alteração do seu estado de saúde, nomeadamente da alteração física, corporal e estética que estava a vivenciar.

Após avaliação inicial detalhada foram realizados os respetivos diagnósticos de ER e programado o plano de intervenção de ER. Foram identificadas as necessidades específicas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e de Reabilitação Funcional Motora (RFM). A par da identificação e descrição dos diagnósticos e respetivas necessidades de reabilitação, foram identificadas as dimensões do conforto alteradas e condicionantes de resultados da prática especializados (Apêndice II).

O programa de enfermagem de reabilitação foi realizado durante aproximadamente durante 2 semanas com a frequência de 2 sessões diárias. Ao iniciar a intervenção de ER constatou-se rapidamente o progresso do Sr. V.C., inicialmente na fase imediata pós-operatória e posteriormente houve uma estabilização do estado funcional. Mais tarde houve agravamento generalizado do estado clínico, condicionando a intervenção da ER em alguns exercícios.

O primeiro dia de intervenção de ER, no contexto do ensino clínico, foi o 10º dia pós-operatório, pois o Sr. V.C. esteve 7 dias internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Ao iniciar o plano de intervenção foi constatada a acentuada diminuição de força muscular. Os doentes críticos que sobrevivem à fase aguda da sua doença, quer esta seja de causa cirúrgica ou médica, na sua grande maioria adquirem uma patologia neuromuscular com sequelas após alta dos cuidados intensivos. Sequelas como fadiga e fraqueza muscular, que afetam a concretização do processo de recuperação. A Fraqueza Muscular

Adquirida nos Cuidados Intensivos (FMACI) é um termo específico que descreve a diminuição da força muscular, superior ao que seria esperado, como resultado de imobilização prolongada no leito. Esta diminuição de força ocorre de forma generalizada, difusa e simétrica, surgindo após a doença crítica (Kho et al., 2012).

Foi explicado ao Sr. V.C a intervenção que se proponha iniciar e após obtenção da seu consentimento e respetiva colaboração, procedeu-se à avaliação dos sinais vitais no início e no fim de cada sessão de forma a constatar estabilidade hemodinâmica e respetiva segurança para a intervenção planeada. Em cada intervenção iniciou-se pela RFR e posterior RFM, este fato é justificado com os princípios de gestão de energia, de forma a assegurar colaboração da pessoa no decorrer de todo programa. Foi identificada a ventilação comprometida, relacionada com infeção respiratória anterior, Entubação Orotraqueal (EOT), Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) recente e imobilidade pelo internamento. Identificaram-se as dimensões física e ambiental alteradas relacionadas com: Dimensão física: dispneia funcional e limitação da mobilidade e transferências/posicionamentos; dor associada aos movimentos/transferências; Dimensão ambiental alterada pela presença de dispositivo médico - Oxigenoterapia.

Foi planeado um programa de RFR, de acordo com as alterações e problemas identificados, tendo em consideração um fator determinante para a intervenção, o fato de o Sr.V.C. possuir uma neoplasia pulmonar diagnosticada, no pulmão direito, o que condicionou e levou a adaptação das técnicas de RFR. A intervenção de ER foi ensinar, treinar e executar técnicas de posicionamento para otimização de ventilação/perfusão das quais foram executadas as seguintes técnicas: controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Reeducação diafragmática com resistência; reeducação das hemicúpulas diafragmáticas bilateralmente; reeducação costal global inferior bilateral e seletiva com abertura costal bilateral - 10x repetições; Reeducação costal global com bastão - 10x repetições; técnicas de descanso e relaxamento; técnicas de controlo de correção postural; técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados. Foram também implementados treinos sobre exercícios com dispositivo respiratório cumprindo seqüências de 10 inspirações profundas e lentas com recurso a espirómetro de

incentivo volume-dependente. A implementação de técnicas de descanso e relaxamento bem como técnicas de correção postural e técnicas de controle ventilatório como expiração com lábios semicerradas foram determinantes para a implementação de estratégias de gestão de energia.

No primeiro dia de intervenção o Sr.V.C. manifestava à auscultação pulmonar Murmúrio Vesicular (MV) mantido bilateralmente, diminuído no brônquio principal e na base direita. Sem Ruído Adventícios (AV). Score (6) na escala de Tolerância ao esforço de Borg – Esforço Forte ao Treino Muscular. Após uma semana de sessões de RFR bi-diárias cumprindo intervenções planejadas, o Sr.V.C. estava eupneico sem aporte suplementar de O₂ e Score (4) na Escala de Borg – Esforço moderado ao treino muscular, sem ruídos RA na auscultação pulmonar.

Perante o diagnóstico de enfermagem de limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionada com presença de secreções brônquicas e dimensão do conforto física e ambiental alterada, foi instituído ao programa de RFR: executar, ensinar e treinar técnicas de limpeza da via aérea tais como: técnica drenagem postural modificada, tosse assistida e dirigida, técnica de expiração forçada, ciclo ativo da respiração e análise da relação entre tosse e limpeza da via aérea. As técnicas de percussão e drenagem postural clássica estavam contraindicadas pela presença da massa neoplásica no hemitórax direito. Também foi assegurado o cumprimento do reforço hídrico pela Sonda Nasogástrica (SNG), vigilância das características das secreções brônquicas e executada gestão da atividade do doente nomeadamente mantendo estratégias de gestão de esforço e energia. Após 3 dias de sessões bi-diárias de RFR, constatou-se tosse esporádica eficaz, com mobilização eficaz de secreções brônquicas fluidas esbranquiçadas em pequena quantidade. Após cerca de 2 semanas de intervenção o Sr. V.C. apresentava-se eupneico, mantendo-se execução de técnica de dissociação tempos respiratórios. As técnicas de RFR implementadas foram personalizadas, dada a cirurgia abdominal a que o Sr.V.C. foi submetido, bem como de como já ter sido referido anteriormente existir uma massa neoplásica no pulmão direito.

Perante o problema/diagnóstico de deglutição comprometida, relacionada com EOT e VMI prolongada, foram implementadas intervenções também bi-diárias com o objetivo de promover a conscientização da relação

entre a deglutição comprometida e o risco de aspiração de conteúdo alimentar; potencializar a técnica de deglutição eficaz e assegurar a segurança para a intervenção de ER. Assim, após a respetiva avaliação da deglutição pela Escala de *Guss*, foram realizados ensinamentos e treino sobre estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço e inclinação posterior da cabeça.; estratégias compensatórias de consistência: tipo pudim, tipo néctar e tipo mel. Foram implementados ensinamentos e treino de técnicas de deglutição, que incluíram Deglutição Supraglótica; Manobra “*Lip-Pursing*” e Manobra Deglutição Dupla. Foram realizados ensinamentos, treino e supervisão de exercícios para promoção de deglutição e concretizados exercícios para promoção da deglutição: Exercícios para aumentar Força Muscular dos Lábios/bochechas/Língua:

- Abrir/fechar boca
- “Dar beijinhos”
- Segurar espátula com os lábios
- Mover lábios direita/esquerda
- Encher bochechas de ar bilateral e direito/esquerdo
- “Apertar” bochechas
- Sugar/assobiar
- Mover língua direita/esquerda
- Estalar a língua contra céu da boca
- Língua para fora e para dentro
- Ponta língua ao nariz
- Empurra espátula com a ponta da língua
- Empurra bochechas com ponta da língua
- Enrolar língua

Exercícios para promoção de mobilidade da faringe, tais como:

- Emitir sons graves alternados
- Emitir “u” com língua retraída
- Emitir sons agudos “i”
- Sugar palhinha com ponta dobrada
- Recolher a língua exageradamente para trás
- Pôr a língua exageradamente para fora
- Bocejar

O Sr. V.C. manteve-se bastante receptivo ao treino de deglutição e com adesão e compreensão aos exercícios explicitados. Após três dias de intervenção foi retirada SNG com tolerância da dieta oral e assegurada deglutição eficaz para dieta semissólida. Após cerca de 2 semanas de intervenção bi-diária constata-se deglutição eficaz para semissólidos e sólidos, mantendo disfagia para líquidos. O plano de intervenção manteve-se, com colaboração do Sr.V.C. e nas seguintes avaliações da deglutição não se observaram alterações, e assegurou-se o plano de intervenção com consciência de que perante a lesão ocupante de espaço e respetivas alterações neurológicas bem como as alterações na funcionalidade dos pares cranianos identificadas, o principal objetivo seria manter a alimentação oral estabelecida com apetite e gestão da hidratação. Os níveis de conforto obtidos na dimensão física, ambiental e psico-espiritual foram prioridade durante a intervenção no âmbito deste diagnóstico. Identificaram-se alterações nas dimensões do conforto: Dimensão física, relacionada com alimentação oral comprometida, mucosa oral seca e desidratada; dor e desconforto na mucosa oral; Dimensão ambiental, relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida; presença de dispositivos médico: SNG; Dimensão psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza relacionado com comprometimento da alimentação oral; Dimensão social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal/social e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER.

Como descrito no Estudo de Caso do Sr.V.C. bem como no plano de cuidados estruturado (Apêndice II), o problema/diagnóstico de enfermagem movimento muscular comprometido, por processo cirúrgico e imobilidade prolongada no leito, constituí foco na intervenção de ER bem como no desequilíbrio das dimensões do conforto que incluem. O processo pós-operatório reflete alteração nos níveis e dimensões do conforto. As complicações pós-operatórias resultam, muitas vezes, em internamentos prolongados (DGS, 2010), que por sua vez se relacionam com movimento muscular comprometido e vice-versa.

Inicialmente foram identificadas alterações ao nível da força muscular, tónus muscular e equilíbrio e o objetivo foi promover equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição sentado e em pé, promover aumento de força nos membros superiores e inferiores, promover ausência de complicações associadas à imobilidade e prevenir risco de queda assegurando segurança na intervenção planeada. Iniciou-se programa de exercícios de RFM que incluiu sessões também bi-diárias e por vezes 3 vezes ao dia. No primeiro dia de intervenção foi possível concretizar levante com apoio da lona e do elevador elétrico, e ao longo dos dias de intervenção, o levante foi conseguido com apoio do enfermeiro pois o Sr. V.C. conseguia concretizar carga/força nos membros inferiores, mas não mantinha equilíbrio ortostático e não conseguia concretizar movimento. O plano de RFM foi cumprido com bastante colaboração do próprio e sempre com recurso a técnicas de conservação de energia que incluíram: Inspirar antes da flexão e expirar lentamente através dos lábios semicerrados; deslocar membros superiores para frente longe da face ou acima da cabeça, facilitando a elevação do Tórax e a inspiração (Hoeman 2011).

Foram realizados ensinamentos, treino e supervisão de técnicas de RFM, que incluíram: Executar exercitação muscular articular ativa-resistida Membros Inferiores:

- Ex. Isométricos: fortalecimento músculos abdominais, glúteos, isquiotibiais e quadríceps
- Ex. Isotónicos:
 - Tibiotársica – Dorsiflexão/Flexão Plantar; Inversão/Eversão
 - Joelho – Flexão/Extensão
 - Coxofemoral – Flexão/Extensão e abdução/adução

Executar exercícios de automobilização dos membros superiores; Executar exercício de carga nos cotovelos; Executar exercitação muscular articular ativa-resistida Membros Superiores:

- Escapulomer – flexão/extensão e abdução/adução
- Cotovelo – Flexão/extensão
- Antebraço: Pronação/Supinação
- Punho: Flexão/extensão dedos
- Dedos: flexão/extensão e abdução/adução e oposição polegar

Executar Técnica Rolamento no leito; Executar técnica de ponte e oscilação pélvica; Ensinar sobre técnica de levante; Executar levante 3x turno por períodos de pelo menos 30m; Treinar o Equilíbrio Corporal; Executar exercícios de treino de equilíbrio estático sentado:

- Exercícios de carga no cotovelo e facilitação cruzada
- Ex. de Inclinação lateral do tronco
- Treino equilíbrio estático sentado na beira da cama e no cadeirão

Este estudo de caso e respetivo plano de cuidados implementado, está integrado neste subcapítulo pois considera-se que incluiu uma intervenção de ER bastante completa. Contudo, é fundamental referir que durante o tempo que decorreu a intervenção de ER, o Sr.V.C. vivenciou oscilações do seu estado de consciência e colaboração. Pela condição clínica associada e pela perspectiva de agravamento do seu estado, houve dias em que a intervenção foi limitada, mas concretizada dentro dos desafios apresentados. Efetivamente, o Sr.V.C. evoluiu nas duas/três primeiras semanas, o que lhe permitiu concretizar tarefas por ele solicitadas e que não concretizava autonomamente há algum tempo. Tarefas como fazer a barba, lavar os dentes, tomar banho no WC, comer sozinho, levantar-se para o cadeirão e manter-se de pé alguns minutos com apoio do andarilho. Falar com a neta, que tantas vezes se recusou por “não se sentir ele”. Estas conquistas decorreram como resultado das intervenções concretizadas, intervenções de ER do âmbito da função motora e respiratória e promotoras de conforto que permitiram colmatar as dimensões alteradas.

O plano de intervenção de ER possibilitou concretizar tudo o que foi descrito anteriormente, até ao dia que o agravamento da situação clínica apenas permitiu realizar movimentos passivos/assistidos dos membros superiores e inferiores e mesmo assim assegurar que a intervenção de ER fosse promotora do conforto até ao último dia. A intervenção e atuação desenvolvida durante as semanas de trabalho com o Sr.V.C. permitiram que este experienciasse os três níveis de conforto culminando numa morte pacífica.

1.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

O EEER analisa os problemas de deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas que visem uma consciência social inclusiva. Em linha de conta as respetivas unidades de competência: *“Elabora e implementa programa de treino de Atividades de Vida Diárias (AVD’s) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”*; *“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”* (OE, 2010).

Durante o ensino clínico no contexto da comunidade na ECCI, foi implementado um programa de reabilitação a uma pessoa previamente sujeita a um processo cirúrgico e cuja admissão na equipa de cuidados coincidiu com o início do ensino clínico. Este fato possibilitou a implementação de um programa de reabilitação adaptado às limitações da mobilidade, maximizando a retoma do máximo de autonomia prévia e promoção da qualidade de vida.

O Sr. V. F. de 93 anos, previamente autónomo nas suas AVD's, teve queda da própria altura no domicílio, da qual resultou fratura per trocantérica do fémur direito. Foi submetido a um procedimento cirúrgico de encavilhamento cefalomedular, sendo referenciado para a ECCI para cumprir programa reabilitação visando recuperação da cirurgia e internamento, e com o objetivo de recuperar máxima de autonomia prévia.

A respetiva avaliação inicial, estudo de caso e plano de cuidados elaborado encontra-se disponível em Apêndice III. No momento da admissão foram cumpridos os critérios de avaliação inicial definidos pela equipa, especificamente pela EEER. A primeira visita decorreu com a presença da assistente social da ECCI, possibilitando a avaliação do núcleo e ambiente familiar e identificação de necessidades específicas a assegurar e colmatar.

Após realizar a avaliação inicial detalhada foram identificados os respetivos problemas/diagnósticos de ER e elaborado o plano de cuidados. Foram identificadas as intervenções no âmbito da RFR e de RFM. Tal como descrito anteriormente, a par da identificação e descrição dos diagnósticos e respetivas necessidades de reabilitação, foram identificadas as dimensões do

conforto alteradas e condicionantes de resultados da prática especializada (Apêndice III).

Foi explicado ao Sr. V.F., à esposa e à filha a intervenção que se proponha executar e após o seu consentimento e respetiva colaboração, foram avaliados os sinais vitais no início e no fim de cada sessão de forma constatar estabilidade hemodinâmica e respetiva segurança para a intervenção planeada. Em cada intervenção iniciou-se pela RFR e posterior RFM, este fato é justificado com os princípios de gestão de energia, de forma a assegurar colaboração da pessoa no decorrer de todo programa. No âmbito da RFR, foram ensinados, treinados e supervisionados exercícios posicionamento de descanso e relaxamento, exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdomino-diafragmática posterior x10 repetições; reeducação costal global com bastão - 10x repetições; técnicas de descanso e relaxamento; técnicas de controlo de correção postural e técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados. Na primeira semana de intervenção foram programadas visitas diárias, sendo que na semana seguinte as visitas passaram a ser 2 a 3 vezes por semana.

No dia da admissão o Sr. V.F. manifestava à auscultação pulmonar MV mantido bilateralmente. Sem RA. Score (4) na escala de Tolerância ao esforço de Borg. Após 1 semana sessões de RFR diárias cumprindo intervenções planeadas, o Sr.V.F. estava eupneico sem aporte suplementar de O₂ e Score (2) na Escala de Borg – Esforço moderado ao treino muscular, sem RA na auscultação pulmonar.

O programa de RFM implementado, permitiu trabalhar no âmbito do movimento muscular comprometido bem como do equilíbrio corporal comprometido. Estas alterações estavam relacionadas com a imobilidade pelo procedimento cirúrgico e pelo internamento, bem como pela dor presente. Na realidade as limitações identificadas ao nível o movimento muscular e equilíbrio comprometido, foram descritas pelo Sr.V.F. como principais entraves na recuperação da sua autonomia e maximização das suas capacidades. Consideraram-se as seguintes dimensões do conforto alteradas: dimensão física: relacionada com a imobilidade, transferências/posicionamentos e dor; dimensão ambiental: relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER, privacidade comprometida, presença de ajudas técnicas

como andador; Dimensão Psico-espiritual: relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza; Dimensão Social: relacionada com desequilíbrio da dinâmica familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER.

O programa de RFM incluiu ensino, treino e supervisão de exercícios musculares de todos os segmentos corporais, visando ganho de autonomia prévia. Os exercícios incidiram maioritariamente no membro inferior direito: Isométricos: fortalecimento músculos flexores, extensores e abdutores da anca (força poplítea, elevação extensão joelho); mobilização passiva da articulação coxofemoral; exercícios ativos-assistidos; exercícios ativos-resistidos para fortalecimento músculos abdutores da anca: exercícios ativos-resistidos para fortalecimento músculos flexores, extensores e rotadores da anca e exercícios ativos. Optou-se por não programar número de repetições dos exercícios, mas sim gerir a atividade conforme queixas algicas e colaboração da pessoa. A par do treino de marcha com andador, foram implementadas técnicas de flexão e extensão dos joelhos em pé com apoio no andador e treino de equilíbrio sentar/levantar cadeira. Inicialmente o Sr.V.F. manifestava bastante dificuldade em rolar no leito nomeadamente para o lado direito, realizava meia ponte, mas com bastante dor associada. Manifestava força muscular Score (2) na escala Medical Research Council (MRC) ao nível da articulação coxofemoral direita, joelho e pé direito. A marcha era lenta com andador, mas sem equilíbrio ortostático dinâmico ou estático.

Após duas semanas de intervenção, na frequência descrita anteriormente, o Sr.V.F. manifestou dor controlada em repouso e em movimento, com reflexo na colaboração dos exercícios implementados. Força muscular Score (3) nos segmentos com maior alteração, marcha mais segura com supervisão com andador e com equilíbrio ortostático dinâmico e estático mantido. Inicialmente o Sr.V.F. utilizava dispositivo de proteção vesical – fralda, por manifestar diminuição de força muscular e diminuição na mobilidade o que consequentemente limitava as suas transferências nomeadamente até ao WC. Desta forma, foi possível assegurar cuidados de higiene no WC com ajuda e supervisão da filha, bem como manutenção da eliminação vesical e intestinal também no WC. Este fato foi a maior conquista para o Sr.V.F.

Considera-se que este estudo de caso e respectivas intervenções implementadas, proporcionaram elaborar um programa de reabilitação adaptado às limitações da mobilidade e do ambiente em que a pessoa e a família estavam inseridas. O objetivo final da implementação do programa de reabilitação foi a promoção da máxima autonomia, mobilidade e acessibilidade e participação social da pessoa submetida a um processo cirúrgico da qual surgiu um conjunto de problemas que são causadores de alterações nas diferentes dimensões de conforto. O plano conceptualizado e as sessões implementadas com a pessoa e família, possibilitou que no final do ensino clínico o Sr. V.F. e a sua família estivessem autónomos e capacitados para as AVD's. A dor ficou controlada, a mobilidade mantida com marcha com andador concretizada com segurança e a autonomia dos cuidadores estabelecida, para cuidados de higiene e conforto. No fim do ensino clínico, foi programada continuação do programa de reabilitação em contexto de ambulatório, o que possibilitaria a saída de casa algumas vezes por semana. Considera-se que este fato completou a tríade da obtenção de conforto (tranquilidade, alívio e transcendência), garantido o sentimento de transcendência perante problema/situação de doença experienciado.

1.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O EEER interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim possibilitar um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoa. Esta competência é adquirida com o atingimento das seguintes unidades de competência: “*Conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório*”; “*Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório*” (OE, 2010).

Durante os contextos de ambos os ensinamentos clínicos, esta competência foi atingida e amplamente concretizada com sucesso. Tanto no contexto da comunidade como no contexto hospitalar foi possível avaliar situações

específicas, identificar problemas e diagnósticos e posteriormente elaborar os programas de reabilitação para pessoa alvo de cuidados.

Tem em conta a unidade de competência de conceber e implementar programas de treino motor com vista a promover o uso pleno das capacidades, maximizando o desempenho e prevenindo o aparecimento de lesões (OE, 2015), destaca-se o programa de reabilitação implementado no Sr. J.M. de 76 anos, em contexto hospitalar. Este estudo de caso possibilitou intervir especificamente nas alterações da eliminação, proporcionando a elaboração de um programa específico passível de ser transversalizado para o serviço onde decorreu o ensino clínico.

O Sr.J.M. foi submetido a Resseção Anterior do Reto (RAR) com anastomose colorretal e ileostomia de proteção. Decorrente do procedimento cirúrgico, foi identificada uma provável lesão no membro superior direito pelo posicionamento na marquesa operatória. Esteve internado em Unidade de Cuidados Intensivos, com pneumonia Covid 19 sob VMI. Como sequelas deste internamento relatam-se: FMACI, disfonia pós EOT, e perda ponderal de peso de cerca de 30 kg. Na altura do primeiro contato com o Sr. J.M., este tinha sido submetido a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal com encerramento da ileostomia – Pós RAR.

Foi realizada a avaliação inicial identificando-se problemas e diagnósticos no âmbito de um pós-operatório imediato. Na avaliação da funcionalidade, constou-se dor score (6), na escala numérica da dor, com localização no membro superior direito/ombro e pescoço, com agravamento na extensão e rotação. Estas queixas vou de encontro com os problemas identificados na anamnese realizada, bem como nos resultados obtidos na avaliação da força muscular dos segmentos corporais através da MRC. Manifestou também queixas de dejeções líquidas várias vezes durante o dia e noite, referindo urgência na dejeção intestinal com períodos em que não conseguia controlar a dejeção. Foi realizada inspeção zona da perianal, e exame retal que não tinha alterações. Aparentemente com controlo esfinteriano. Foi avaliada sensibilidade retal com exame digital retal em repouso e em contração, manifestando diminuição de força do esfíncter anal em contração.

Após avaliação inicial detalhada foram realizados os respectivos diagnósticos de ER e programado o plano de intervenção de ER. Foram identificadas as necessidades específicas de RFR e de RFM. A par da identificação e descrição dos diagnósticos e respectivas necessidades de reabilitação, foram identificadas as dimensões do conforto alteradas e condicionantes de resultados da prática especializada (Apêndice IV).

Foi explicado ao Sr. J.M. a intervenção que se proponha iniciar e após obtenção da seu consentimento e respetiva colaboração, procedeu-se à avaliação dos sinais vitais no início e no fim de cada sessão de forma a constatar estabilidade hemodinâmica e respetiva segurança para a intervenção planeada. O estudo de caso bem como o plano de cuidados e intervenção de ER encontra-se detalhado em Apêndice IV. Para o presente efeito pretende-se destacar a intervenção ao nível do problema da IF, tendo sido este identificado como responsável das alterações das dimensões do conforto física, ambiental, psico-espiritual e social do Sr. J.M.

Foi também possível aplicar ao Sr. J.M., o General Conforto Questionar (GCQ), versão traduzida (Anexo I), e constatou-se que o fato de ter mantido uma ileostomia durante quase dois anos foi fator desestabilizador da sua vida, e o fato de a cirurgia para encerramento ser desejada e ambicionada há bastante tempo. Esta foi adiada pela pandemia que vivenciámos mundialmente. A cirurgia de encerramento da ileostomia era muito desejada, e ao surgir um problema após o procedimento cirúrgico, como a IF, foi muito significativo e causador de desconforto para o Sr.J.M.

Perante o problema da IF, relacionada com status pós RAR, foi implementado um programa de reabilitação intestinal focado nas dimensões do conforto alteradas: Dimensão física: relacionada com dejeções líquidas frequentes, desconforto abdominal, dor; Dimensão ambiental: relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida; presença de dispositivos de proteção (fralda/cueca/pensos); Dimensão psico-espiritual: relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza; revolta por não ter continência de esfíncter; Dimensão social: relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal/social e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER.

Estão descritos em artigos recentes o Síndrome de Ressecção Anterior Baixa (Low Anterior Resection Syndrome – LARS). Esta condição consiste num conjunto de disfunções defecatórias que incluem urgência e frequência intestinal, IF, defecação noturna, dificuldade em diferenciar gases, fezes e evacuação incompleta (Rama et al, 2019). Recentemente foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa um Score de Avaliação do Síndrome de Ressecção Anterior Baixa. Além deste Score de Avaliação, existe outra metodologia de avaliação de IF que é amplamente utilizada sendo aplicável a qualquer população. O Score de Wexner, que constitui um instrumento que permite quantificar, de 0 a 20, a frequência de episódios de incontinência para gases, fezes líquidas ou sólidas, bem como a necessidade de utilizar penso anal e a alteração da qualidade de vida. Cada um destes cinco critérios são graduados de 0 a 4 (1 raramente; 2 às vezes; 3 semanalmente e 4 diariamente) e quanto mais alta a pontuação maior é a severidade da IF (OE, 2017).

O EEER deve possuir competências para efetuar uma avaliação física da pessoa alvo de cuidados. Esta avaliação física deve incluir: auscultação abdominal, inspeção do períneo e avaliação da sensibilidade e exame digital do reto (Ratto e Doglietto, 2007). Sendo a IF uma condição multifatorial, considera-se para primeira linha de tratamento uma abordagem multidimensional que inclua: ensinamentos à pessoa, suplementos alimentares, terapêutica antidiarreica, treino músculos de pavimento pélvico e treino com biofeedback (Ussing et al, 2017).

Para tratamento e intervenção nas disfunções de defecação está recomendada a reabilitação do pavimento pélvico (Bocchini et al, 2019). O recurso a electroestimulação e *biofeedback* permitem melhorar a coordenação da contração muscular, e aumentar contratilidade dos músculos que compõem o esfíncter anal. Pessoa (2019), descreve que a electroestimulação do nervo tibial inibe o músculo detrusor hiperativo por meio da estimulação do nervo pudendo. O *biofeedback* permite reeducar os músculos defecatórios e auxiliar o processo de continência através de estímulos visuais e sonoros. Os exercícios de *Kegel*, permitem fortalecer os músculos do assoalho pélvico, possibilitando que a pessoa reconheça a sua própria musculatura através da contração e relaxamento. A pessoa é ensinada a contrair a musculatura como se estivesse a interromper o ato de urinar e de seguida relaxar (Pessoa, 2019).

Sendo que a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional e independência, melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação, é imprescindível solidificar conhecimento e competência neste âmbito (OE, 2011).

O programa de reabilitação implementado teve com objetivos promover tónus muscular esfíncter anal, promover horário para eliminação intestinal, promover controlo do esfíncter anal, promover ausência de complicações associadas à incontinência intestinal, promover independência, assegurar conhecimento sobre prevenção de complicações e assegurar monitorização e gestão eficaz da dor. As intervenções de ER consistiram em ensinamentos, treino e supervisão de exercícios de *Kegel* e treino dos músculos pavimento pélvico – 2 blocos de 10 repetições - duas vezes ao dia; avaliação e registo das características, frequência, quantidade e a hora das dejeções; proporcionar dispositivos de proteção de modo a prevenir perdas intestinais e desenvolver a confiança e conforto da pessoa; estimular ingestão de líquidos e dieta adequada às características das fezes; estimular e estabelecer horário para eliminação intestinal - Folha vigilância dejeções; Incentivar uso do sanitário; proporcionar trajeto seguro para WC; Proporcionar privacidade e conforto no WC; elogiar progressos realizados.

No primeiro dia de intervenção, o Sr.J.M. apresentava dejeções líquidas várias vezes durante o dia e noite, referia urgência na dejeção intestinal com períodos em que não conseguia controlar a dejeção. Foi avaliada sensibilidade retal com exame digital retal em repouso e em contração. Manifestava diminuição de força do esfíncter anal em contração. Foi aplicada Escala de Wexner com pontuação igual a 20, que descreve incontinência completa. Foi também aplicada a Escala de LARS com pontuação 38 que descreve Major LARS. O Sr.J.M. cumpriu o programa proposto com motivação e empenho, com sessões 3 vezes por dia.

Após 3 dias de intervenção já eram observáveis resultados muito positivos e o Sr.J.M. manifestou os três níveis de conforto perante estes resultados. Alívio por não experienciar dor física; tranquilidade estar informado, envolvido no processo de reabilitação, autónomo e com sentimentos de

esperança relativamente ao futuro e futura alta hospitalar; transcendência por sentir que foi cuidado com dignidade, respeito pela sua privacidade e valores pessoais, e prevenção do seu sofrimento pelo fato de ter recuperado a sua autonomia tão desejada.

Após cerca de uma semana, foi novamente aplicada a Escala de Wexner com pontuação igual a 6 identificando incontinência para fezes líquidas entre uma vez ao dia e ou mais vezes por semana, com alteração do estilo de vida. Foi também aplicada a Escala de LARS com pontuação 23 que descreve Minor LARS. Foi novamente avaliada a contração esfíncter anal e constatada força do esfíncter anal em contração aumentada. Foi programada alta para o domicílio e eventual encaminhamento para consulta de treino/fortalecimento do pavimento pélvico.

Este caso em particular possibilitou a aquisição de diversas competências e possibilitou perceber pela primeira vez de forma real e tangível que a intervenção do EEER é uma intervenção promotora de conforto desde a sua génese, passando pela implementação e terminando no resultado obtido da sua intervenção.

2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se fazer um balanço e respetiva reflexão das aprendizagens desenvolvidas neste percurso de aquisição de competências comuns e específicas do EEER. Este balanço é apoiado nos objetivos gerais do projeto de estágio e nos objetivos específicos definidos para os ensinamentos clínicos e que foram o ponto de partida para a elaboração do plano de atividades descrito no Apêndice I, que orientou e sustentou as atividades desenvolvidas nos contextos de ensinamentos clínicos.

Compreender a realidade da intervenção com recurso à avaliação de métodos e técnicas deve ser uma das competências do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem. Impera de igual forma a capacidade de avaliar todo o processo, dificuldades experienciadas, concluindo sobre de que forma os objetivos foram atingidos.

Foram definidos os seguintes objetivos gerais, na elaboração do projeto de estágio:

- Desenvolver competências específicas do EEER na promoção do conforto da pessoa em Processo Cirúrgico;
- Desenvolver competências específicas do EEER na intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

No âmbito da intervenção e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade o objetivo foi atingindo. O percurso do desenvolvimento deste objetivo está descrito no capítulo 1 que aborda as competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação e considera-se que por todas as experiências e intervenções o objetivo foi amplamente concretizado superando as expectativas. Ambos os contextos de estágio, foram ricos em experiências e oportunidades de crescimento pessoal e profissional, com o apoio e supervisão de ambos os EEER orientadores que

deram o mote para um percurso de excelência e exigência a par de um processo de aquisição de competências rico e fluido.

Considera-se que com o aparecimento de oportunidades, surgiu também a motivação pessoal e profissional que permitiu visualizar o percurso de forma a atingir cada um dos objetivos. A motivação e a emoção de obter sucesso, com vontade primordial de aprendizagens facilitadoras da prática especializada, permitiram entender cada dia em contexto clínico como único e determinante para a obtenção de um percurso de sucesso pessoal, profissional e académico.

O segundo objetivo geral constituí desenvolver competências específicas do EEER na promoção do conforto da pessoa em processo cirúrgico, este objetivo direcionou a aquisição de competências para a pessoa alvo de cuidados definida, com apoio na linha conceptual estudada. Este objetivo foi concretizado na sua totalidade no ensino clínico contexto hospitalar. Tendo o ensino clínico decorrido num serviço de cirurgia foi o ambiente propício para o caminho das aprendizagens e experiências desenvolvidas. No contexto de ensino clínico que decorreu na comunidade, a trabalhar com pessoas que recuperavam de um processo cirúrgico, concretizou-se o objetivo sendo que este foi adaptável ao contexto domiciliário levando a que as dimensões do conforto afetadas ou alteradas e foco da intervenção do EEER não tivessem sido necessariamente as mesmas das identificadas no contexto hospitalar. Este fato possibilitou um estudo e investigação acrescido sobre o referencial teórico e a sua aplicabilidade à intervenção do EEER.

Foi possível desenvolver competências específicas, como descrito anteriormente no Capítulo 1, em que a concretização da prática especializada decorreu com o objetivo paralelo da promoção do conforto. A Teoria do Conforto e as suas dimensões e níveis foram o pilar da intervenção desenvolvida.

O desafio desde o primeiro dia foi realizar a ponte entre os diagnósticos e problemas identificados e as dimensões do conforto respetivas. Isto permitiu realizar uma intervenção de reabilitação assente no conforto e nas suas premissas. Este fato possibilitou confirmar e justificar que a intervenção do EEER é promotora de conforto, sendo que desde a avaliação até à concretização toda a intervenção tem foco na obtenção do conforto. Desde o

primeiro momento a meta foi a justificação da intervenção específica do EEER como ferramenta promotora e facilitadora do conforto na pessoa em processo cirúrgico. Este objetivo foi concretizado na sua amplitude, sendo que todas as competências específicas desenvolvidas se integram como promotoras de conforto na população alvo de cuidados. Pode mesmo afirmar-se que a prática especializada da enfermagem de reabilitação é na sua génese uma prática promotora de conforto.

Considerando o que foi descrito anteriormente, foram definidos nove objetivos específicos para os contextos de ensino clínico, ou seja, objetivos delineadores do percurso na prática. O atingimento destes objetivos específicos possibilitou avaliar as aprendizagens e competências desenvolvidas, bem como as dificuldades experienciadas:

- *Prestar cuidados de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde de acordo com os princípios éticos, profissionais e legais centrados na pessoa e sua família:* A prática especializada decorreu em contexto hospitalar e da comunidade e com apoio nas equipas multidisciplinares. No contexto do ensino clínico na ECCI, foram desenvolvidas atividades não só no domicílio da pessoa, mas também em contextos específicos da comunidade como centro de dia/lar e uma escola básica. No estágio hospitalar, o desenvolvimento da prática de ER decorreu também em diferentes contextos que justificaram a pertinência do percurso interligando a intervenção. Foi possível participar no âmbito da consulta de enfermagem de reabilitação do Programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). O próprio contexto do serviço de cirurgia, possibilitou a intervenção em contexto de pós-operatório imediato e em contexto de fim de vida.
- *Desenvolver competências específicas do EEER na intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade:* Este objetivo vai de encontro com os objetivos gerais que foram definidos anteriormente e desta forma já avaliados e justificadas a sua concretização.
- *Contextualizar as alterações específicas de âmbito sensório-motor na pessoa em processo cirúrgico.*

- *Contextualizar as alterações específicas de âmbito cardiorrespiratório na pessoa em processo cirúrgico:* Estes objetivos foram definidos com o propósito de identificar as CPP e de forma a possibilitar a elaboração de planos de cuidados específicos e completos no âmbito do processo cirúrgico. Em ambos o contexto de ensinamentos clínicos foi possível perceber, identificar e prever as CPP nos diferentes âmbitos de alterações da função motora e cardiorrespiratória, nos diversos e distintos processos cirúrgicos observados.
- *Desenvolver cuidados específicos, de âmbito sensório-motor, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico.*
- *Desenvolver cuidados específicos, de âmbito cardiorrespiratório, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico.*
- *Conceber planos de intervenção específicos do EEER, promotores de conforto na pessoa em processo cirúrgico:* Considera-se que estes objetivos foram concretizados, sendo que foram desenvolvidas e realizadas intervenções especializadas no contexto do processo cirúrgico e consequentemente concebidos planos de intervenção do EEER com foco nas alterações nas dimensões e níveis de conforto e assim assegurada e justificada a intervenção do EEER promotora de conforto.
- *Intervir como EEER na prevenção das complicações pós-operatórias.*
- *Intervir como EEER promovendo o conforto e maximizando a capacidade funcional da pessoa em processo cirúrgico:* A concretização destes dois últimos objetivos, possibilitou em larga escala a aprendizagem da intervenção especializada do EEER. No fim dos ensinamentos clínicos, considerou-se que a intervenção era autónoma enquanto EEER no contexto da prática de cuidados e especificamente percebendo o conceito multidimensional de conforto como inerente a qualquer intervenção realizada e planeada.

A aplicação de instrumentos de avaliação e escalas de avaliação fiáveis e válidos, englobados na realização de planos de intervenção de reabilitação permitiu demonstrar resultados e ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

A impossibilidade da aplicação do GCQ (Anexo I) às pessoas alvo de cuidados, foi uma limitação. O questionário construído por Kolcaba é extenso e difícil de aplicar à maioria das pessoas. Contudo, ao ser aplicado a uma pessoa foi possível identificar de que forma poderia ser construído um questionário de avaliação de conforto adequado à pessoa submetida a cirurgia. Kolcaba refere que pela estrutura taxonómica do conforto, o profissional poderá construir a ferramenta de avaliação de conforto adequada à suas necessidades. Talvez este seja um ponto em aberto para novos estudos e investigações futuras.

Segundo Robbins (2005), a motivação é um: “processo responsável pela intensidade, direção e preexistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta”(p.132). É a motivação interior que leva alguém a agir de determinada forma. Conforme descreve Rego et al (2016), a motivação é causadora de efeito e direção que dependem dos objetivos de determinada pessoa em determinada situação e é essa força que define o trabalho e o estímulo para o trabalho. Foram estes os sentimentos e a linha condutora para o sucesso bem como para perceber os pontos menos positivos deste percurso. O foco foi o desejo de que o resultado possibilitasse um crescimento profissional e pessoal. A meta foi que o percurso de aprendizagens e competências proporcionasse uma intervenção e atuação como EEER de excelência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente relatório de estágio, objetivou-se apresentar e descrever um percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências, que se iniciou com conhecimentos adquiridos nos dois semestres curriculares anteriores e continuou nas experiências proporcionadas por cada um dos ensinamentos clínicos. A meta deste percurso será a habilitação enquanto EEER, detentor de conhecimento prático e teórico e competências científicas cujo desenvolvimento se concretiza também na obtenção do grau de mestre, segundo 2º ciclo de estudos do Processo de Bolonha. A aquisição de competências do grau de mestre, encontra-se descrito em Diário da República como o profissional que “deve possuir conhecimentos e capacidades de compreensão e competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº 107/2008, 2008, p.3842).

O presente relatório possibilita e concretiza a resposta à questão de partida descrita e a respetiva temática. O tema: “Promoção do Conforto à Pessoa submetida a cirurgia, Intervenção do EEER” - foi amplamente estudado e permitiu desenvolver conhecimento e competências aos níveis do processo cirúrgico, CCP e respetiva intervenção do EEER. Daqui, trilhando um caminho norteado pelas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, foi fundamentada a intervenção especializada como promotora de conforto apoiada na Teoria do Conforto de Kolcaba.

No processo de redação do projeto de estágio e respetiva justificação da pertinência do tema em estudo, foram experienciados diversos sentimentos de frustração e desmotivação perante a escolha realizada. Contudo, o percurso construído nos contextos de ensino clínico, foi determinante para conceptualizar a pertinência e a justificação da temática. É precisamente ao concretizar a prática da intervenção de ER, que se justifica e compreende na sua plenitude o conceito de conforto, as suas dimensões e os seus níveis.

A Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER) (2010), descreve que a intervenção do EEER e os respetivos cuidados de ER são determinantes para ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da diminuição do número de internamentos e da sua durabilidade.

Sequeira (2010), considera determinante a intervenção do EEER na pessoa em processo cirúrgico. Esta atuação permitirá promover uma atempada e adequada capacitação da pessoa à nova condição, o que se traduzirá na prevenção de complicações associadas e consequente atuação perante alguma complicação manifestada. Assim, a implementação de programas de ER à pessoa submetida a cirurgia é fundamental para prevenção e diminuição de CPP, bem como tempo de internamento e consequentes ganhos em saúde.

Importa estudar outros referenciais teóricos que sustentem e justifiquem a intervenção do EEER e que sejam mais “fora da caixa” dos habitualmente descritos na evidência científica. O presente relatório e as respetivas aprendizagens vivenciadas, permitem considerar a Teoria do Conforto como adequada para sustentar a produção de evidência no âmbito da ER.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, verificou-se a relevância de se considerarem as dimensões e os níveis de conforto, paralelamente à elaboração dos programas de reabilitação. O EEER ao abordar o conforto na sua intervenção, deve esperar resultados realistas assentes nessas dimensões e esperar que a pessoa obtenha os respetivos níveis de conforto. O conforto e as suas necessidades são mutáveis e consideram-se interdependentes dos programas de ER e vice-versa.

Ambos os contextos de ensino clínico e os respetivos profissionais envolvidos, foram determinantes para o percurso descrito no presente relatório. Existiram contrariedades e dificuldades pessoais, académicas e profissionais, contudo, consideram-se as contrariedades oportunidades para crescer e desenvolver objetivos e desafios futuros. Pretende-se desenvolver um projeto em contexto profissional, direcionado para a pessoa em processo cirúrgico, nomeadamente cirurgias abdomino-pélvicas, no âmbito da reabilitação intestinal e vesical. Ambiciona-se um projeto de intervenção especializada de ER, promotor de conforto e preventivo de CPP associadas, onde seja garantida uma abordagem no pré-operatório, pós-operatório e após a alta em ambulatório. Após este percurso surge o interesse e motivação para trabalhar e estudar a reabilitação intestinal e vesical na população específica da pessoa em processo cirúrgico.

Também como planeamento futuro surge o interesse e motivação de conseguir colaborar na realização de uma escala de avaliação de conforto,

baseada no GCQ, direcionada para a pessoa em processo cirúrgico e para a prática especializada do EEER.

Este relatório e o percurso trilhado consiste no desfecho de um ciclo e pretendendo-se manter um percurso profissional de prática avançada e especializada enquanto perito, iniciando um novo ciclo de aprendizagem sempre que o desconforto pessoal e intrínseco assim o solicite.

“A prática é em si mesma, um modo de obter conhecimento” (Benner, 2001; p.12) É através da prestação de cuidados especializados de enfermagem que se pretende continuar a evoluir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2015). Circular normativa nº 11/2015 de 21 Julho de 2015. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Anderson, I., Cripps, M., Cripps, P., Cromwell, D., Drake, S., Eugene, N. ... Warren, S. (2017). The third Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit (NELA). London.

Associação Portuguesa Enfermeiros Reabilitação – APER. (2010). Contributos para Plano Nacional de Saúde 2011-2016. <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>

Benner, P. (2001) - De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-733-140-8.

Bocchini, R., Chiarioni, G., Corazziari, E. et al. (2019). Pelvic floor rehabilitation for defecation disorders. Tech Coloproctol 23, 101–115 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10151-018-1921-z>

Bocchini, R., et al.(2019). Pelvic Floor Rehabilitation for Defecation Disorders. Techniques in Coloproctology. 23:101-115.

Branco, P., Barata S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. Maia J. (2012). Temas de Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda.

Chen T., Emmertsen K., Laurberg S.(2014). What Are the Best Questionnaires To Capture Anorectal Function After Surgery in Rectal Cancer Curr Colorectal Cancer Report. 2014;11(1):37–43. <https://doi.org/10.1007/s11888-014-0217-6>

Conselho Internacional De Enfermeiros (CIPE/ICNP) – Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem, Versão 1.0. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros, 2006. ISBN 9295040368.

Decreto-Lei n.º 104/2019. Diário da República. 2º Série. 26 (06-02-2019) 4744 - 4750.

Decreto-Lei n.º 121/2008. Diário da República. Série I. (25-06-2008) 3835-3853.

Diário da República, Nº 187, 2ª Série (24-09-2021). Pág. 96-103.

Direção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º Sinal Vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Circular. Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003.

Direção Geral de Saúde (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva-Vidas. Lisboa, Portugal: DGS.

Emmertsen K., Laurberg S. (2012). Low anterior resection syndrome score: Development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg.* 2012;255(5):922–8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824f1c21>

Figueiredo, M. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. (Lusociência, Ed.) (XIII). Loures.

Fonseca, C. et al. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura, *Journal of Aging & Innovation*, 7 (1): 103 – 119. ISSN: 2182-6951.

Haynes A. et al (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a global Population. *The New England Journal of medicine*. 360: 491-9.

Heitor, M.(1997). Reabilitação Respiratória. In Costa, M. (1997) – Pneumologia na prática clínica. 3ª Edição. Lisboa, Clínica de Pneumologia Faculdade de Medicina de Lisboa, 1997. ISBN 972-9422-03-6.

Heitor, M., et al (1988). Reeducação Funcional Respiratória. 2ª Edição. Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência. Pág. 119. ISBN 972-8383-11-8.

Hesbeen, W. (2010). A Reabilitação. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.

Hoeman, S. (2000) – Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo. Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-31-4.

<https://www.thecomfortline.com/measuring-comfort>, acessado em Agosto de 2022.

Hulzebus et al (2013). Effect of Inspiratory Muscle Training Before Cardiac Surgery in Routine Care. Physical Therapy. Volume 93. Núm. 5. Pág. 611.

Instituto Nacional de Estatística (2016). Destaque – Informação à comunicação Social: Os Hospitais oficiais realizaram quase $\frac{3}{4}$ das grandes cirurgias em 2014.https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=257430378&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (2017). Estatísticas Demográficas- 2016.https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=349091718&att_display=n&att_download=y

International Council of Nurses. (2021). Browser CIPE. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspetos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59.

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Jornal of Nursing Scholarship*, 23(4).

Kolcaba, K. (2002). *Comfort Theory and Practice*. (S. P. Company, Ed.).

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory And Practice: A Vision For Holistic Care And Research*. New York: Springer.

Leite, D. (2017). Efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal programada. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Bragança.

Leite, J., Poças, F., (2010). Tratamento da Incontinência Fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*.7(2):68-72.

Malcato, M. (2016). A pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica. In: C. Marques- Vieira, L. Sousa (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (515 – 523)*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Marek, J. & Boehnlein, M. (2003). Enfermagem no Pré-Operatório. In *Enfermagem Médico-Cirúrgica/Conceitos e Prática Clínica (6ªedição)* Lusociência.

Marques-Vieira, C., Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida*. Lusodidata, Loures. ISBN. 978-989-8075-73-4

Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2016). Relatório Anual: Acesso a cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas.

Miskovic, A. & Lumb, A. (2017). Postoperative pulmonary complications. British Journal of Anaesthesia, 118(3), 317–334. <https://doi.org/10.1093/bja/aex002>

Monahan, F. (2010). Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Morse, J. (2000). On Comfort and Comforting. American Journal of Nursing, pp. 34-38.

Nascimento, V. (2019). Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos Sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico. Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação – Relatório de Estágio. Setúbal.

Nunes, L., Amaral, M., & Rogério, G. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2007) – Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional Especialização em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2009) – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2010) – Regulamento competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2012) – Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série- N.º85 - 3 de Maio de 2019, 13565-13568.

Ordem Dos Enfermeiros. (2018) Reabilitação Respiratória. Guia Orientador da Boa Prática. Cadernos OE. Série 1. Número 10. Lisboa.

Pessoa, J.,(2019).Atuação da equipe multidisciplinar no tratamento da incontinência fecal. Temas em Saúde. Vol.19, N.2. ISSN 2247-2131.

Peterson, S., & Bredow, T. (2013). Middle Range Teorizes. Application To Nursing Research. 3ª Edição. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Phipps, W. J., Sands, J.K., Marek, J. F. (2003) – Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

Pina, B., Baixinho, C. (2019). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: revisão integrativa da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 42-48.

Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. Holistic Nursing Practice, 31(4), pp. 243-252.

Potter, P., Perry, A. (2006) – Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-24-0.

Pozza D., Caseiro J., Azevedo L., et al (2010). Estudo epidemiológico prospetivo e multicêntrico sobre dor aguda pós-operatória em Portugal.

Princípios Básicos Sobre a Dor. Change Pain® Portugal. Disponível em: www.change-pain.com.pt

Pryor, J., Webber, B. (2002) – Fisioterapia Para Problemas Respiratórios E Cardíacos. 2ª Edição. Rio De Janeiro: Guanabara & Koogan.

Rama N., Ferreira P., Pimentel J., Juul T. (2019). Validation of Portuguese version of the low anterior resection syndrome score. Journal Coloproctology.14;39(1):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.09.004>

Rama, N., Ferreira, P., Pimentel J., Juul, T. (2019). Validation of Portuguese version of the low anterior resection syndrome score. Journal Coloproctology.14;39(1):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.09.004>

Rama, N., Passadouro, R., Ferreira, P.L., Pimentel, J. (2015). Medição da qualidade de vida em doentes com incontinência fecal. Revista Portuguesa de Coloproctologia.

Rama, N., Passadouro, R., Ferreira, P.L., Pimentel, J.(2015). Medição da qualidade de vida em doentes com incontinência fecal. Revista Portuguesa de Coloproctologia.

Ratto, C., & Doglietto, G. (2017). Fecal Incontinence. Diagnosis and Treatment. Springer Milan Berlin Heidelberg New York. ISBN 978-88-470-0637-9

Rego, A., Rodrigues, M., Araújo, B. (2016). Motivação para o trabalho em enfermeiros após transição do modelo de gestão hospitalar. Servir. Volume 59, Nº5-6, Set-Dez 2016.

Rego, O. (2009) – O enfermeiro de reabilitação no Serviço de Cirurgia de Cardio-torácica. Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia [em linha]. Acedido a 20 de Junho de 2021. Disponível em <http://enfreabilitacao-chvnge.blogspot.pt>

Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, nº 119. 16655- 16660.

Robbins, S. (2005). Comportamento Organizacional. São Paulo, Pearson Prentice Hall.

Sacomori C. et al.(2021). A randomized clinical trial to assess the effectiveness of pre- and post-surgical pelvic floor physiotherapy for bowel symptoms, pelvic floor function, and quality of life of patients with rectal cancer: CARRET protocol. *Trials*. 22:448. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05396-1>

Sarcher T., Dupont B., Alves A., Menahem B. (2018). Anterior resection syndrome: What should we tell practitioners and patients. *Journal Visc. Surg.* <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2018.03.00>

Sequeira, P. (2010). A reabilitação do doente cirúrgico. Congresso de Reabilitação- Realidades IV.

Smeltezer, S. & Bare, B. (1993). Brunner e Suddarth de enfermagem médico-cirúrgica (7ªed., Vol. 1). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan

Soares, E. & Soares, S. (2018). Reeducação funcional respiratória no cliente submetido a gastrectomia: programa de intervenção pré e pós-operatório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 33 -41. Disponível em <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1n2.pdf>

Sousa, A., Bim, L., Hermann, P., Fronteira, I., Andrade, D. (2020). Complicações no Pós-Operatório Tardio em pacientes cirúrgicos: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2020;73(5): e20190290

Tenani A., Pinto, M. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivo Ciências de Saúde*. abr-jun;14(2):81-782.

The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*.

Tomey, A. & Alligood M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teóricas de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência. Loures.

Ussing, A., et al. (2017). Supervised pelvic floor muscle training versus attention-control massage treatment in patients with faecal incontinence: Statistical analysis plan for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 8: 192-202.

Wahl, T., Graham, L., Hawn, M., Richman, J., Hollis, R., Jones, C., ... Morris, M. (2017). Association of the modified frailty index with 30-day surgical readmission. *JAMA Surgery*. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1025>

Weiser, T., Haynes, A., Molina, G., Lipsitz, S., Esquivel, M., Uribe-Leitz, T., Gawande, A. (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*, 385, S11. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60806-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60806-6)

Wilson, L., Kolcaba, K. (2004). Practical Application of Comfort Theory in the PeriAnesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol. 19. No 3 (June). Pp 164-173

World Health Organization (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGS*. ISBN 978-92-4-156548-6

ANEXOS

Anexo I - General Comfort Questionnaire – Versão Portuguesa

Código # _____

QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL

Muito obrigado por me ajudar na minha pesquisa sobre conceito de conforto. Abaixo estão listadas afirmações que podem descrever o seu conforto neste momento. Quatro números são atribuídos para cada questão. Por favor, circule o número que mais se aproxima com o que está sentindo. Relacione essas questões ao seu conforto no momento em que você estiver respondendo as questões.

Segue um exemplo abaixo:

Ex.: Eu estou contente em preencher este questionário sobre meu conforto...

	Concordo		Discordo	
	Totalmente		Totalmente	
	4	3	2	1
1. Sinto meu corpo relaxado agora	4	3	2	1
2. Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito	4	3	2	1
3. Eu tenho privacidade suficiente	4	3	2	1
4. Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda	4	3	2	1
5. Eu não quero fazer exercícios	4	3	2	1
6. Minha condição me deixa triste	4	3	2	1
7. Eu me sinto confiante	4	3	2	1
8. Eu me sinto dependente dos outros	4	3	2	1
9. Eu sinto que minha vida vale a pena	4	3	2	1
10. Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a)	4	3	2	1
11. Estes ambientes são agradáveis	4	3	2	1
12. O barulho não me deixa descansar	4	3	2	1
13. Ninguém me entende	4	3	2	1
14. Minha dor é difícil de ser suportada	4	3	2	1
15. Eu estou motivado(a) em fazer o meu melhor	4	3	2	1
16. Eu fico triste quando estou sozinho(a)	4	3	2	1
17. Minha fé me ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18. Eu não gosto daqui	4	3	2	1
19. Eu estou contido(a) agora	4	3	2	1
20. Eu não me sinto saudável agora	4	3	2	1
21. Este ambiente me faz sentir medo	4	3	2	1
22. Eu tenho medo do que está para acontecer	4	3	2	1
23. Eu tenho uma pessoa(s) que me faz(em) sentir cuidado(a)	4	3	2	1
24. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável	4	3	2	1
25. Eu estou com fome	4	3	2	1
26. Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste lugar está agradável	4	3	2	1
28. Eu estou muito cansado(a)	4	3	2	1
29. Eu posso superar minha dor	4	3	2	1
30. O humor daqui me faz sentir melhor	4	3	2	1
31. Eu estou contente	4	3	2	1
32. Esta cadeira (cama) me machuca	4	3	2	1
33. Esta visão me inspira	4	3	2	1
34. Meus pertences não estão aqui	4	3	2	1
35. Eu me sinto deslocado(a) aqui	4	3	2	1
36. Eu me sinto bem o suficiente para caminhar	4	3	2	1
37. Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas	4	3	2	1
38. Minhas crenças me dão paz de espírito	4	3	2	1
39. Eu preciso ser melhor informado(a) sobre minha saúde	4	3	2	1
40. Eu me sinto fora de controle	4	3	2	1
41. Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido(a)	4	3	2	1
42. Este ambiente tem um cheiro terrível	4	3	2	1
43. Eu estou sozinho(a), mas não solitário(a)	4	3	2	1
44. Eu me sinto em paz	4	3	2	1
45. Eu estou deprimido(a)	4	3	2	1
46. Eu tenho encontrado sentido na minha vida	4	3	2	1
47. É fácil se locomover por aqui	4	3	2	1
48. Eu preciso me sentir bem novamente	4	3	2	1

<https://www.thecomfortline.com/measuring-comfort> (2021)

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de Atividades

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>1</p> <p>Prestar cuidados de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde de acordo com os princípios éticos, profissionais e legais centrados na pessoa e sua família;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integração Equipas Multidisciplinares; ✓ Conhecimento da dinâmica de organização e dinâmica do serviço; ✓ Conhecimento dos protocolos, normas, regulamentos de avaliação e metodologia de registos instituídos no serviço; ✓ Observação da Intervenção do Enfermeiro Orientador na prestação de cuidados específicos do EEER; ✓ Prestação de cuidados específicos de EEER, baseados nos princípios éticos e deontológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integra-se na equipa multidisciplinar; ▪ Conhece a dinâmica a organização do serviço; ▪ Conhece os principais protocolos, normas e regulamentos do serviço; ▪ Executa registo de ER de acordo com o instituído no serviço e respetivas escalas; ▪ Identifica as necessidades de intervenção de âmbito do EEER. 	<p><u>Humanos:</u> Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço Cirurgia HSFX; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais:</u> Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação;</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma elaborado.</p>

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores De Avaliação	Recursos
<p>2</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEER na intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa do melhor conhecimento e evidência científica nas áreas de intervenção; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro Orientador na prestação de cuidados de EEER; ✓ Mobilização das competências e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas Unidades Curriculares; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica o papel e as intervenções do EEER no âmbito da intervenção à pessoa com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; ▪ Identifica as necessidades de intervenção de âmbito do EEER; ▪ Demonstra na prestação de cuidados a importância de atingir as competências específicas estabelecidas; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFx; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação;</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado.</p>

C. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
D. Domínio da Melhoria da Qualidade

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>3</p> <p>Contextualizar as alterações específicas de âmbito sensório-motor na pessoa em processo cirúrgico;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização das competências e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas Unidades Curriculares; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Avaliação do risco de alteração de funcionalidade sensório-motor, na pessoa em processo cirúrgico; ✓ Diagnóstico de alterações respiratórias preditivas de alteração de funcionalidade ao nível sensório-motor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as alterações/ necessidades específicas do âmbito sensorial e motor; ▪ Identifica as necessidades de intervenção específica para o EEER; ▪ Identifica alterações da funcionalidade na pessoa em processo cirúrgico; ▪ Constrói planos de cuidados de intervenção no Âmbito das competências específicas do EEER; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFX; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação; Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado</p>

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>4</p> <p>Contextualizar as alterações específicas de âmbito cardiorrespiratório na pessoa em processo cirúrgico;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização das competências e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas Unidades Curriculares; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Avaliação do risco de alteração de funcionalidade cardiorrespiratório, na pessoa em processo cirúrgico; ✓ Diagnóstico de alterações respiratórias preditivas de alteração de funcionalidade ao nível cardiorrespiratório 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as alterações/ necessidades específicas do âmbito cardiorrespiratório; ▪ Identifica as necessidades de intervenção específica para o EEER; ▪ Identifica alterações da funcionalidade na pessoa em processo cirúrgico; ▪ Constrói planos de cuidados de intervenção no Âmbito das competências específicas do EEER; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFx; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação; Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado</p>

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>5</p> <p>Desenvolver cuidados específicos, de âmbito sensório-motor, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização das competências e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas Unidades Curriculares; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Conceção de planos de cuidados personalizados com objetivo de otimizar/reeducar funções aos níveis motor e sensorial; ✓ Implementação de planos de cuidados período Pós-Operatório, que possibilitem otimizar/reeducar funções das complicações e fatores de riscos associados; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica o papel e as intervenções do EEER no âmbito da promoção do conforto da pessoa em processo cirúrgico; ▪ Identifica o papel e as intervenções do EEER no âmbito da identificação e prevenção de complicações ao nível sensorial e motor; ▪ Demonstra na prestação de cuidados alcançar as competências específicas exigidas; ▪ Elabora planos de cuidados de intervenção específica para a pessoa em processo cirúrgico; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFX; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação;</p> <p>Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado</p>

<p>6</p> <p>Desenvolver cuidados específicos, de âmbito cardiorrespiratório, que promovam o conforto da pessoa em processo cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização das competências e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas Unidades Curriculares; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER; ✓ Conceção de planos de cuidados personalizados com objetivo de otimizar/reeducar funções ao nível cardiorrespiratório; ✓ Implementação de planos de cuidados período Pós-Operatório, que possibilitem otimizar/reeducar função cardiorrespiratória e das complicações e fatores de riscos associados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica o papel e as intervenções do EEER no âmbito da promoção do conforto da pessoa em processo cirúrgico; ▪ Identifica o papel e as intervenções do EEER no âmbito da identificação e prevenção de complicações ao nível cardiorrespiratório; ▪ Demonstra na prestação de cuidados alcançar as competências específicas exigidas; ▪ Elabora planos de cuidados de intervenção específica para a pessoa em processo cirúrgico; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFX; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação; Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado</p>
---	---	--	--

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>7</p> <p>Conceber planos de intervenção específicos do EEER, promotores de conforto na pessoa em processo cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER à pessoa em processo cirúrgico; ✓ Avaliação individualizada das necessidades da pessoa alvo dos cuidados; ✓ Consulta do processo clínico, exames auxiliares de diagnóstico e prescrições terapêutica; ✓ Promoção do envolvimento da pessoa e cuidador no plano de cuidados e promoção do conforto, ✓ Realização de ensino das técnicas específicas promotoras de conforto para a pessoa alvo de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constrói planos individualizados de intervenção especializada, no âmbito das competências do EEER; ▪ Colhe informação para avaliação de risco e complicações no âmbito sensorial e motor e cardiorrespiratório; ▪ Implementa os planos de cuidados, programando as intervenções específicas para o período pós-operatório, que promovam o conforto na pessoa em processo cirúrgico ▪ Implementa os planos de cuidados, programando intervenções específicas que promovam o conforto, otimizando alterações funções sensorial e motora; 	<p><u>Humanos</u>: Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos</u>: Serviço Cirurgia HSFx; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais</u>: Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação; Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais</u>: Cronograma elaborado</p>

7

Conceber planos de intervenção específicos do EEER, promotores de conforto na pessoa em processo cirúrgico

- ✓ Implementação de planos de cuidados no período Pós-Operatório, que possibilitem otimizar/reeducar funções sensorial, motora e cardiorrespiratória e reduzir efeito das complicações associadas, que contemplem:
 - Criação de relação de confiança e redução de ansiedade da pessoa;
 - Exercícios de Relaxamento – Dissociação Tempos Respiratórios;
 - Ensinos sobre técnicas respiratórias, tosse com contenção da ferida operatória (se aplicável),
 - Mobilizações ativas e correção postural;
 - Promoção de levante precoce;
 - Mudança frequente de decúbito no leito, sentar na cama - exercícios equilíbrio -, executar exercícios terapêuticos no leito como ponte e rolamento;

- Implementa os planos de cuidados, programando intervenções específicas que provam o conforto, otimizando alterações função cardiorrespiratória;
- Avalia os resultados dos planos de intervenção implementados;
- Monitoriza a implementação dos programas e os resultados obtidos, em função da pessoa, do processo de recuperação e do processo de reabilitação;

7

- Exercícios de correção de posições antiálgicas defeituosas
- Exercícios de mobilização passiva e/ou ativa e/ou ativa resistida e movimentos isométricos;
- Realização de técnicas de otimização da função respiratórias: drenagem postural, tosse dirigida e tosse assistida e treino musculatura respiratória;

✓ Implementação de planos de cuidados no período Pós-Operatório, que possibilitem otimizar/reeducar funções cardiorrespiratória e intervir em complicações apresentadas:

- Exercícios de Relaxamento;
- Drenagem postural modificada;
- Tosse dirigida ou assistida/ CATR;
- Reeducação diafragmática;
- Reeducação Costal global/seletiva;
- Exercícios de expansão torácica;
- Treino músculos respiratórios;
- Técnicas Correção postural;
- Mobilização da cintura escapular;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reeducação no esforço; ✓ Avaliação dos resultados dos planos implantados e das respetivas intervenções; ✓ Avaliação de carizes psicossociais que possam interferir na prática dos cuidados; ✓ Identificação e mobilização de recursos pessoais, familiares e sociais que sejam facilitares da prática de cuidados; 		
--	---	--	--

C. Domínio da Gestão de Cuidados

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivos	Atividades Planeadas	Indicadores de Avaliação	Recursos
<p>8</p> <p>Intervir como EEER na prevenção das complicações pós-operatórias</p> <p>9</p> <p>Intervir como EEER promovendo o conforto e maximizando a capacidade funcional da pessoa em processo cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de ER à pessoa em processo cirúrgico; ✓ Validação, com o Enfermeiro orientador, do plano de cuidados de ER com vista à promoção do conforto e prevenção de complicações pós-operatórias; ✓ Envolvimento da pessoa e cuidador no plano de cuidados de promoção para o conforto; ✓ Aplicação das técnicas de reeducação funcional respiratória (RFR) específicas para o pós-operatório da 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica a legislação e evidência científica mais atual no âmbito do contexto da prática de cuidados; ▪ Fundamenta os planos de cuidados específicos elaborados; ▪ Executa técnicas específicas EEER, adequadas à pessoa alvo de cuidados; ▪ Desenvolve perícia na execução e interpretação dos Exames auxiliares de Diagnóstico; ▪ Avalia a eficácia dos cuidados realizados; ▪ Reduz risco de complicações pós-operatórias promovendo conforto da pessoa em processo cirúrgico; 	<p><u>Humanos:</u> Professor Orientador; Enfermeiro(a) Chefe; Enfermeiro(a) Orientador; Equipas Multidisciplinares;</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço Cirurgia HSFx; UCC Monsanto; Biblioteca ESEL;</p> <p><u>Materiais:</u> Revisão Narrativa efetuada; Sessões Unidades Curriculares Lecionadas; Código Deontológico Enfermeiros; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialistas; Regulamentos Competências Comuns Enfermeiros Especialista Enfermagem Reabilitação; Modelo Teórico – Teoria Conforto Katherine Kolcaba</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma elaborado</p>

<p>8</p>	<p>pessoa alvo de cuidados, de acordo com o seu estado funcional, antecedentes pessoais, abordagem cirúrgica, estado hemodinâmico, Complicações pós-operatórias e fatores de risco;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Implementação de um plano de cuidados preventivo de complicações pós-operatórias da pessoa alvo de cuidados;	<ul style="list-style-type: none">▪ Escolhe as escalas e instrumentos de avaliação adequados a cada situação e pessoa específica;▪ Envolve e integra a pessoa e família na execução e implementação dos planos de cuidados;	
<p>9</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Implementação de um plano de cuidados promotor do conforto da pessoa alvo de cuidados;✓ Promoção da participação da equipa multidisciplinar na reabilitação da pessoa alvo de cuidados;✓ Construção de sessões de treino de RFR e motor;		

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão das expectativas da pessoa alvo de cuidados e cuidador face à capacidade funcional e objetivos dos programas propostos; ✓ Aplicação de escalas e instrumentos de avaliação para avaliação das intervenções implementadas; ✓ Monitorização dos programas de ER implementados; 		
--	--	--	--

C. Domínio da Gestão de Cuidados

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Apêndice II – Estudo Caso Sr.V.C.

COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
Nome: V. C.	Idade: 66 anos	
Género: Masculino	Profissão: Segurança Privado reformado	Etnia: Caucasiana
Residência: Lisboa.	Naturalidade: Portuguesa	
História De Doença Atual		
<p><u>10.2021</u> – Diagnóstico de Neoplasia do Pulmão com metastização cerebral múltipla</p> <p><u>10.12.2021</u> – Recorre ao Serviço de Urgência por cansaço agravado desde alta do anterior internamento; tosse com expetoração e dispneia associada.</p> <p><u>12.12.2021</u> – Internado Serviço de Medicina ██████ – Diagnóstico de Pneumonia Associada aos cuidados de saúde.</p> <p><u>17.12.2021</u> – Diagnóstico de Diverticulite aguda com perfuração contida.</p> <p><u>23.12.2021</u> – Anestesia considera Não Apto para Intervenção Cirúrgica.</p> <p><u>25.12.2021</u> – Queda própria altura – TAC Craneoencefálico: LOE cerebelosa esquerda com exuberante edema Vasogénico e apagamento do IV ventrículo e compressão do tronco.</p> <p><u>26.12.2021</u> – COVID POSITIVO; Agravamento estado neurológico – Cirurgia Urgente</p> <p><u>26.12.2021</u> – Bloco Operatório Neurocirurgia: Colocação Derivação Ventricular Externa esquerda e craniotomia suboccipital, exérese subtotal LOE cerebelosa esquerda. – Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos</p> <p><u>4.1.2022</u> – Disfagia associada a EOT – episódio de engasgamento durante higiene oral</p> <p><u>6.1.2022</u> – Cirurgia Geral: Operação de Hartmann – sigmoidectomia com colostomia terminal no flanco esquerdo.</p> <p><u>13.1.2022</u> – Transferência para Ala Covid Serviço Cirurgia</p>		
Diagnóstico		
Diverticulite Aguada com perfuração Contida/Neoplasia do pulmão com metastização cerebral múltipla		

Terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Perindopril + Indapamida 5 mg + 1,25 mg PO 1x Dia • Latanprost 0,05mg/ml colírio 1 gota em cada olho 1x Dia • Dexamentasona 4 mg PO 3x dia
Dieta: Geral
Antecedentes Pessoais
Hábitos Aditivos: Tabagismo Ativo (63 UMA)
Alergias: Penicilina (Segundo indicação do próprio. Sintoma: Prurido generalizado)
<p>Antecedentes Pessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia do Pulmão com metastização cerebral múltipla • Hipertensão Arterial • Dislipidemia • Bronquite Crónica (em estudo) • Hipertensão Ocular • Diverticulose sigmóidea <p>Antecedentes Cirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fistulectomia Anal há 5 anos
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimensão Familiar <ul style="list-style-type: none"> • Composição Familiar: Esposa. Filha e neta presentes • Rendimento Familiar: Não Insuficiente • Edifício Residencial: Seguro – Não Negligenciado • Precaução de Segurança: Demonstrada • Abastecimento de água: Adequado ➤ Dimensão Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação Conjugal: Mantida <ul style="list-style-type: none"> - Relação Dinâmica do Casal: Não Disfuncional - Comunicação do Casal: Eficaz - Interação Sexual: Não foi possível obter informação ➤ Dimensão Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Processo familiar: Não disfuncional

- Comunicação familiar: Eficaz
- Coping familiar: Eficaz
- Interação de papéis: Eficaz
- Relação Dinâmica: Não disfuncional

Avaliação do ambiente e núcleo familiar

Homem de 66 anos, habilitações Literárias 12º Ano. Segurança Privado reformado, por doença atual. Possuía cargo de chefia e responsabilidade junto da empresa para o qual trabalhava. Casado, tem uma filha e uma neta. Reside num apartamento próprio com dois quartos, uma casa de banho, cozinha e sala. Reside com a esposa, mas a filha mora perto com o genro e neta de 10 anos. É ativo e fundamental no seio familiar, sendo o responsável por realizar e entregar as compras na casa da sua mãe já idosa. É também responsável por ir buscar a neta à escola, que se situa junto da sua residência. Refere muito orgulho em ser o principal ajudante da neta nas tarefas e trabalhos da escola.

Sem animais domésticos.

EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Observação Física

Sinais Vitais na Avaliação Inicial:

Tensão Arterial – 109/77 mm/hg

FC – 67 bpm

StO2 – 95% Aporte suplementar O2 por ON a 2l/M

FR – 17 cpm

Temperatura Timpânica – 36º

Avaliação Estado Nutricional e Tegumentos

Peso estimado: 75 kg

Altura descrita: 177cm

IMC: 23 - Normal

Dieta Atual: Dieta Entérica Hiperproteica por SNG a 45cc/h sem pausa noturna. Reforço Hídrico 1000ml /dia por SNG. Com tolerância e sem estase gástrica descrita.

Glicémia Capilar: 112 mg/dl

Pele seca e desidratada. Sinal de Prega cutânea negativo.

Sem edemas observáveis

Mucosa oral desidratada e descorada.

Perda de Integridade Cutânea zona inguinal posterior bilateralmente. Tem sido aplicado óxido zinco e compressa protetora.

Abdómen globoso, mole e depressível. Sem desconforto à palpação superficial.

Ferida operatória abdómen. Dreno "*Sylastic*" a drenar conteúdo purulento para saco de "*biotrol*".

Cateter Venoso Central Jugular Interna Direita.

Colostomia funcionante fezes moles castanhas, quantidade moderada – Estoma corado e sem sinais inflamatórios ou de compromisso vascular.

Sonda Vesical funcionante de urina alaranjada concentrada e sem sedimento, bom débito.

Profilaxia tromboembolismo com compressão intermitente dos Membros Inferiores.

AVALIAÇÃO FUNCIONALIDADE

Avaliação Estado Mental

A nível estado Consciência, foi aplicado o Glasgow Coma Scale (GCS) que é amplamente utilizado e que está descrito como fator de avaliação e vigilância neste doente, nomeadamente pela Neurocirurgia. Atualmente GCS oscila entre 15 e 14. Alternando períodos de confusão e de orientação.

De Forma a determinar o estado mental e cognitivo do doente, para adequar a intervenção foi utilizado o Mini-Cog Teste. Neste teste, a memória de evocação é avaliada. Três palavras são proferidas à pessoa, as quais a pessoa deve ser capaz de se lembrar após desenhar um relógio (que funciona como uma distração). É pontuado um ponto por cada palavra lembrada. O desenho correto do relógio vale dois pontos. Score total: 5 pontos. Resultados considerados normais: de 3 a 5 pontos. Resultados alterados: 0 a 2 pontos. Para resultados alterados poderá ser considerado pedir uma avaliação especializada.

O teste foi aplicado ao doente e o resultado obtido foi: duas palavras recordadas e Teste de Relógio anormal e, portanto, positivo para provável défice cognitivo.

Avaliação da Dor: Escala Numérica da Dor

Localização	Membros inferiores bilateralmente		
Fatores de Agravamento	Movimento: Extensão e flexão; rotação		
Fatores de Alívio	Repouso; analgesia e aplicação de calor		
Score	16/01 6	22/01 4	27/01 2

Avaliação Pares Cranianos

I-Olfativo	Não foi possível avaliar
II-Ótico	Não foi possível avaliar
III- Oculomotor IV- Patético VI- Motor Ocular Externo	Pupilas isocóricas e isoretivas 4 mm Ptose palpebral esquerda Nistagmo horizontal bilateral Diplopia olho esquerdo
V- Trigémeo	Reflexo córneo-palpebral não foi possível testar Músculos mastigatórios: sem alterações função motora (sem desvios da fossa temporal por ação dos pterigóideos; reflexo masseterino mantido) - Sem alterações de função motora ou sensitiva
VII - Facial	Sem assimetrias faciais observáveis Sem assimetrias sulco Naso geniano
VIII- Vestíbulo-Coclear	Sem alterações cocleares Vestibular: nistagmo horizontal; equilíbrio estático – desvio postural lado + lado direito. Não foi possível avaliar equilíbrio dinâmico.
IX-Glossofaríngeo	Só avaliado reflexo faríngeo – presente

X -Vago	Não foi possível avaliar
XI – Espinhal	Sem alterações
XII- Hipoglosso	Sem alterações

Avaliação Sensibilidade

Avaliada sensibilidade superficial: Tátil, dolorosa e térmica e considerada sem alterações. No âmbito da sensibilidade profunda foi avaliada a sensibilidade postural e de pressão e considerou-se sem alterações. A sensibilidade vibratória não foi possível avaliar.

Avaliação da Deglutição/Disfagia

Este doente manifestou disfagia para líquidos e sólidos ao ser introduzida a alimentação oral, após extubação OT. Após este episódio foi observado pela Terapeuta da Fala e manteve indicação com Alimentação Entérica (AE) por SNG, durante o restante Internamento nos Cuidados Intensivos. Alguns dias após a sua transferência para o Serviço Cirurgia, foi novamente observado pela terapeuta da fala que após a sua observação deu indicação para manter AE e iniciar tentativas de ingesta oral de água gelificada. No segundo dia de Intervenção junto deste doente, após o levante para o cadeirão, foi realizada a avaliação de disfagia segundo escala de GUSS. A SNG manteve-se clampada. Após a avaliação da deglutição foram planeados e implementados um conjunto de exercícios, que o doente executou com sucesso e que permitiram realizar o treino de deglutição para posterior introdução de alimentação oral.

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso		<input checked="" type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" 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 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO • Deglutição impossível • Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.) • Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após) • Sim • Não	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA • Sim • Não	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”) • Sim • Não	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <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)		

No teste de deglutição direito, obteve-se um total de 9 pontos e, portanto, a indicação seria ser reavaliado posteriormente. Manteve-se assim a AE e iniciou-se introdução de águas gelificadas e exercícios de treino de deglutição.

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Escala Medical Research Council(MRC)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		Lado Direito16/01	Lado Direito 27/01	Lado Esquerdo16/01	Lado Esquerdo2701
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Inclinação Lateral	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação	4/5	4/5	4/5	4/5
Membros Superiores	Movimento	Direito16/01	Direito 27/01	Esquerdo16/01	Esquerdo27/01
Escapulo-umeral	Abdução/Adução	3/5	4/5	4/5	5/5
	Elevação/Depressão	3/5	4/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	3/5	4/5	4/5	5/5
	Rotação	3/5	4/5	4/5	5/5

	Interna/Externa				
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	4/5	5/5	4/5	5/5
Punho	Flexão/Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5
	Desvio radial/Cubital	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
Dedos da mão	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Oponência polegar	4/5	5/5	4/5	5/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito16/01	Direito 27/01	Esquerdo16/01	Esquerdo27/01
Coxofemoral	Abdução/Adução	3/5	4/5	3/5	4/5
	Flexão/Extensão	3/5	4/5	3/5	4/5
	Rotação Interna/Externa	3/5	4/5	3/5	4/5
Joelho	Flexão/Extensão	3/5	4/5	3/5	4/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	3/5	4/5	3/5	4/5
	Inversão/Eversão	3/5	4/5	3/5	4/5
Dedos do pé	Flexão/Extensão	3/5	4/5	3/5	4/5
	Abdução/Adução	3/5	4/5	3/5	4/5

Avaliação do Equilíbrio e Risco de Queda: Escala de Berg

Escala de Berg	16/01	27/01
1. Posição sentada para posição em pé	2	3
2. Permanecer em pé sem apoio	0	2
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	0	2
4. Posição em pé para posição sentada	0	1
5. Transferência	0	1
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0
8. Alcançar a frente com braço estendido permanecendo	0	0

em pé		
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0	0
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	0	0
11. Girar 360 graus	0	0
12. Posiciona os pés alternadamente num degrau enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente do outro	0	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
Pontuação	2	9

16/01 - Score 2 – Elevado Risco de queda e equilíbrio diminuído.

27/01 – Score 9 - Elevado Risco de queda e equilíbrio diminuído.

Avaliação Equilíbrio – Escala Simples Equilíbrio

- Equilíbrio Estático sentado – Sim
- Equilíbrio dinâmico sentado – Não
- Equilíbrio ortostático estático – Não
- Equilíbrio ortostático dinâmico – Não
- Deformidades da coluna – Não
- Dismetria dedo/nariz – Não
- Dismetria calcanhar/joelho – Não
- Adota posições viciosas - Sim

Avaliação Coordenação Motora

Prova de índice-nariz/índice-índice/index -joelho com alterações, não consegue executar corretamente.

Prova de diadococinesia: Realiza movimentos repetitivos e alternados em pronação e supinação das mãos sobre os joelhos – Movimentos coordenados bilateralmente

Avaliação do Grau de Dependência: Índice de Barthel

Índice de Barthel	
16/01	Score 50 Dependência Severa
27/01	Score 65 – Dependência Moderada

Avaliação Função Respiratória

Tosse/secreções: Acessos de Tosse produtiva, mobiliza secreções eficazmente secreções em moderada quantidade mucopurulentas espessas. Sem necessidade de aspiração de secreções.

Dispneia: Dispneia Moderada

Padrão Respiratório: Frequência Respiratória 17 ciclos por minuto, StO₂ 95%. Aporte suplementar de O₂ por cânula bi-nasal 2L/m. Respiração mista, predominância abdominal, regular, superficial e simétrica.

Observação/palpação: Tórax sem massas ou deformações aparentes.

Percussão: Som ressonante nos Hemitórax bilateralmente em todos os campos pulmonares

Auscultação: *Hemitórax direito:* Ruídos adventícios no ápex – roncos ressonantes. Murmúrio Vesicular (MV) mantido, mas diminuído no brônquico principal e na base. *Hemitórax esquerdo:* MV mantido, diminuído na base.

Pausas Inspiratórias/Expiratórias: Não

Utilização Músculos Acessórios: Não

Avaliação da Tolerância à atividade: Escala Subjetiva ao Esforço de Borg

Escala Subjetiva ao Esforço de Borg	
16/01	Nível 6 – Esforço Forte ao treino muscular
22/01	Nível 4 – Esforço Moderado ao treino muscular
27/01	Nível 3 – Esforço Fraco ao treino muscular

Problemas identificados – Dimensões do Conforto alteradas

Problemas Identificados - 16/01/2022		
Problema	Diagnóstico	Dimensão do Conforto
Alteração no equilíbrio Estático e dinâmico	Equilíbrio Corporal, comprometido	Ambiental Física
Movimento muscular diminuído dos membros inferiores bilateral	Movimento Muscular, comprometido	Física Ambiental Social
Secreções Brônquicas Presentes	Mecanismo Limpeza Via Área, ineficaz	Física Ambiental
Pouca tolerância ao esforço Score 6 na Escala de Borg	Ventilação, comprometida	Física Ambiental
Disfagia presente	Deglutição comprometida, grau elevado	Física Ambiental Psico-Espiritual Social

Plano de Cuidados Enfermagem de Reabilitação Sr. V.C

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Ventilação, comprometida relacionada com infecção respiratória anterior, EOT e imobilidade pelo internamento</p>	<p>Dimensão Física, relacionado com dispneia funcional e limitação da mobilidade e transferências/posicionamentos; dor associada aos movimentos/transferências</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente alterada pela presença de dispositivo médico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxigenoterapia 	<p>Otimizar oxigenoterapia</p> <p>Melhorar relação ventilação/perfusão</p> <p>Promover a melhoria da expansão torácica e ventilação pulmonar</p> <p>Promover o Fortalecimento dos músculos respiratórios</p> <p>Promover um padrão ventilatório eficaz</p> <p>Assegurar Segurança para Intervenção de ER</p>	<p>Avaliação padrão respiratório</p> <p>Assegurar correto cumprimento oxigenoterapia</p> <p>Monitorização de sinais vitais antes e após os exercícios programados</p> <p>Avaliação padrão respiratório; sinais de dificuldade respiratória; avaliação de dispneia pela Escala de Borg Modificada antes e após intervenção</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar: (Técnicas para otimizar ventilação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação diafragmática com resistência - Reeducação das hemicúpulas diafragmáticas bilateralmente - Reeducação costal Global inferior bilateral e seletiva com abertura costal bilateral - 10x repetições - Reeducação Costal Global com bastão - 10x repetições - Técnicas de descanso e 	<p>16/01/22</p> <p>Após três dias de sessões bdiárias de RFR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eupneico sem aporte suplementar O2 - StO2 95%/96% - FR – 14 cpm - Boa tolerância ao esforço - Escala Borg – 4 - Auscultação Pulmonar: MV mantido bilateralmente, diminuído no brônquico principal e na base direita. Sem Ruídos adventícios - Colaborante nas Técnicas respiratórias <p>22/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eupneico sem aporte suplementar O2 - StO2 96% - FR – 12 cpm - Boa tolerância ao esforço - Escala Borg – 2 - Auscultação Pulmonar: MV mantido bilateralmente, diminuído no brônquico principal e na base direita. Sem Ruídos adventícios - Colaborante nas Técnicas

		<p>relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none">- Técnicas de controlo de correção postural- Técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados <p>Ensinar, treinar e supervisionar sobre exercícios com dispositivo respiratório</p> <ul style="list-style-type: none">- Sequências de 10 inspirações profundas e lentas com recurso a Espirómetro de Incentivo volume-dependente <p>Ensinar sobre gestão ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia</p> <p>Ensinar técnicas de autocontrolo da ansiedade</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar técnicas de descanso e relaxamento</p> <p>Gerir Atividade do Doente</p> <p>Ensinar sobre estratégias de gestão de energia</p>	respiratórias
--	--	--	---------------

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Limpeza das Vias aéreas ineficaz, relacionada com presença de secreções brônquicas</p>	<p>Dimensão Física, relacionado com dispneia funcional, presença de secreções e limitação da mobilidade e transferências/posicionamentos</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente alterada pela presença de dispositivo médico: Oxigenoterapia e técnica invasiva de aspiração de secreções</p>	<p>Otimizar ventilação</p> <p>Melhorar relação ventilação/perfusão</p> <p>Promover a melhoria da expansão torácica e ventilação pulmonar</p> <p>Promover o Fortalecimento dos músculos respiratórios</p> <p>Promover um padrão ventilatório eficaz</p> <p>Promover capacidade para executar limpeza eficaz Vias aéreas</p> <p>Promover conscientização da relação entre a tosse e limpeza das vias aéreas</p> <p>Assegurar</p>	<p>Executar Técnicas para limpeza da via aérea</p> <p>Ensinar sobre técnicas de limpeza da via aérea</p> <p>Treinar técnicas para limpeza da via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica Drenagem postural modificada - Tosse assistida e dirigida - Técnica de Expiração Forçada - Ciclo Ativo da Respiração <p>Analisar relação entre tosse e limpeza da via aérea</p> <p>Administrar terapêutica inalatória</p> <p>Vigiar características das secreções</p> <p>Assegurar reforço hídrico – SNG</p> <p>Gerir Atividade do Doente</p> <p>Ensinar sobre estratégias de gestão de energia</p>	<p>16/01/22</p> <p>Após três dias de sessões bi-diárias de RFR + técnicas limpeza VA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tosse esporádica eficaz - Mobiliza eficazmente secreções sialorreicas fluidas em pequena quantidade <p>27/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eupneico - Apenas executada técnica de dissociação tempos respiratórios

Segurança para
Intervenção de ER

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Deglutição Comprometida, relacionada com EOT e VMI</p>	<p>Dimensão Física, alimentação oral comprometida, mucosa oral seca e desidratada; dor e desconforto na mucosa oral.</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida; presença de dispositivos médico: Sonda Nasogástrica</p> <p>Dimensão Psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza relacionado com comprometimento da alimentação oral</p> <p>Dimensão Social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal/social e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de</p>	<p>Promover Consciencialização da relação entre a deglutição comprometida e o risco de aspiração</p> <p>Potenciar técnica de deglutição eficaz</p> <p>Assegurar Segurança para Intervenção de ER</p>	<p>Avaliar deglutição</p> <p>Vigiar Reflexo de deglutição</p> <p>Avaliar relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração</p> <p>Avaliar relação entre deglutição comprometida e dieta</p> <p>Ensinar sobre estratégias compensatórias</p> <p>Treinar sobre estratégias compensatórias</p> <p>- Estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; inclinação posterior da cabeça</p> <p>- Estratégias compensatórias de consistência: tipo pudim, tipo néctar e tipo mel</p> <p>Ensinar sobre técnicas de deglutição</p> <p>Treinar sobre técnicas de deglutição</p>	<p>16/01/22 Segundo dia de intervenção Bi-diária</p> <p>- Deglutição eficaz para dieta semissólida</p> <p>- Retirada SNG com tolerância dieta oral</p> <p>22/01/22 - Deglutição eficaz para semissólidos e sólidos</p> <p>- Mantêm disfagia para líquidos</p> <p>- Mantêm-se plano de intervenção</p> <p>27/01/22 Deglutição eficaz para semissólidos e sólidos</p> <p>- Mantêm disfagia para líquidos</p> <p>- Mantêm-se plano de intervenção</p>

	ER/pessoa e família/ER	<ul style="list-style-type: none"> -Deglutição Supraglótica -Manobra “Lip-Pursing” -Manobra Deglutição Dupla <p>Ensinar sobre exercícios para promoção deglutição</p> <ul style="list-style-type: none"> -Treinar exercícios para promoção da deglutição: - Exercícios para aumentar Força Muscular dos Lábios/bochechas/Língua -Abrir/fechar boca -Dar beijinhos” -Segurar espátula com os lábios -Mover lábios direita/esquerda -Encher bochechas de ar bilateral e direito/esquerdo - “Apertar” bochechas -Sugar/assobiar -Mover língua direita/esquerda -Estalar a língua contra céu da boca -Língua para fora e para dentro -Ponta língua ao nariz -Empurra espátula com a ponta da língua -Empurra bochechas com ponta da língua -Enrolar língua <p>Ensinar sobre exercícios para promoção mobilidade da faringe</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emitir sons graves alternados -Emitir “u” com língua retraída -Emitir sons agudos “i” 	
--	------------------------	--	--

			<p>-Sugar palhinha com ponta dobrada</p> <p>-Recolher a língua exageradamente para trás</p> <p>-Pôr a língua exageradamente para fora</p> <p>-Bocejar</p> <p>Gerir Atividade do Doente</p> <p>Ensinar sobre estratégias de gestão de energia</p>	
--	--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Movimento muscular comprometido, Relacionado com imobilidade causada pelo procedimento cirúrgico</p>	<p>Dimensão Física, relacionado com limitação da mobilidade; transferências/posicionamentos; dor;</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida;</p> <p>Dimensão Psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza</p>	<p>Promover amplitude dos movimentos articulares</p> <p>Promover equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição sentado e em pé</p> <p>Promover aumento de força nos membros inferiores e membros superiores</p>	<p>Ensinar, treinar e supervisionar exercícios no leito como rolar; ponte; rotação controlada da anca, automobilização e lateralização</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado no cadeirão e na beira da cama</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar técnica de levantar e sentar, transferências cama/cadeirão/cama</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé</p>	<p>16/01/22</p> <p>- Apenas com equilíbrio estático sentado com apoio e tempo «30s</p> <p>- Dificuldade em rolar no leito para o lado direito, rola eficazmente para lado esquerdo</p> <p>-Realiza meia monte, com eficácia.</p> <p>- Levante cadeirão com Lona</p>

<p>Dimensão Social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER</p>	<p>Promover ausência de complicações associadas à imobilidade</p>	<p>Treinar e supervisionar mobilizações passivas e ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos corporais com 2x 10x repetições (se tolerância)</p>	<p>17/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apenas equilíbrio estático sentado no cadeirão - Técnico rolamento eficaz - Realiza ponte - Mobiliza-se de posição lateral para sentado 	
	<p>Prevenir Risco de Queda</p>	<p>Executar Exercícios treino muscular articular ativos-resistidos Membros Inferiores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ex. Isométricos: fortalecimento músculos abdominais, glúteos, isquiotibiais e quadríceps -Ex. Isotónicos: <ul style="list-style-type: none"> - Tibiotársica – Dorsiflexão/Flexão Plantar; Inversão/Eversão - Joelho – Flexão/Extensão - Coxofemoral – Flexão/Extensão e abdução/adução 	<ul style="list-style-type: none"> - Levante com ajuda bilateral - Realiza carga nos Membros Inferiores, mas não efetua movimento - Higiene oral e faz barba autonomamente
	<p>Promover independência</p>	<p>Executar exercícios de automobilizarão dos membros superiores</p>	<p>Executar exercício de carga nos cotovelos</p>	<p>22/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior tolerância ao esforço - Tempo de permanência no cadeirão aumentado - Levante 3 x dia - Alimenta-se autonomamente com supervisão
	<p>Assegurar conhecimento sobre prevenção de complicações</p>	<p>Executar exercitação musculo articular ativa-resistida Membros Superiores:</p>	<p>Executar exercitação musculo articular ativa-resistida Membros Superiores:</p>	
	<p>Assegurar monitorização e gestão eficaz da dor</p>	<p>-Escapulomer – flexão/extensão e abdução/adução</p> <p>-Cotovelo – Flexão/extensão</p>		

		<ul style="list-style-type: none">-Antebraço: Pronação/Supinação-Punho: Flexão/extensão dedos-Dedos: flexão/extensão e abdução/adução e oponência polegar <p>Executar Técnica Rolamento no leito</p> <p>Executar técnica de ponte e oscilação pélvica.</p> <p>Ensinar sobre técnica de levante</p> <p>Executar levante 3x turno por períodos de pelo menos 30m</p> <p>Gerir Atividade do Doente</p> <p>Ensinar sobre estratégias de gestão de energia</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Equilíbrio Corporal, comprometido relacionado com imobilidade causada pelo procedimento cirúrgico</p>	<p>Dimensão Física, relacionado com limitação da mobilidade; transferências/posicionamentos; dor;</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida;</p> <p>Dimensão Psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza</p> <p>Dimensão Social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER</p>	<p>Promover equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição sentado e em pé</p> <p>Promover aumento de força nos membros superiores e inferiores</p> <p>Promover ausência de complicações associadas à imobilidade</p> <p>Prevenir Risco de Queda</p> <p>Assegurar conhecimento sobre prevenção de complicações</p> <p>Assegurar Segurança para Intervenção de ER</p>	<p>Avaliar Equilíbrio Corporal</p> <p>Ensinar sobre técnicas para aumentar o Equilíbrio Corporal</p> <p>Treinar o Equilíbrio Corporal</p> <p>Executar exercícios de treino de equilíbrio estático sentado</p> <p>-Exercícios de carga no cotovelo e facilitação cruzada</p> <p>- Ex. de Inclinação lateral do tronco</p> <p>- Treino equilíbrio estático sentado na beira da cama e no cadeirão</p> <p>- Gerir Atividade do Doente</p> <p>Ensinar sobre estratégias de gestão de energia</p>	<p>16/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apenas com equilíbrio estático sentado com apoio e tempo «30s - Dificuldade em rolar no leito para o lado direito, rola eficazmente para lado esquerdo -Realiza meia monte, com eficácia. - Levante cadeirão com Lona <p>17/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apenas equilíbrio estático sentado no cadeirão - Técnico rolamento eficaz - Realiza ponte - Mobiliza-se de posição lateral para sentado - Levante com ajuda bilateral - Realiza carga nos Membros Inferiores, mas não efetua movimento - Higiene oral e faz barba autonomamente <p>22/01/22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior tolerância ao esforço - Tempo de permanência no cadeirão aumentado - Levante 3 x dia

				- Alimenta-se autonomamente com supervisão
--	--	--	--	--

Apêndice III – Estudo Caso Sr. V.F.

COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
Nome: V.F.	Profissão: Biólogo, reformado	Idade: 93 anos
Género: Masculino		Etnia: Caucasiana
Residência: Freguesia Benfica, Lisboa	Naturalidade: Portuguesa	
História De Doença Atual		
<p>Doente de 93 anos, previamente parcialmente autónomo nas suas AVD's.</p> <p>Recorreu ao Serviço de Urgência do [REDACTED] após queda da própria altura no domicílio no dia 04-10-2021, da qual resultou fratura per trocântérica do fémur direito.</p> <p>No dia 07-10-2021, foi submetido a cirurgia com encavilhamento cefalomedular.</p> <p>No dia 11-10-2021, iniciou programa de fisioterapia com mobilização articular manual, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e de marcha e levante diário.</p> <p>Por episódio de desnaturação, foi observado pela medicina interna no dia 19/10/2021. Admitiu-se Pneumonia Nosocomial, mantendo necessidade de aporte de O2 a 3l/m por ON mantendo oximetrias periférica 92/93%. Cumpriu antibioterapia.</p> <p>Teve alta para o domicílio dia 29/10/2021, sendo referenciado para ECCI para cumprir programa reabilitação visando recuperação da cirurgia e internamento, com objetivo de recuperar máxima de autonomia prévia.</p>		
Diagnóstico: Status pós Encavilhamento Cefalomedular fémur direito		
Terapêutica: Paracetamol 1 gr 3x dia Enoxaparina 40 mg 1x dia Metamizol Magnésio 2 gr 2x dia Pantoprazol 40 mg 1x dia		

Espironolactona 25 mg 1x dia
Alprazolam 0,25 mg 1x dia
Sertralina 50 mg 1x dia
Tansulosina 0,4 mg 1x dia
Amiodarona 200 mg 1 x dia
Furosemida 20 mg 1x dia
Memantina 10 mg 1x dia

Dieta: Geral

Antecedentes Pessoais

Hábitos Aditivos: Nega

Alergias: Nega

Antecedentes Pessoais:

- Fibrilhação Auricular
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Síndrome Demencial (Em estudo – seguido em Consulta de Psiquiatria)
- Diverticulose
- Hipoacusia bilateral (utiliza prótese auditiva bilateral)

Antecedentes Cirúrgicos:

- Herniorrafia inguinal direita à 20 anos
- Faco Emulsificação Bilateral à 10 anos

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

➤ Dimensão Familiar

- Composição Familiar: Vive com a esposa e com a filha mais velha. Tem apoio permanente da filha mais nova que reside na mesma rua.
- Rendimento Familiar: Não Insuficiente
- Edifício Residencial: Seguro – Não Negligenciado
- Prevenção de Segurança: Demonstrada
- Abastecimento de água: Adequado

➤ Dimensão Desenvolvimento

- Satisfação Conjugal: Mantida
 - Relação Dinâmica do Casal: Não Disfuncional
 - Comunicação do Casal: Eficaz
 - Interação Sexual: Não foi possível obter informação
- Papel Parental: Adequado
 - Conhecimento do papel: Adequado
 - Comportamentos de adesão: Demonstrado
 - Consenso do papel: Sim
 - Conflitos do papel: Não
 - Saturação do papel: Não

➤ Dimensão Funcional

- Processo familiar: Não disfuncional
- Comunicação familiar: Eficaz
- Coping familiar: Eficaz
- Interação de papéis: Eficaz
- Relação Dinâmica: Não disfuncional

Avaliação do ambiente e núcleo familiar

O Sr. V.F. reside com a esposa e com a filha mais nova. Filha mais velha reside noutra casa na mesma rua.

A casa do Sr. V.F. é residência própria. Apartamento no 1º Andar. Tem lanço de escadas antes do elevador. Casa pequena com dois quartos. Com bastante moveis e pouco espaço de circulação entre as divisões.

WC com banheira e sanita com alteador.

EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Observação Física

Pele e mucosas descoradas e hidratadas. Pele íntegra. Hipoacusia bilateral, utilizando prótese auricular bilateral. Sem alterações ao nível de deglutição. Aporte suplementar de O₂ a 2l/M. Eupneico em repouso, com dispneia funcional.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares; **Inspeção Estática:** Não se observaram alterações na morfologia torácica; **Inspeção Dinâmica:** Respiração regular, predominância torácica, média amplitude, simétrica, frequência respiratória de 17 ciclos por minuto e StO₂ 93% com O₂ por ON a 3l/m; **Palpação Tórax:** sem alterações; **Tosse:** Eficaz; **Percussão:** Som normal à percussão em todo o tórax; **Secreções:** Não apresenta; **Uso de Músculos acessórios:** Sim; **Pausas inspiratórias:** Não; **Pausas Expiratórias:** Não.

Sinais Vitais: Tensão Arterial Sistólica 90 mm/hg, Tensão Arterial diastólica 45 mm/hg; FC 50 batimentos por minuto; Temperatura Timpânica: 36.7 C°

Estado Nutricional: Peso atual: 50 kg; altura 1,65 m; IMC 18 – Baixo Peso

À observação abdominal sem massas palpáveis ou hipersensibilidade. Eritema de humidade na zona inguinal bilateral. Ferida operatória na anca direita, sem agrafes ou pontos de sutura, boa evolução cicatricial. Realizada inspeção zona perianal, exame retal sem alterações. Aparentemente com controlo de esfíncteres.

AVALIAÇÃO FUNCIONALIDADE

Avaliação da Dor: Escala Numérica da Dor

Localização	Anca direita com irradiação perna		
Fatores de Agravamento	Movimento: Extensão, levantar e sentar		
Fatores de Alívio	Repouso		
Score	02/11 5	12/11 3	23/11 1

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Escala Medical Research Council (MRC)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		02/11		23/11	
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	5/5		5/5	
	Inclinação Lateral	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
Membros Superiores	Movimento	Direito 02/11	Direito 23/11	Esquerdo 02/11	Esquerdo 23/11
Escapulo-umeral	Abdução/Adução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Elevação/Depressão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Flexão/Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação Interna/Externa	4/5	4/5	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	4/5	5/5	4/5	5/5
Punho	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Desvio radial/Cubital	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
Dedos da mão	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Oponência	4/5	5/5	4/5	5/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito 02/11	Direito 23/11	Esquerdo 02/11	Esquerdo 23/11
Coxofemoral	Abdução/Adução	2/5	4/5	3/5	4/5
	Flexão/Extensão	2/5	4/5	3/5	4/5
	Rotação Interna/Externa	2/5	4/5	3/5	4/5
Joelho	Flexão/Extensão	2/5	4/5	3/5	4/5

Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	2/5	4/5	3/5	4/5
	Inversão/Eversão	2/5	4/5	3/5	4/5
Dedos do pé	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5

Avaliação do Equilíbrio e Risco de Queda: Escala de Berg

Escala de Berg	02/11	23/11
15. Posição sentada para posição em pé	1	3
16. Permanecer em pé sem apoio	1	2
17. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	2	3
18. Posição em pé para posição sentada	1	3
19. Transferência	1	2
20. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	3
21. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	2
22. Alcançar a frente com braço estendido permanecendo em pé	0	2
23. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0	0
24. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	0	1
25. Girar 360 graus	0	0
26. Posiciona os pés alternadamente num degrau enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
27. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente do outro	0	0
28. Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
Pontuação	7	21

2/11 – Pontuação de **7 pontos**, que significa elevado risco de queda e equilíbrio diminuído.

23/11- Pontuação de **21 pontos**, que significa risco de queda médio e equilíbrio médio

Avaliação Equilíbrio – Escala Simples Equilíbrio

- Equilíbrio Estático sentado – Sim
- Equilíbrio dinâmico sentado – Não
- Equilíbrio ortostático estático – Não
- Equilíbrio ortostático dinâmico – Não
- Deformidades da coluna – Sim
- Dismetria dedo/nariz – Não
- Dismetria calcanhar/joelho – Não
- Adota posições viciosas - Sim
- Dificuldade em rolar no leito para o lado direito, rola eficazmente para lado esquerdo
- Realiza meia monte, com eficácia, mas dor associada

Avaliação Coordenação Motora

Coordenação Motora	
Membros Superiores	Executa a oposição do polegar; alternância palmar; prova Index-nariz sem alterações
Membros inferiores	Prova calcanhar-jelho sem alterações no membro inferior esquerdo; difícil concretização membro inferior direito

Avaliação da Marcha: Categorias Funcionais da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha	
02/11	Pontuação 2 – Marcha dependente Nível I
23/11	Pontuação 3 - Marcha dependente com supervisão

Avaliação do Grau de Dependência: Índice de Barthel

Índice de Barthel	
02/11	Pontuação 20 - Dependência Total
23/11	Pontuação 51 - Dependência Moderada

Avaliação da Tolerância à atividade: Escala Subjetiva ao Esforço de Borg

Escala Subjetiva ao Esforço de Borg	
02/11	Nível 6 – Esforço Forte ao treino muscular
12/11	Nível 4 – Esforço Moderado ao treino muscular
23/11	Nível 3 – Esforço Ligeiro ao treino muscular

Problemas identificados – Dimensões do Conforto alteradas

Problemas Identificados - 2/11/2021		
Problema	Diagnóstico	Dimensão do Conforto
Alteração no equilíbrio Estático e dinâmico	Equilíbrio Corporal, comprometido	Ambiental Física
Insegurança e desequilíbrio andar com andarilho	Andar Auxiliar Marcha	Ambiental Física
Dor membro inferior direito Coxofemoral	Dor, Presente Gestão Terapêutica	Física Psico-Espiritual Social
Movimento muscular diminuído do membro inferior direito: Coxofemoral - abdução/adução; Flexão/Extensão; Rotação interna/externa Joelho: Flexão/Extensão	Movimento Muscular, comprometido	Física Ambiental Social
Dependência total/severa nas atividades de vida diária	Autocuidados, dependente em grau moderado/elevado	Física Ambiental Psico-Espiritual Social
Pouca tolerância ao esforço Score 6 na Escala de Borg	Ventilação, comprometida	Física Ambiental
Alto Risco de Quedas	Equilíbrio Corporal, comprometido	Física Ambiental Psico-Espiritual Social

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
Ventilação, comprometida, relacionada com infecção respiratória anterior e imobilidade pelo internamento anterior	Dimensão Física, relacionado com dispneia funcional e limitação da mobilidade e transferências/posicionamentos Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente alterada pela presença de dispositivo médico - Oxigenoterapia	Otimizar oxigenoterapia Melhorar relação ventilação/perfusão Promover a melhoria da expansão torácica e ventilação pulmonar Promover o Fortalecimento dos músculos respiratórios Promover um padrão ventilatório eficaz Reduzir tensão psíquica e muscular Prevenir defeitos ventilatórios Melhorar utilização de músculos respiratórios	Avaliação padrão respiratório Assegurar correto cumprimento oxigenoterapia Monitorização de sinais vitais antes e após os exercícios programados Avaliação padrão respiratório; sinais de dificuldade respiratória; avaliação de dispneia pela Escala de Borg Modificada antes e após intervenção Ensinar, treinar e supervisionar: <ul style="list-style-type: none"> • Posições de descanso e de relaxamento • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios • Reeducação abdomino-diafragmática posterior x10 repetições 	Admissão em UCC – 02/11/2021 - Eupneico em repouso, com dispneia funcional Score 4 na Escala de Borg modificado - pequenos esforços -Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares; -Inspeção Estática: Não se observaram alterações na morfologia torácica; -Inspeção Dinâmica: Respiração regular, predominância torácica, média amplitude, simétrica, frequência respiratória de 17 cpm e StO2 93% com O2 por ON a 3l/m; -Palpação Tórax: sem alterações; -Tosse: Eficaz; -Percussão: Som normal à percussão em todo o tórax; -Secreções: Não apresenta -Uso de Músculos acessórios: Sim -Pausas inspiratórias: Não -Pausas Expiratórias: Não

			<ul style="list-style-type: none"> • Reeducação Costal Global com bastão - 10x repetições • Técnicas de descanso e relaxamento • Técnicas de controlo de correção postural • Técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados <p>Ensinar sobre gestão ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia</p> <p>Ensinar técnicas de autocontrolo da ansiedade</p>	<p>Reavaliação – 12/11/2021</p> <p>-Eupneico em repouso, com dispneia funcional Score 2 na Escala de Borg modificado - pequenos esforços</p> <p>-Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;</p> <p>-Inspeção Estática: Não se observaram alterações na morfologia torácica;</p> <p>-Inspeção Dinâmica: Respiração regular, predominância torácica, média amplitude, simétrica, frequência respiratória de 12 cpm e StO2 95% SEM APORTE SUPLEMENTAR O2</p> <p>-Palpação Tórax: sem alterações;</p> <p>-Tosse: Eficaz;</p> <p>-Percussão: Som normal à percussão em todo o tórax;</p> <p>-Secreções: Não apresenta</p> <p>-Uso de Músculos acessórios: NÃO</p> <p>-Pausas inspiratórias: Não</p> <p>-Pausas Expiratórias: Não</p>
--	--	--	---	---

				<p>Reavaliação – 23/11/2021</p> <ul style="list-style-type: none">-Eupneico: Score 0.5/1 na Escala de Borg modificada - pequenos esforços- Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;<ul style="list-style-type: none">-Inspeção Estática: Não se observaram alterações na morfologia torácica;-Inspeção Dinâmica: Respiração regular, predominância torácica, média amplitude, simétrica, frequência respiratória de 12 cpm e StO2 97% SEM APORTE SUPLEMENTAR O2-Palpação Tórax: sem alterações;Tosse: Eficaz;-Percussão: Som normal à percussão em todo o tórax;-Secreções: Não apresenta-Uso de Músculos acessórios: NÃO-Pausas inspiratórias: Não-Pausas Expiratórias: Não

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
Movimento Muscular, Comprometido relacionado com imobilidade causada pelo procedimento cirúrgico e pelo internamento anterior	Dimensão Física , relacionado com limitação da mobilidade; transferências/posicionamentos; dor;	Promover amplitude dos movimentos articulares	Ensinar, treinar e supervisionar exercícios no leito como rolar; ponte; rotação controlada da anca e automobilização e lateralização	Admissão em UCC – 02/11/2021 -Escala Simples Equilíbrio <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio Estático sentado – Sim • Equilíbrio dinâmico sentado – Não • Equilíbrio ortostático estático – Não • Equilíbrio ortostático dinâmico – Não • Deformidades da coluna – Sim • Dismetria dedo/nariz – Não • Dismetria calcanhar/joelho – Não • Adota posições viciosas - Sim
	Dimensão ambiental , Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida; presença de ajudas técnicas como andarilho	Promover equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição sentado e em pé	Ensinar, treinar e supervisionar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado na cadeira de rodas e na beira da cama	
Equilíbrio Corporal, comprometido relacionado com imobilidade causada pelo procedimento cirúrgico e pelo internamento anterior	Dimensão Psico-espiritual , relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza	Promover aumento de força nos membros inferiores	Ensinar, treinar e supervisionar técnica de levantar e sentar, transferências cama/cadeira de rodas/andarilho/cadeira de rodas/cama	-Dificuldade em rolar no leito para o lado direito, rola eficazmente para lado esquerdo -Realiza meia monte, com eficácia, mas dor associada -Força Muscular - MRC <ul style="list-style-type: none"> • Movimenta articulação, não vence gravidade – Score 2 • Limitações nos segmentos: Anca direita, Joelho direito, pé direito
	Dimensão Social , relacionada com desequilíbrio da dinâmica familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER	Promover ausência de complicações associadas à imobilidade	Ensinar, treinar e supervisionar equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé	
		Prevenir Risco de Queda	Ensinar, treinar e supervisionar treino de marcha com andarilho	
		Promover independência	Treinar e supervisionar mobilizações passivas e ativas assistidas de todos os segmentos corporais com 10x repetições (se tolerância)	
		Assegurar conhecimento sobre prevenção de complicações	Ensinar e treinar exercícios	

		<p>Assegurar monitorização e gestão eficaz da dor</p>	<p>musculares, membro inferior direito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isométricos: fortalecimento músculos flexores, extensores e abdutores da anca (força poplíteia, elevação extensão joelho) • Mobilização passiva da articulação coxofemoral • Exercícios ativos-assistidos • Exercícios ativos-resistidos para fortalecimento músculos abdutores da anca: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exercícios ativos-resistidos para fortalecimento músculos flexores, extensores e rotadores da anca ○ Exercícios Ativos 	<p>-Coordenação Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membros superiores: Executa a oponência do polegar; alternância palmar; prova de índex-nariz sem alterações • Membros inferiores: Prova calcanhar-joelho sem alterações no membro inferior esquerdo; difícil concretização membro inferior direito. <p>-Marcha/transfêrencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha lenta com recurso a ajuda técnica – andador com rodas • Largura do passo do pé esquerdo ultrapassa o pé direito em apoio e eleva-se totalmente do solo; a largura do pé direito não ultrapassa o pé esquerdo em apoio, eleva-se com dificuldade do solo <p>-Score 55 - Escala de Morse – Elevado Risco de Queda</p>
--	--	---	--	--

Reavaliação – 12/11/2021

-Escala Simples Equilíbrio

- Equilíbrio Estático sentado – Sim
- Equilíbrio dinâmico sentado – Sim
- Equilíbrio ortostático estático – Não
- Equilíbrio ortostático dinâmico – Não
- Deformidades da coluna – Sim
- Dismetria dedo/nariz – Sim
- Dismetria calcanhar/joelho – Não
- Adota posições viciosas - Sim

-Executa eficazmente rolamentos para ambos os lados

-Realiza meia monte, com eficácia, mas dor associada

-Força Muscular - MRC

- Movimenta articulação, vence gravidade, não vence resistência– Score 3
- Limitações nos segmentos: Anca direita, Joelho direito, pé direito

				<p>-Coordenação Motora</p> <ul style="list-style-type: none">• Membros superiores: Executa a oposição do polegar; alternância palmar; prova de indexariz sem alterações• Membros inferiores: Prova calcâneo Joelho sem alterações no membro inferior esquerdo; difícil concretização membro inferior direito. <p>-Marcha/transferência</p> <ul style="list-style-type: none">• Marcha lenta com recurso a ajuda técnica – andador sem rodas• Largura do passo do pé esquerdo ultrapassa o pé direito em apoio e eleva-se totalmente do solo; a largura do pé direito ultrapassa o pé esquerdo em apoio, eleva-se com dificuldade do solo;
--	--	--	--	---

Reavaliação – 23/11/2021

-Escala Simples Equilíbrio

- Equilíbrio Estático sentado – Sim
- Equilíbrio dinâmico sentado – Sim
- Equilíbrio ortostático estático – Não
- Equilíbrio ortostático dinâmico – Sim
- Deformidades da coluna – Sim
- Dismetria dedo/nariz – Sim
- Dismetria calcanhar/joelho – Não
- Adota posições viciosas - Sim

-Executa eficazmente rolamentos para ambos os lados

-Realiza meia monte, com eficácia e sem dor associada

-Força Muscular - MRC

- Movimenta articulação, vence gravidade, não vence resistência– Score 3
- Limitações nos segmentos: Anca direita, Joelho direito, pé direito

				<p>-Coordenação Motora</p> <ul style="list-style-type: none">• Membros superiores: Executa a oposição do polegar; alternância palmar; prova de indexariz sem alterações• Membros inferiores: Prova calcunar-jelho sem alterações no membro inferior esquerdo e membro inferior direito <p>-Marcha/transfêrência</p> <ul style="list-style-type: none">• Marcha lenta com recurso a ajuda técnica – andarilho sem rodas• Largura do passo do p� esquerdo ultrapassa o pé direito em apoio e eleva-se totalmente do solo; a largura do p� direito ultrapassa o p� esquerdo em apoio, eleva-se eficazmente do solo;
--	--	--	--	--

Apêndice IV – Estudo Caso Sr. J.M.

COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
Nome: J.M.	Idade: 76 anos	
Género: Masculino	Profissão: Cortador numa empresa comércio carnes, reformado	Etnia: Caucasiana
Residência: Lisboa. Natural Beira Alta	Naturalidade: Portuguesa	
História De Doença Atual		
Agosto de 2020 Referenciado por PSOF positiva, colonoscopia total que identificou lesão no reto. Nega perda ponderal. Sem náuseas ou vômitos, trânsito intestinal mantido, sem perdas hemáticas visíveis. Sangue vivo no papel ocasionalmente.		
Dezembro 2020 RAR com anastomose colorretal e ileostomia de proteção por laparotomia. Biopsias pré-operatórias resultado: adenoma com displasia de alto e baixo grau- sem tumor invasivo.		
Pós RAR Provável lesão Membro superior direito decorrente do posicionamento marquesa operatória.		
Janeiro 2021 Internado UCI - Pneumonia Covid 19 sob VMI e terapêutica com remdesivir. Sobre infecção bacteriana sem agente isolado. Bacteriémica a <i>Klebsiella Pneumoniae</i> . Pneumonia associada à VMI– <i>Morganella Morganii</i> . LRA (AKIN III) - Sessão única de TSFR por Hipercaliemia. Fibrilhação Auricular.		

Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos (FMACI)

Disfonia pós EOT.

Perda Ponderal 30kg.

Défi ce funcional muito marcado, perdeu capacidade de marcha.

Alta para Unidade de Média Duração Reabilitação onde esteve 2 Meses a cumprir programa de reabilitação.

Julho 2021

Défi ce de força Membro Superior Direito e parestesias ao nível dos dedos desde cirurgia Dezembro 2020.

Atrofia músculos tenares à direita

A realizar fisioterapia em ambulatório: flexores e abdutores do ombro, flexores e extensores do cotovelo, punho e dedos.

Hipoestesia tátil e álgica nas porções lateral e medial do braço e antebraço.

Sensibilidade mantida.

3 de Janeiro de 2022

Submetido a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal com encerramento ileostomia.

Diagnóstico: Reconstrução do trânsito Intestinal com encerramento de ileostomia – status pós Resseção Anterior do Reto.

Terapêutica: Alopurinol 100 mg 1x Dia

Furosemida 40 mg 2x Dia

Valsartan + Hidroclorotiazida 160 mg + 12,5 mg 1x Dia

Lercanidipina 10 mg 1x Dia

Omeprazol 20 mg 1x Dia

Midazolam 15 mg 1x Dia

Rivaroxabano 10 mg 1x Dia

Bisoprolol 5 mg 2x Dia

Paracetamol 1 gr SOS

Dieta: Geral

Antecedentes Pessoais

Hábitos Aditivos: Ex-Fumador (20 UMAs)

Alergias: Nega

Antecedentes Pessoais:

- Hipertensão Arterial
- Dislipidémia
- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico Hipertensivo – Disartria transitória e perdas de memória
- Leucoencefalopatia microvascular isquémica crónica
- Litíase Vesicular
- Neoplasia superficial do uretério/bexiga com atingimento do ureter direito – Submetido a RTU-V em 2013 e posterior Radioterapia.
- Doença Renal Crónica (Creatinina Basal 2.0 mg/dl)

Antecedentes Cirúrgicos:

- RTU-V em 2013
- Foraminectomia e artrodese lombar à 9 anos
- Facó Emulsificação Bilateral à 10 anos

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

➤ Dimensão Familiar

- Composição Familiar: Vive sozinho. Tem apoio de um filho
- Rendimento Familiar: Não Insuficiente
- Edifício Residencial: Seguro – Não Negligenciado
- Precaução de Segurança: Demonstrada
- Abastecimento de água: Adequado

➤ Dimensão Desenvolvimento

- Satisfação Conjugal: Não mantida – Viúvo à 3 anos
- Papel Parental: Adequado
 - Conhecimento do papel: Adequado
 - Comportamentos de adesão: Demonstrado

- Consenso do papel: Sim
- Conflitos do papel: Não
- Saturação do papel: Não

➤ Dimensão Funcional

- Processo familiar: Não disfuncional
- Comunicação familiar: Eficaz
- Coping familiar: Eficaz
- Interação de papéis: Eficaz
- Relação Dinâmica: Não disfuncional

Avaliação do ambiente e núcleo familiar

O Sr. J.M. reside num apartamento arrendado com 1 quarto. Segundo o próprio com divisões amplas e com WC com poliban e apoios na parede adaptados às suas necessidades.

Tem um filho de 47 anos e três netos. O filho vive na mesma rua e é o apoio do Sr. J.M. Quando regressou a casa da Unidade Média Duração, contrataram uma pessoa que ajudava na higiene, confeção da alimentação e limpeza da casa. Atualmente é o filho que lhe providencia as compras do supermercado e as refeições.

EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Observação Física

Pele e mucosas descoradas e hidratadas. Pele íntegra. Sem alterações ao nível de deglutição. Pele íntegra. Eupneico em repouso, com dispneia funcional.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares; **Inspeção Estática:** Não se observaram alterações na morfologia torácica; **Inspeção Dinâmica:** Respiração regular, predominância torácica, média amplitude, simétrica, frequência respiratória de 17 ciclos por minuto e StO₂ 96% com aporte suplementar O₂ por ON a 1l/m. **Tórax:** sem alterações; **Tosse:** Eficaz; **Percussão:** Som normal à percussão em todo o tórax; **Secreções:** fluídas e transparentes em pequena quantidade que expelle eficazmente; **Uso de Músculos acessórios:** Não; **Pausas inspiratórias:** Não; **Pausas Expiratórias:** Não.

Sinais Vitais: Tensão Arterial Sistólica 110 mm/hg, Tensão Arterial diastólica 60 mm/hg; FC 60 batimentos por minuto; Temperatura Timpânica: 36.7 C°

Estado Nutricional: Peso atual: 99 kg; altura 181 cm; IMC 30,2 kg/m²

À observação abdominal sem massas palpáveis ou hipersensibilidade. Auscultação abdominal sem alterações. Ferida operatória no abdómen, penso limpo e seco.

Queixas de dejeções líquidas várias vezes durante o dia e noite. Refere urgência dejeção intestinal com períodos em que não consegue controlar a dejeção. Realizada inspeção zona perianal, exame retal sem alterações. Aparentemente com controlo esfinteriano. Avaliada sensibilidade retal com exame digital retal em repouso e em contração. Manifesta diminuição de força do esfíncter anal em contração.

AVALIAÇÃO FUNCIONALIDADE

Avaliação da Dor: Escala Numérica da Dor

Localização	Membro superior direito/ombro/ Pescoço		
Fatores de Agravamento	Movimento: Extensão e rotação		
Fatores de Alívio	Repouso; analgesia e aplicação de calor		
Score	04/01 6	05/01 5	07/01 2

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Escala Medical Research Council (MRC)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular			
		04/01	07/01	04/01	07/01
Cabeça e Pescoço	Flexão/Extensão	4/5	5/5	5/5	5/5
	Inclinação Lateral	3/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação	3/5	4/5	5/5	5/5
Membros Superiores	Movimento	Direito 04/01	Direito 07/01	Esquerdo 04/01	Esquerdo 07/01
Escapulo-umeral	Abdução/Adução	3/5	4/5	4/5	5/5
	Elevação/Depressão	3/5	4/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	4/5	4/5	4/5	5/5
	Rotação Interna/Externa	3/5	4/5	4/5	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	4/5	5/5	4/5	5/5

Punho	Flexão/Extensão	3/5	5/5	4/5	5/5
	Desvio radial/Cubital	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
Dedos da mão	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Oponência	4/5	5/5	4/5	5/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito 04/01	Direito 07/01	Esquerdo 04/01	Esquerdo 07/01
Coxofemoral	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Rotação Interna/Externa	4/5	5/5	4/5	5/5
Joelho	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	4/5	5/5	4/5	5/5
	Inversão/Eversão	4/5	5/5	4/5	5/5
Dedos do pé	Flexão/Extensão	4/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução/Adução	4/5	5/5	4/5	5/5

Avaliação do Equilíbrio e Risco de Queda: Escala de Berg

Escala de Berg	04/01	07/01
29. Posição sentada para posição em pé	3	4
30. Permanecer em pé sem apoio	3	4
31. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	3	4
32. Posição em pé para posição sentada	2	3
33. Transferência	3	4
34. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	3	4
35. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	2	3
36. Alcançar a frente com braço estendido	2	3

permanecendo em pé		
37. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	2	3
38. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	2	3
39. Girar 360 graus	2	3
40. Posiciona os pés alternadamente num degrau enquanto permanece em pé sem apoio	1	3
41. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente do outro	1	3
42. Permanecer em pé sobre uma perna	1	2
Pontuação	30	46

04/01 – Pontuação de **30 pontos**, que significa risco de queda médio e equilíbrio médio.

07/01- Pontuação de **46 pontos**, que significa baixo risco de queda e equilíbrio bom.

Avaliação Equilíbrio – Escala Simples Equilíbrio

- Equilíbrio Estático sentado – Sim
- Equilíbrio dinâmico sentado – Sim
- Equilíbrio ortostático estático – Sim
- Equilíbrio ortostático dinâmico – Sim
- Deformidades da coluna – Não
- Dismetria dedo/nariz – Sim
- Dismetria calcanhar/joelho – Sim
- Adota posições viciosas - Sim

Avaliação Coordenação Motora

Coordenação Motora	
Membros Superiores	Executa a oposição do polegar; alternância palmar; prova Index-nariz sem alterações
Membros inferiores	Prova calcânhar Joelho sem alterações no membro inferior esquerdo e direito

Avaliação da Marcha: Categorias Funcionais da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha	
04/01	Pontuação 3 - Marcha dependente com supervisão
07/01	Pontuação 5 - Marcha independente com supervisão

Avaliação do Grau de Dependência: Índice de Barthel

Índice de Barthel	
04/01	Pontuação 65 - Dependência Moderada
07/01	Pontuação 90 - Dependência Leve

Avaliação da Tolerância à atividade: Escala Subjetiva ao Esforço de Borg

Escala Subjetiva ao Esforço de Borg	
04/01	Nível 7 – Esforço Muito Forte ao treino muscular
05/01	Nível 4 – Esforço Moderado ao treino muscular
07/01	Nível 2 – Esforço Fraco ao treino muscular

Problemas identificados – Dimensões do Conforto alteradas

Problemas Identificados - 4/01/2022		
Problema	Diagnóstico	Dimensão do Conforto
Alteração no equilíbrio Estático e dinâmico	Equilíbrio Corporal, comprometido	Ambiental Física
Dor membro inferior direito Membro Superior Direito/Escapulumeral	Dor, Presente Gestão Terapêutica	Física Psico-Espiritual Social
Movimento muscular diminuído do membro superior direito/ Escapulo umeral Direita	Movimento Muscular, comprometido	Física Ambiental Social
Incontinência Intestinal, presente por status pós RAR	Eliminação Intestinal, comprometida	Física Ambiental Psico-Espiritual Social
Pouca tolerância ao esforço Score 7 na Escala de Borg	Ventilação, comprometida	Física Ambiental

Plano de Cuidados Enfermagem de Reabilitação Sr. J.M.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
Ventilação, comprometida, relacionada com infecção respiratória anterior e imobilidade pelo processo cirúrgico	Dimensão Física, relacionado com dispneia funcional e limitação da mobilidade e transferências/posicionamentos Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente alterada pela presença de dispositivo médico - Oxigenoterapia	Otimizar oxigenoterapia Melhorar relação ventilação/perfusão Promover a melhoria da expansão torácica e ventilação pulmonar Promover o Fortalecimento dos músculos respiratórios Promover um padrão ventilatório eficaz	Avaliação padrão respiratório Assegurar correto cumprimento oxigenoterapia Monitorização de sinais vitais antes e após os exercícios programados Avaliação padrão respiratório; sinais de dificuldade respiratória; avaliação de dispneia pela Escala de Borg Modificada antes e após intervenção Ensinar, treinar e supervisionar: - Posições de descanso e	Admissão – 04/01/2022 <ul style="list-style-type: none"> Eupneico em repouso, com dispneia funcional Score 7 na Escala de Borg modificado - esforço muito forte treino muscular Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares; Reavaliação – 05/01/2022 <ul style="list-style-type: none"> Eupneico em repouso, com dispneia funcional Score 4 na Escala de Borg modificado - esforço moderada treino muscular Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;

		<p>Reduzir tensão psíquica e muscular</p> <p>Prevenir defeitos ventilatórios</p> <p>Melhorar utilização de músculos respiratórios</p>	<p>de relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdomino-diafragmática posterior 2x x10 repetições - Reeducação Costal Global com bastão - 2x 10x repetições - Técnicas de descanso e relaxamento - Técnicas de controlo de correção postural - Técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados <p>Ensinar sobre gestão ambiente físico e fatores indutores de agravamento da dispneia e técnicas de autocontrolo da ansiedade</p>	<p>Reavaliação – 07/01/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eupneico • Score 2 na Escala de Borg modificada • Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares;
--	--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Movimento Muscular, Comprometido relacionado com imobilidade causada pelo procedimento cirúrgico e pelo internamento anterior</p> <p>Equilíbrio Corporal, comprometido relacionado com imobilidade causada pelo</p>	<p>Dimensão Física, relacionado com limitação da mobilidade; transferências/posicionamentos; dor;</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida;</p>	<p>Promover amplitude dos movimentos articulares</p> <p>Promover equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição sentado e em pé</p> <p>Promover aumento de força nos membros inferiores e membros superiores</p> <p>Promover ausência de complicações associadas à imobilidade</p> <p>Prevenir Risco de</p>	<p>Ensinar, treinar e supervisionar exercícios no leito como rolar; ponte; rotação controlada da anca e automobilização e lateralização</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado no cadeirão e na beira da cama</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar técnica de levantar e sentar, transferências cama/cadeirão/cama</p> <p>Ensinar, treinar e supervisionar equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé</p>	<p>Admissão – 04/01/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Berg -Score 30 «Risco de queda médio e equilíbrio médio. • Força Muscular - MRC • Movimenta articulação, não vence gravidade – Score 2 • Limitações nos segmentos: Escapulo-umeral direita; punho direito - flexão/extensão <p>Reavaliação – 07/01/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Berg - Score 46 «Baixo risco de queda e equilíbrio bom • Força Muscular - MRC - Sem limitações nos segmentos identificados anteriormente. • Marcha Autónoma com supervisão Pontuação 5 na

<p>procedimento cirúrgico e pelo internamento anterior</p>	<p>Dimensão Psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza</p> <p>Dimensão Social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada pela equipa de ER/pessoa e família/ER</p>	<p>Queda</p> <p>Promover independência</p> <p>Assegurar conhecimento sobre prevenção de complicações</p> <p>Assegurar monitorização e gestão eficaz da dor</p>	<p>Ensinar, treinar e supervisionar treino de marcha/ deambulação</p> <p>Treinar e supervisionar mobilizações passivas e ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos corporais com 2x 10x repetições (se tolerância)</p>	<p>avaliação da marcha - Categoria funcional da marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pontuação 90 - Dependências Leve no Índice Barthel • Pessoa motivada, colaborante e disponível para programa de reabilitação. Programa-se alta provável alta para domicílio.
---	--	--	--	---

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão conforto alterada	Objetivos	Intervenções De Enfermagem	Avaliação
<p>Incontinência Intestinal, relacionada com status pós RAR</p>	<p>Dimensão Física, dejeções líquidas frequentes, desconforto abdominal; dor;</p> <p>Dimensão ambiental, Relacionada com interação com ambiente pela presença da equipa de ER; privacidade comprometida; presença de dispositivos de proteção (fralda/cueca/pensos)</p>	<p>Promover tónus muscular esfíncter anal</p> <p>Promover horário para eliminação intestinal</p> <p>Promover controlo esfíncter anal</p> <p>Promover ausência de complicações associadas à incontinência intestinal</p> <p>Promover independência</p> <p>Assegurar</p>	<p>Ensinar, treinar e supervisionar exercícios de Kegel e treino músculos pavimento pélvico - 2x 10x - duas vezes ao dia.</p> <p>Avaliar e registar as características, a frequência, a quantidade e a hora das dejeções;</p> <p>Aplicar dispositivos de proteção de modo a prevenir perdas intestinais e desenvolver a confiança e conforto da pessoa</p> <p>Estimular ingestão de líquidos e dieta adequada às características das fezes</p> <p>Estimular e estabelecer horário</p>	<p>Admissão – 04/01/2022</p> <p>Dejeções líquidas várias vezes durante o dia e noite.</p> <p>Refere urgência dejeção intestinal com períodos em que não consegue controlar a dejeção.</p> <p>Realizada inspeção zona perianal, exame retal sem alterações. Aparentemente com controlo esfíncteriano.</p> <p>Avaliada sensibilidade retal com exame digital retal em repouso e em contração.</p> <p>Manifesta diminuição de força do esfíncter anal em contração.</p> <p>Aplicada Escala de Wexner com pontuação: 20 que descreve incontinência completa</p>

	<p>Dimensão Psico-espiritual, relacionada com ansiedade; medo; perda de autonomia; frustração; tristeza; revolta por não ter continência de esfíncter</p> <p>Dimensão Social, relacionada com desequilíbrio da dinâmica pessoal/social e familiar, aquisição de novos conhecimentos; necessidade de comunicação eficaz e adequada</p>	<p>conhecimento sobre prevenção de complicações</p> <p>Assegurar monitorização e gestão eficaz da dor</p>	<p>para eliminação intestinal - Folha vigilância dejeções</p> <p>Incentivar uso do sanitário</p> <p>Proporcionar trajeto seguro para WC</p> <p>Proporcionar privacidade e conforto no WC</p> <p>Elogiar progressos realizados</p>	<p>Aplicada Escala de LARS com pontuação 38 que descreve Major LARS</p> <p>Realizados ensinamentos sobre folha de vigilância das dejeções.</p> <p>Reavaliação – 07/01/2022</p> <p>Aplicada Escala de Wexner com pontuação: 6 incontinência para fezes líquidas entre uma vez ao dia e ou mais vezes por semana, com alteração do estilo de vida.</p> <p>Aplicada Escala de LARS com pontuação 23 que descreve Minor LARS</p> <p>Cumprir programa implementado com motivação.</p> <p>Força esfíncter anal em contração aumentada.</p>
--	---	---	---	---

	pela equipa de ER/pessoa e família/ER			<p>Programada alta para domicílio «ensino exercícios a realizar.</p> <p>Será encaminhado para consulta de treino pavimento pélvico.</p>
--	---------------------------------------	--	--	---

Apêndice V – Planos de Sessão - Formações

Tema: Teoria Do Conforto De Kolcaba – Apresentação Projeto “Promoção Do Conforto Na Pessoa Em Processo Cirúrgico Intervenção Enfermeiro Reabilitação”

População-Alvo: Equipa De Enfermagem De Reabilitação [REDACTED]

Objetivo Geral: Apresentação Do Projeto Desenvolvido E Trabalhado Em Contexto Do Ensino Clínico: “Promoção Do Conforto Na Pessoa Em Processo Cirúrgico Intervenção Enfermeiro Reabilitação”; Apresentação Da Teoria De Conforto De Kolcaba.

Equipa Interveniente: Equipa De Enfermagem De Reabilitação [REDACTED]

Formadores: Filipa Espada

Local: Reunião Via Teams **Data:** 17/02/2022 **Hora:** 10:00- 11:00

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS HUMANOS/ MATERIAIS
INTRODUÇÃO	Apresentar o Projeto desenvolvido em contexto académico e quais os objetivos para o contexto de ensino clínico atual.	Expositiva Explicativa	Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	Definir Teóricas de Enfermagem e definir características das Teorias de Médio Alcance Definir e descrever Teoria de Conforto de Kolcaba	Expositiva Explicativa	Diapositivos

	<p>Apresentar Relação entre Promoção do conforto e a Intervenção do ER</p> <p>Apresentar Conceito de Conforto no âmbito da CIPE e elaboração de Planos de Cuidados de ER</p>		
SÍNTESE	<p>Descrever relação entre características da pessoa em processo cirúrgico e respectivas intervenções de ER promotoras de conforto.</p>	<p>Expositiva</p> <p>Explicativa</p>	<p>Diapositivos</p>
AVALIAÇÃO	<p>Refletir sobre teoria de conforto de Kolcaba e sua aplicabilidade na Intervenção Especializada do ER.</p>	<p>Explicativo</p> <p>Discussão</p>	<p>Diapositivos</p>

Tema: Educação Postural

POPULAÇÃO-ALVO: Alunos 5º Ano Escola Básica

OBJETIVO GERAL: Sensibilizar/ensinar alunos e professores para medidas de correta postura corporal, correta utilização da malas e mochilas e alongamentos.

EQUIPA INTERVENIENTE: Alunos e professores – 5º Ano

FORMADORES: Enfª Natacha Sousa; Enfª Filipa Espada

LOCAL: Escola **DATA:** 26/11/2021 **HORA:** 8h45 -12h50

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS HUMANOS/ MATERIAIS
INTRODUÇÃO	Sensibilizar para medidas de correta postura corporal	Expositiva	Dispositivos
DESENVOLVIMENTO	Informar sobre medidas preventivas e comportamentos a adotar para reduzir dor nas costas e incorreta postura corporal	Expositiva Demonstrativa	Dispositivos
SÍNTESE (CONCLUSÃO)	Informar sobre como executar alongamentos e medidas preventivas de incorreta postura corporal	Expositiva Demonstrativa	Dispositivos Folhetos Informativos
AValiação	Identificação frases de verdadeiro/falso Preenchimento de questionário de avaliação	Expositiva Demonstrativa	Dispositivos Questionário de Avaliação

TEMA: Prevenção de Quedas

POPULAÇÃO-ALVO: Idosos residentes na [REDACTED]

OBJETIVO GERAL: Sensibilizar Idosos e cuidadores para medidas preventivas de quedas e a sua importância

EQUIPA INTERVENIENTE: Cuidadores da [REDACTED]

FORMADORES: Enf^a Natacha Sousa; Enf^a Filipa Espada

LOCAL: [REDACTED] **DATA:** 17/11/2021 **HORA:** 15h

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS HUMANOS/ MATERIAIS
INTRODUÇÃO	Sensibilizar para o risco de queda e suas consequências	Expositiva	Dispositivos Folhetos Informativos
DESENVOLVIMENTO	Informar sobre medidas preventivas e comportamentos a adotar para reduzir o risco de queda	Expositiva	Dispositivos Folhetos Informativos
SÍNTESE (CONCLUSÃO)	Informar sobre como agir em caso de queda	Expositiva	Dispositivos Folhetos Informativos
AVALIAÇÃO	Identificação nas imagens certo/errado	Expositiva	Dispositivos Jogo de Figuras

Apêndice VI- Norma de Reabilitação Intestinal

Norma de Reabilitação Intestinal

(Em atualização - Aguarda aprovação)

Serviço Cirurgia - [REDACTED]

1. Objetivo

- Prevenir Incontinência Fecal no Pós-Operatório;
- Reduzir complicações associadas a Incontinência Fecal;
- Promover a educação para a saúde na prevenção da Incontinência Fecal;
- Reduzir tempo de internamento e taxa de reinternamento por Incontinência Fecal.

2. Responsáveis

Equipa Enfermagem de Reabilitação Serviço Cirurgia [REDACTED]

3. População Alvo

O presente protocolo aplica-se a todos os doentes internados no Serviço de Cirurgia, com os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- Cirurgia Colorretal;

Critérios de Exclusão:

- Instabilidade Hemodinâmica que condicione o programa de reabilitação;
- Com deficit cognitivo, avaliado por Mini Mental State Examination (MMSE) ou pelo Six Item Cognitive Impairment Test. (Anexos)

4. Utilizadores Potenciais

Enfermeiro Especialistas Enfermagem de Reabilitação e Enfermeiros Generalistas [REDACTED]

5. Definições e Conceitos

Enquadramento: Definições e Conceitos

O cancro do reto constitui o oitavo cancro mais predominante no Mundo. Apresenta concomitante uma elevada taxa de mortalidade, de cerca dos 50% dos doentes diagnosticados. ⁽¹⁾

Observa-se uma evolução da medicina e dos tratamentos disponíveis para este tipo de cancro, contudo a intervenção cirúrgica continua a ser o procedimento mais realizado. O procedimento consiste na ressecção anterior baixa – Low anterior Resection (LAR). Esta técnica cirúrgica é atualmente a técnica padrão de intervenção curativa no cancro do reto, permitindo a conservação do esfíncter pela execução de anastomose baixa. ^(1,2) Permite intervir no cancro do reto sem realização de colostomia permanente, que constitui a principal consequência do outro procedimento cirúrgico radical passível de ser realizado – a amputação abdominoperineal. ⁽³⁾

Contudo a LAR, não é um procedimento inócuo nem isento de complicações e consequências. Estas foram amplamente estudadas e discutidas e atualmente estão descritas sob a forma de um conjunto de sintomas, que definem um Síndrome reconhecido na comunidade científica - O Síndrome da Ressecção Anterior Baixa - Low Anterior Resection Syndrome (LARS). ^(2,3)

O LARS é um síndrome complexo e com bastante prevalência nesta população. Está descrito que pode surgir em cerca de 60%-90% dos doentes. Pode manifestar-se sob a forma de múltipla sintomatologia. Os principais sintomas são: Incontinência Fecal de gases ou fezes; urgência fecal (incapacidade de evitar uma evacuação durante 15 minutos), “*clustering*” (nova evacuação fecal nos 15 minutos após a última); movimentos intestinais frequentes (frequência evacuatória aumentada). ^(3,4)

Perante a diversidade e complexidade dos sintomas constituintes do LARS, este poderá ser o responsável por um impacto negativo na qualidade de vida e conforto destes doentes. Ao obter um conhecimento científico, teórico e prático sobre este Síndrome, os profissionais de saúde serão determinantes para a prevenção das respetivas consequências e sintomas ao nível físico, mas também psicológico e emocional e de gestão da própria doença. ⁽⁴⁾

Perante esta evidência, os profissionais de saúde dispõem de diversas escalas e questionários que permitem validar e avaliar a gravidade da disfunção intestinal de um doente com LARS. Para a presente Norma opta-se pela definição da Escala de Incontinência Fecal de Wexner e da Escala de LARS.

A Escala de Incontinência Fecal de Wexner (ANEXO 1) constitui um instrumento que avalia a frequência de três tipo de incontinências intestinais (fezes sólidas, líquidas e gases) e a

frequência das consequências da incontinência na vida do doente (por exemplo utilização de fralda e alteração de estilo de vida. Nesta escala, o doente avalia a frequência de cada um dos itens descritos da seguinte forma: nunca, raramente, algumas vezes, usualmente e sempre. Cada item corresponde a um valor numérico de 0 a 4. Os valores são somados e obtido um total de 0 a 20, sendo 0 equivalente a continência perfeita e 20 incontinência completa. (2,5,6,9)

A escala de Wexner poderá ser aplicada a doentes com LARS e a qualquer doente a quem se pretende avaliar a respetiva Função Intestinal.

Recentemente, de forma a dar respostas a especificidades do LARS foi elaborada a Escala de LARS (Anexo 2). Esta Escala corresponde a um questionário de cinco itens, que pretende analisar os cinco sintomas predominantes no LARS (Incontinência para gases, incontinência para fezes, urgência, clustering e movimentos intestinais frequentes). Esta escala também inquirere sobre o impacto de LARS na qualidade de vida do doente. (2,5,6,9)

A cada questão está associado um valor numérico, no final os valores são somados e através da pontuação o doente é classificado em: “No LARS” 0-20 pontos; “Minor LARS” 21-29 pontos; “Major LARS” 30-42 Pontos. Os estudos atuais afirmam que doentes com “Major LARS” estão associados a pior qualidade de vida e saúde global. (2,3,5,6,9)

A Escala de LARS constitui uma escala simples e válida na avaliação da função intestinal de doentes com LARS. É passível de ser preenchida em menos de 1 minutos, pelo próprio doente e posteriormente interpretada pelo profissional de saúde.

Contextualização (Pertinência para Prática e Serviço)

O serviço de Cirurgia do [REDACTED] constitui um centro de referência para tratamento de cancro do reto e respetiva LAR. Desta forma, admite-se uma população significativa de doentes que poderão vir a desenvolver LARS. É determinante para ganhos em saúde e de qualidade de vida e promoção do conforto dos doentes que os profissionais de saúde intervenham na prevenção de disfunção intestinal.

Neste âmbito, com base na evidência científica atual e mais recente, foi elaborado pela Equipa de Enfermagem de Reabilitação, um Protocolo de Reabilitação Intestinal.

O objetivo é que estes doentes sejam identificados no pré-operatório e nesse momento seja executado uma Pré-Reabilitação de forma que no pós-operatório, a implementação do programa seja facilitada. O doente é munido de informação no pré-operatório.

Programa de Reabilitação

A evidência científica atual e mais recente identifica um conjunto de procedimentos e técnicas como fundamentais e determinantes para a prevenção e resolução da disfunção intestinal e respetivo desenvolvimento de LARS nestes doentes.

O Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. É o profissional com competências, conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. ⁽¹⁰⁾

Neste âmbito e com base na evidência existente, consideram-se as seguintes técnicas como determinantes e basilares para a prática especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no presente Protocolo de Reabilitação Intestinal.

1. Treino músculos pavimento pélvico

Considera-se que estes exercícios devem ser feitos com a seguinte frequência: 24 a 36 contrações lentas diárias (alta intensidade contração máxima voluntária seguida de relaxamento durante 6 segundos). Estes exercícios devem ser ensinados ao doente e o seu treino deve ser executado durante as sessões de reabilitação. ⁽⁶⁾

Poderá fornecer-se ao doente material de apoio ilustrativo de modo a facilitar a execução dos exercícios. ⁽⁸⁾

2. Treino electroestimulação - Biofeedback (se disponível)

Considerar/ Seguir as recomendações do equipamento.

Duas a três vezes por semana num total de 12 sessões.

Doente deve ser instruído a efetuar a contração dos músculos do pavimento pélvico simultaneamente à estimulação elétrica.

Protocolo Reabilitação Intestinal – Fluxograma – ANEXO 4

O Protocolo elaborado constitui uma ferramenta de atuação e consulta de forma a orientar e encaminhar o profissional de saúde no decorrer da implementação e execução da intervenção especializada.

A primeira etapa diz respeito à identificação dos doentes alvo do Protocolo. Posteriormente deverá ser feita a triagem dos doentes com recurso aos critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente.

Durante o período de intervenção junto do doente alvo de cuidados é considerada a FASE 1 e FASE 2. A FASE 1 corresponde ao período de Pré Reabilitação. Nesta fase, na consulta pré-operatória com o EEER, são ensinados e treinados com o doente os exercícios de treino dos músculos do pavimento pélvico e do funcionamento da electroestimulação com biofeedback (se disponível). Deve ser também considerada nesta fase uma abordagem multidimensional que inclua exercícios no âmbito da Reabilitação Funcional, Reabilitação Funcional Respiratória, ensinamentos sobre nutrição e estratégias de *coping* para ansiedade período pós-operatório. Poderão ser incluídos nesta fase outros profissionais de saúde, no âmbito de uma abordagem multidisciplinar. ⁽⁶⁾

Na FASE 2, que decorre após o procedimento cirúrgico, o objetivo passa pela realização de 4 sessões de Treino de músculos do Pavimento Pélvico e biofeedback (se disponível). Estas sessões devem ser iniciadas no Pós-Operatório e continuadas em consulta se necessário.

A FASE 2, também ocorre após a realização da cirurgia de Encerramento do Estoma e respetiva reconstrução do trânsito intestinal. A especificidade nesta fase diz respeito à aplicação da Escala de LARS (se for doente submetido a LAR) ou da Escala de Wexner (se doentes submetidos a outro procedimento cirúrgico colorretal). O objetivo é a posterior comparação dos valores obtidos no período de Follow-up. Nesta fase devem ser cumpridas 8 sessões de Ensinos e Treino dos músculos do pavimento pélvico e electroestimulação - biofeedback (Se disponível e conforme disponibilidade e tolerância.). Estas sessões devem ser iniciadas no Pós-Operatório e continuadas em consulta se necessário.

No Período de Follow-up, no contexto após alta e em ambulatório aplica-se a FASE 3 do Programa. O EEER avalia em consulta o doente. Nesta FASE é realizada uma Avaliação Intermédia – 3 meses após fim da fase 2 e uma Avaliação Final – 1 ano após fim da fase 2. Esta avaliação é executada com recurso a uma das Escalas referidas. A Intervenção especializada deverá ser executada e adequada em conformidade com o valor obtido nas respetivas Escalas. ⁽⁶⁾

6. Profissionais envolvidos

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Avaliação do doente e inclusão no Programa; Execução Reabilitação Intestinal; Ensinos e capacitação para o programa.

- Enfermeiros Generalista: Avaliação do doente e inclusão no Programa
- Dietista: Rastreio nutricional, avaliação do estado nutricional, dieta terapêutica e ensino de nutrição e dietética para alta.

7. Disponibilidade

Estará disponível na Intranet-Área de enfermagem-Normas (...)

8. Estratégias de Implementação

Apresentação e discussão – Direção de Enfermagem/Direção Clínica (..)

Divulgação em passagem de ocorrências da equipa de enfermagem.

Formação equipa de Enfermagem

9. Indicadores de desempenho

- Taxa de Resolução nos diversos Focos que se aplicar – Incontinência Intestinal
- Taxa de ganhos em capacidade – Foco: Incontinência Intestinal

10. Revisão

Este protocolo será atualizado pela Equipa de Enfermagem de Reabilitação, sempre que novos dados e evidências o justifiquem.

11. Processo De Enfermagem

CIPE® – SClinico

Incontinência Intestinal: “Incontinência Intestinal é um tipo de eliminação intestinal com as características específicas: fluxo involuntário e defecação incontrolada de fezes, associada a um relaxamento inadequado, pouco ou nenhum exercício, fraca nutrição, tensão neuromuscular relacionada com esforço ou défices músculo-esqueléticos e doenças.”

Diagnóstico Enfermagem	Intervenções	Horário
Incontinência Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre Incontinência Intestinal • Avaliar conhecimento sobre incontinência Intestinal • Avaliar Incontinência Intestinal • Avaliar eliminação Intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • M/T/N • M/T/N

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horário
Reabilitação Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Executar Exercícios • Executar Exercícios Musculares <p>(Descrever exercícios de treino de músculos pavimento pélvico/ Exercícios executados no âmbito de Reabilitação Intestinal)</p> <p>(Evidência e descrever a Escala que foi preenchida e respetivo resultado obtido)</p>	SOS

Nota: Considerar possibilidade de acrescentar no Sistema SClinico a Atitude Terapêutica: Reabilitação Intestinal, com respetivas intervenções associadas.

12. Referências Bibliográficas

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30207593>
2. Rama NJ, Ferreira PL, Pimentel J, Juul T. Validation of Portuguese version of the low anterior resection syndrome score. *J Coloproctology*. 2018;39(1):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.09.004>
3. Emmertsen KJ, Laurberg S. *Low anterior resection syndrome score: Development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer*. *Ann Surg*. 2012;255(5):922–8.
4. Chen TYT, Emmertsen KJ, Laurberg S. *What Are the Best Questionnaires To Capture Anorectal Function After Surgery in Rectal Cancer?* *Curr Colorectal Cancer Rep*. 2014;11(1):37–43
5. Sarcher T, Dupont B, Alves A, Menahem B. *Anterior resection syndrome: What should we tell practitioners and patients*. *J Visc Surg*. (2018) <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2018.03.00>
6. Sacomori C. *et al. A randomized clinical trial to assess the effectiveness of pre- and post-surgical pelvic floor physiotherapy for bowel symptoms, pelvic floor function, and quality of life of patients with rectal cancer: CARRET protocol*. *Trials*. (2021). 22:448 <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05396-1>
7. Bocchini, R., *et al. Pelvic Floor Rehabilitation for Defecation Disorders. Techniques in Coloproctology* (2019); 23:101-115
8. Ussing, A., *et al. Supervised pelvic floor muscle training versus attention-control massage treatment in patients with faecal incontinence: Statistical analysis plan for a randomised controlled trial*. *Contemporary Clinical Trials Communications* 8 (2017): 192-202
9. Rama, N., Passadouro, R., Ferreira, P.L., Pimentel, J. *Medição da qualidade de vida em doentes com incontinência fecal*. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Mai/Out 2015
10. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros

Anexo 1 – Escala de Wexner

Parâmetros	Nunca	Raro	Às Vezes	Usual	Sempre
Gases	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Sólidos	0	1	2	3	4
Proteção Vestes	0	1	2	3	4
Alteração da Qualidade	0	1	2	3	4

NUNCA = 0, RARO < ou = 1/Mês, ÀS VEZES < ou = 1/Semana e > 1/Mês, USUAL < ou = 1/Dia e > 1/Semana, SEMPRES > ou = 1/Dia

Fonte: Rama, N., Passadouro, R., Ferreira, P.L., Pimentel, J. *Medição da qualidade de vida em doentes com incontinência fecal*. Revista Portuguesa de Coloproctologia. Mai/Out 2015

Anexo 2 – Escala LARS

Versão Original

LARS-score - Scoring Instructions	
Add the scores from each 5 answers to one final score.	
Do you ever have occasions when you cannot control your flatus (wind)?	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	4
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	7
Do you ever have any accidental leakage of liquid stool?	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	3
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	3
How often do you open your bowels?	
<input type="checkbox"/> More than 7 times per day (24 hours)	4
<input type="checkbox"/> 4-7 times per day (24 hours)	2
<input type="checkbox"/> 1-3 times per day (24 hours)	0
<input type="checkbox"/> Less than once per day (24 hours)	5
Do you ever have to open your bowels again within one hour of the last bowel opening?	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	9
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	11
Do you ever have such a strong urge to open your bowels that you have to rush to the toilet?	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	11
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	16
Total Score:	<hr/> <hr/>
Interpretation:	
0-20:	No LARS
21-29:	Minor LARS
30-42:	Major LARS

Fonte: Emmertsen KJ, Laurberg S. *Low anterior resection syndrome score: Development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer.* Ann Surg. 2012;255(5):922–8.

Versão Traduzida Português

QUESTIONÁRIO SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS INTESTINOS

O objetivo deste questionário é avaliar o funcionamento dos seus intestinos. Por favor, escolha apenas uma **resposta** para cada pergunta. Poderá ser difícil escolher **apenas uma resposta, pois sabemos que para alguns doentes os sintomas variam de dia para dia**. Pedimos-lhe que escolha a resposta que melhor descreve o seu dia-a-dia. Se teve recentemente uma infeção que tenha afetado o funcionamento dos seus intestinos, por favor não tome isso em conta, e responda às perguntas tendo em mente o funcionamento diário habitual dos seus intestinos.

Tem por vezes ocasiões em que não consegue controlar a flatulência (gases)?

- Não, nunca
- Sim, menos de uma vez por semana
- Sim, pelo menos uma vez por semana

Tem por vezes alguma perda acidental de fezes líquidas?

- Não, nunca
- Sim, menos de uma vez por semana
- Sim, pelo menos uma vez por semana

Com que frequência evacua?

- Mais de 7 vezes por dia (24 horas).
- 4 a 7 vezes por dia (24 horas).
- 1 a 3 vezes por dia (24 horas).
- Menos de uma vez por dia (24 horas).

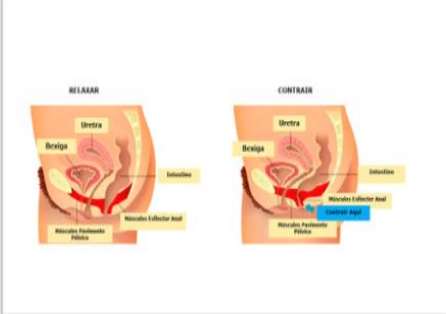
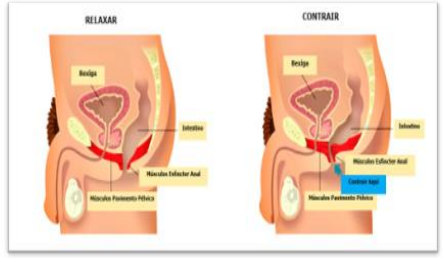
Tem por vezes de evacuar novamente até uma hora depois da última evacuação?

- Não, nunca.
- Sim, menos de uma vez por semana.
- Sim, pelo menos uma vez por semana.

Tem por vezes uma pressa tão grande de evacuar que tem de correr para a casa de banho?

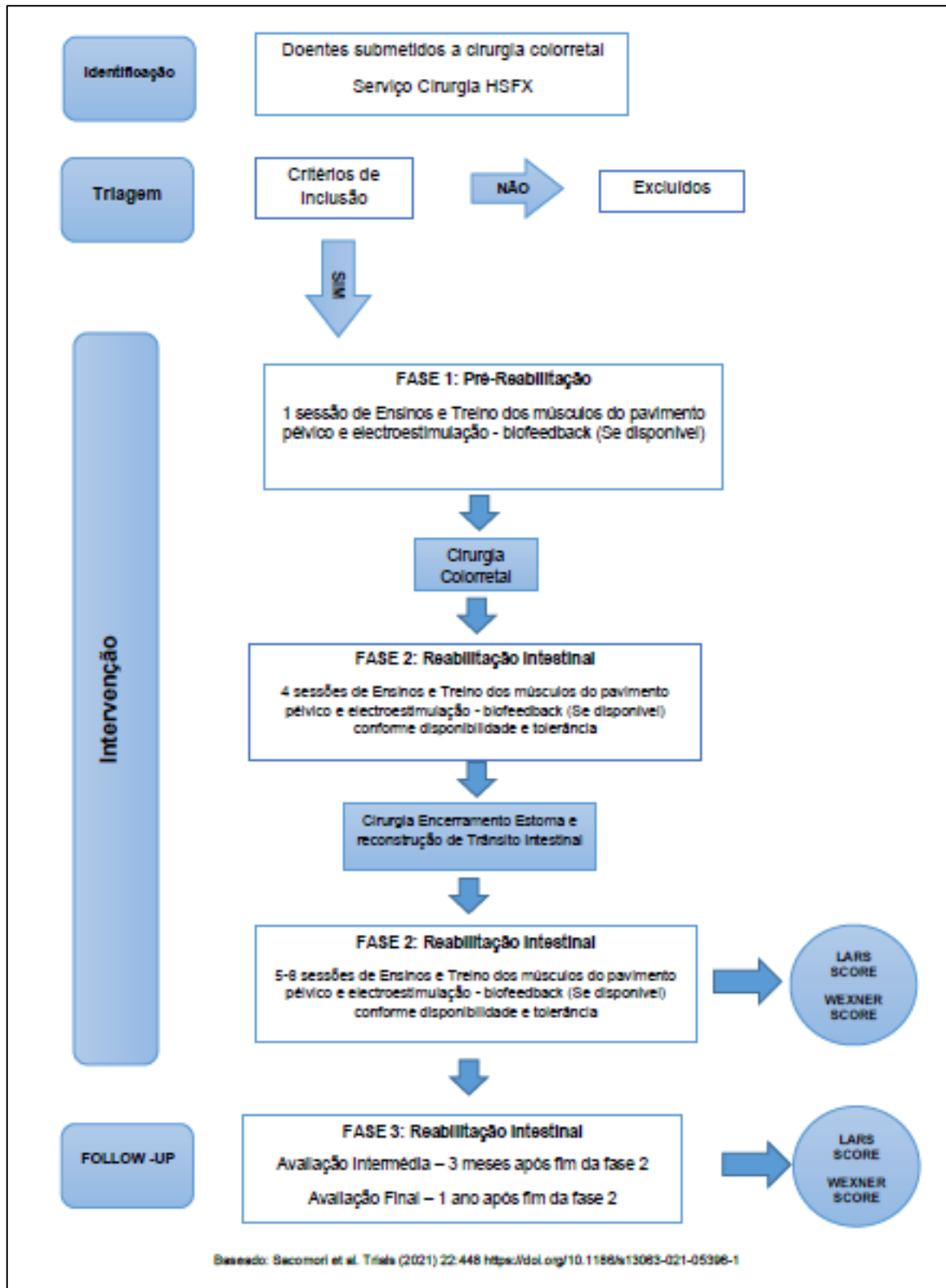
- Não, nunca.
- Sim, menos de uma vez por semana.
- Sim, pelo menos uma vez por semana.

Anexo 3 - Material Apoio Visual Treino Músculos Pavimento Pélvico

 <p>RELAXAR</p> <p>CONTRAIR</p> <p>Contrair o ânus como se fosse evitar "ar" de passar pelo intestino.</p> <p>Deve relaxar as nádegas, barriga e coxas enquanto contrai. Respire devagar, evite sustar a respiração.</p> <p>Tente manter a contração constante e no nível máximo que conseguir executar.</p> <p>Relaxe os músculos do pavimento pélvico nos intervalos entre cada contração.</p> <p>Respire fundo 2-3 vezes e sinta o relaxamento do pavimento pélvico.</p> <p>Ao executar contrações longas deverá conseguir manter a contração progressivamente com menos força.</p> <p>Se tiver dificuldade de executar contrações longas, mantenha a contração por períodos de 5 segundos de cada vez.</p>	 <p>RELAXAR</p> <p>CONTRAIR</p> <p>Contrair o ânus como se fosse evitar "ar" de passar pelo intestino. Ao contrair poderá sentir os testículos a elevarem ligeiramente.</p> <p>Deve relaxar as nádegas, barriga e coxas enquanto contrai. Respire devagar, evite sustar a respiração.</p> <p>Tente manter a contração constante e no nível máximo que conseguir executar.</p> <p>Relaxe os músculos do pavimento pélvico nos intervalos entre cada contração.</p> <p>Respire fundo 2-3 vezes e sinta o relaxamento do pavimento pélvico e em redor do ânus.</p> <p>Ao executar contrações longas deverá conseguir manter a contração progressivamente com menos força.</p> <p>Se tiver dificuldade de executar contrações longas, mantenha a contração por períodos de 5 segundos de cada vez.</p>
---	--

Fonte: Ussing, A., et al. Supervised pelvic floor muscle training versus attention-control massage treatment in patients with faecal incontinence: Statistical analysis plan for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications* 8 (2017): 192-2

Anexo 4 - Protocolo de Atuação – Fluxograma



Apêndice VII – Formação Teoria Conforto de Kolcaba

**12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**ENSINO CLÍNICO
CONTEXTO HOSPITALAR – SERVIÇO CIRURGIA HSFX**

Teoria de Conforto de Kolcaba

Apresentação Projeto: Promoção do Conforto na Pessoa Em Processo Cirúrgico
Intervenção Enfermeiro Reabilitação

Filipa Amador Espada

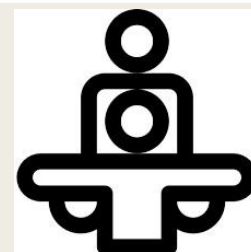
4815

Fevereiro.2022



Professor Orientador: Profª Dra Vanda Lopes Marques Pinto
Enfermeiro Orientador: EEER Henrique Alves

Sumário



Apresentar Teoria Conforto de
Kolcaba

Intervenção do EEER
promotora de Conforto

Pessoa em Processo Cirúrgico

Enquadramento

Teóricas de Enfermagem

- As teorias de enfermagem fornecem um plano de reflexão para determinada questão.
- Fornecem informação para investigação e tomada de decisão.
- As Teorias de enfermagem são responsáveis para estruturação da comunicação entre enfermeiros e obtenção de conhecimento em Enfermagem.
- Ajudam a definir as diferentes contribuições da enfermagem ao cuidado com a pessoa.
- As Teóricas de enfermagem orientam pesquisa e prática.

(TOMEY, A., ALLIGOOD, M.R., 2002)

Teorias de Médio Alcance

- Concretas, adaptáveis e fáceis de utilizar dirigindo questões e facilitando resultados positivos
- Possuem um foco mais limitado do que as restantes teorias sendo menos abstratas e dirigindo-se para fenómenos ou conceitos específicos que refletem a prática.

(Kolcaba e Wilson, 2004)

Teoria Conforto
Kolcaba

Teoria Conforto Kolcaba

- Necessidades de cuidados de saúde são necessidades de conforto que advêm de uma situação particular que seja causadora de desequilíbrio ou stress
- As necessidades de conforto descritas por Kolcaba são as necessidades **físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais**
- Kolcaba descreve os contextos em que o conforto é experienciado:
 - **Contexto Físico** que diz respeito às experiências e sensações corporais e físicas;
 - **Contexto Psico-espiritual** que diz respeito à consciência de experiência interna de si próprio, sexualidade e significado da vida;
 - **Contexto ambiental** que diz respeito ao meio envolvente e respetivas condições e influências externas;
 - **Contexto Social** que diz respeito à relação com o outro.

Conceito de Conforto

Níveis de Conforto

- **Estado de Alívio** – Condição de ver satisfeita uma necessidade específica
- **Tranquilidade** Estado de calma ou contentamento
- **Transcendência** Situação na qual é ultrapassado o problema ou sofrimento

(TOMEY, A., ALLIGOOD M.R., 2002)

Primeira Parte

- Momento em que o enfermeiro avalia os contextos holísticos físico, psico-espiritual, social e ambiental e as necessidades nesses contextos
- O Enfermeiro Implementa um conjunto de intervenções para dar respostas as necessidades das pessoas e medir ou avaliar os níveis de conforto experienciados

Segunda Parte

O Conforto experienciado pela pessoa fortalece ou não comportamentos conscientes « HSB Health Seeking Behaviors »

Terceira Parte

- Inclui a integridade institucional
- Instituições promotoras e veiculos de HSB e do conforto em si, quer para os profissionais de saúde quer para as pessoas alvos de cuidados

(Kolcaba e Wilson, 2004)

QUESTIONÁRIO DE CONFORTO GERAL

Muito obrigado por ter estado na minha pesquisa sobre conforto. Abaixo estão listadas afirmações que podem descrever a sua realidade neste momento. Quanto mais vezes as afirmativas forem verdadeiras para você, melhor. Por favor, circule a resposta que mais se aproxima com a que está sentindo. Escolha uma resposta em cada item no momento em que você sentir respondendo as questões.

Segue um exemplo abaixo:

Ex. Eu sinto vontade de permanecer neste questionário sobre meu conforto...	Circule	
	Tudo bem	Distante
	4	3
1. Não sinto corpo cansado agora	4	3
2. Eu me sinto bem porque estou trabalhando muito	4	3
3. Eu tenho personalidade suficiente	4	3
4. Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu preciso de ajuda	4	3
5. Eu não quero fazer exercícios	4	3
6. Minha condição me dá boa sorte	4	3
7. Eu me sinto confiante	4	3
8. Eu me sinto dependente das outras	4	3
9. Eu não quero mudar vida só a pouca	4	3
10. Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou saudável	4	3
11. Eu não confio em ninguém	4	3
12. O mundo não me dá boa sorte	4	3
13. Não gosto de estudar	4	3
14. Minha vida é difícil de ser organizada	4	3
15. Eu sinto vontade de me fazer a uma mulher	4	3
16. Eu não sinto vontade de sair sozinho(a)	4	3
17. Minha vida não é nada de bom	4	3
18. Eu não gosto de ler	4	3
19. Eu sinto vontade de estudar	4	3
20. Eu não me sinto confiante agora	4	3
21. Eu não confio em ninguém	4	3
22. Eu tenho medo de que não seja suficiente	4	3

	Circule	Distante
	Tudo bem	Tudo bem
	4	3
23. Eu tenho uma pessoa (que me faz) sentir confortável	4	3
24. Eu tenho grande preocupação que me fazem sentir desconfortável	4	3
25. Eu sinto muito bem	4	3
26. Eu gosto de ter um médico com mais experiência	4	3
27. A experiência não ajuda muito quando eu preciso	4	3
28. Eu sinto muito confortável	4	3
29. Eu posso esperar minha vida	4	3
30. O tempo ajuda me a ser mais melhor	4	3
31. Eu sinto vontade	4	3
32. Eu não sinto vontade	4	3
33. Eu não sinto vontade	4	3
34. Meu problema não está aqui	4	3
35. Eu me sinto desconfortável aqui	4	3
36. Eu me sinto bem e suficiente para continuar	4	3
37. Meu amigo conhece-me de mais com segurança e eficiência	4	3
38. Minha condição me dá boa sorte	4	3
39. Eu posso ser melhor informado(a) sobre minha saúde	4	3
40. Eu não sinto falta de controle	4	3
41. Eu não sinto desconforto (porque não sinto vontade)	4	3
42. Eu não sinto vontade de sair sozinho	4	3
43. Eu não sinto vontade, mas não sinto vontade	4	3
44. Eu me sinto bem por	4	3
45. Eu não dependo de	4	3
46. Eu tenho vontade de estudar na minha vida	4	3
47. É difícil se locomover por aqui	4	3
48. Eu preciso me sentir bem novamente	4	3

Estrutura Taxonômica do conforto

Contexto no qual ocorre o conforto	Tipos de Conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psico-Espiritual			
Ambiental			
Social			

<https://www.thecomfortline.com/measuring-comfort> (2021)

FONTE: K. & FISHER, E. (1996). "A HOLISTIC PERSPECTIV ON COMFORT CARE AND ADVANCE DIRECTIVE". CRITICAL CARE NURSING QUATERLY, 18 [4], 66-76. ASPEN PUBLISHERS, INC. (TOMEY E ALLIGOOD, 2002)

Teoria Conforto
Kolcaba

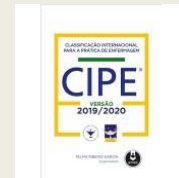
Dimensões Conforto Diagnósticos de Enfermagem



(Cardoso, et al 2020; Kolcaba, 2003)

Diagnósticos
Enfermagem

Plano de Cuidados CIPE®



Browser CIPE 2019 release Portuguese Vista

Conforto	Tipo: ICNP Primitive
Avaliar desconforto	Códigos: 10004655
Avaliar sinais de desconforto	Termo preferido: Conforto
Conforto	Knowledge Name: ComfortStatus
Desconforto	Descrição: Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.
Desconforto	Eixo: Foco
Implementar cuidados de conforto	Pai: Status
Regime de cuidados de conforto	Filhos: Confortável
Sinal de desconforto	Aparece pela primeira vez em: 1

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Síntese



Pessoa em Processo Cirúrgico

Diagnóstico Enfermagem « Intervenções

As intervenções do EEER à pessoa em processo cirúrgico promovem diagnósticos precoces e ações preventivas assegurando a manutenção da funcionalidade e prevenção de complicações. Esta atuação especializada possibilita manter ou recuperar independência, controlando e minimizando efeitos das complicações associadas.

Intervenção de EEER Promotora de Conforto

Referências Bibliográficas

- ❑ Cardoso, R., Souza, P., Caldas, C., Bitencourt, G. Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. Revista de Enfermagem Referência, vol. V, núm. 4, e20066, 2020. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20066>
- ❑ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem, Versão 1.0. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros, 2006. Isbn 92-95040-36-8.
- ❑ Direção Geral De Saúde (2011). Escala De Braden: Versão Adulto E Pediátrica (Braden Q). Direção Geral De Saúde. Número: 017/2011 Data: 19/05/2011
- ❑ HOEMAN, Shirley (2011) – Enfermagem De Reabilitação: Prevenção, Intervenção E Resultados Esperados. 4ª Edição. Loures: Lusociência. Isbn: 978- 989-8075-31-4
- ❑ Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York, NY: Springer Publishing Company.
- ❑ Menoita, E & Cordeiro, M. (2012). Semiologia clínica. In Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas (p. 21-56). Lusociência
- ❑ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros.
- ❑ Ordem Dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental Dos Cuidados De Enfermagem Da Especialidade De Enfermagem Em Reabilitação. Colégio Da Especialidade De Enfermagem Em Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros
- ❑ Ordem Dos Enfermeiros (2016). Enfermagem De Reabilitação: Instrumentos De Recolha De Dados Para A Documentação Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Reabilitação. Ordem Dos Enfermeiros
- ❑ Ordem Dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória. Guia Orientador Da Boa Prática. Cadernos OE. Série 1. Número 10. Lisboa
- ❑ Ribeiro, O. (2021) – Enfermagem De Reabilitação: Conceções E Práticas. Lidel. Isbn 978-989-752-723-4
- ❑ Tomey, A.; Alligood M. R. Teóricas De Enfermagem E A Sua Obra (Modelos E Teóricas De Enfermagem). 5ª Edição. 2002. Lusociência
- ❑ 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; a Journal of Cerebral Circulation, 38(11), 2948–2952. <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
<http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.full>